



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**“EL EMBARAZO NO PLANEADO Y SU RELACIÓN CON  
EL ESTRÉS EN LA CRIANZA”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**BERENICE CANDIA RAMIREZ**

**DIRECTOR: DRA. ANDROMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ**

**REVISOR: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA**

**SINODALES: DR. ARIEL VITE SIERRA**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**MTRA. NELLY FLORES PINEDA**



**MEXICO, D.F.**

**2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Gracias... a mi entrañable Facultad de Psicología que me formó como una profesionalista dedicada y entregada a la práctica y la investigación. Gracias por brindarme la capacidad de escuchar al otro y ofrecerle entendimiento y serenidad.

A mis compañeros, aquellos con los que compartí sueños, ideas y proyectos, pero sobre todo amistad: Gisela B., Araceli, Liz, Lilia, Claudia, Oscar..., los recordaré siempre.

Gracias a mis profesores, por reafirmar en mí la pasión que me impulsa a seguir avanzando como profesionalista y convertirme en un mejor ser humano: la psicología. Gracias a mis sinodales especialmente a la Dra. Mariana Gutiérrez Lara por su aportación y conocimientos para este proyecto.

Especialmente agradezco a la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz por su enseñanza, sabiduría, paciencia y empeño dedicados; por haber generado en mí la confianza y tenacidad que necesitaba este proyecto para llevarlo a su culminación. Muchas gracias, por invitarme a ser parte del Juego del Optimismo, que fué una gran escuela en mi formación como terapeuta. Ahora me considero más optimista que ayer.

Gracias a todas las personas que fueron importantes en esta etapa de mi vida, y que sin duda alguna dejaron huella: gracias Alex, por compartir tu tiempo, espacio, paciencia y cariño.

A mis maravillosos compañeros del JO, especialmente a Alejandra, Gisela, Maricarmen y Luis de quienes aprendí y compartí mi formación en la práctica. Gracias por sus sabios consejos.

A mi padre, que a pesar de la distancia se mantuvo atento para saber cómo iba mi proceso.

A mi familia, en especial a mi mamá Estela, que desde donde quiera que este, sé que está conmigo en todo momento, como ella estará siempre en mi pensamiento.

**Quiero dar las gracias especialmente a mi madre Carmen y a mi hermano Héctor** que me acompañaron en esta aventura y que de una forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos, por compartir sus ratos de alegría, los quiero mucho .

Gracias.

**INDICE**

|   | <b>PÁGINA</b> |
|---|---------------|
| <b>RESUMEN</b> .....  | 4             |
| <b>I. INTRODUCCION</b> .....  | 5             |
| <b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....  | 12            |
| <b>CAPÍTULO 1: EL EMBARAZO NO PLANEADO</b> .....                                      | 13            |
| 1.1 La Planificación Familiar en México   |               |
| 1.2 El Proceso de la Planificación Familiar.....                                      | 19            |
| 1.3 Factores implicados en el proceso de la Planificación Familiar.....               | 21            |
| 1.3.1 Tendencias de fecundidad en el Distrito Federal                                 |               |
| 1.3.2 Comportamiento reproductivo en las mujeres: factor cultural y económico.....    | 23            |
| 1.3.3 Comportamiento reproductivo en los hombres: factor cultural y económico.....    | 25            |
| 1.3.4 La participación del hombre en el proceso de Planificación Familiar.....        | 26            |
| 1.4 La diferencia entre planear un hijo y desearlo.....                               | 29            |
| 1.4.1 Actitudes y motivaciones relacionadas a la planeación.....                      | 31            |
| 1.5 Causas y consecuencias de no planear un embarazo.....                             | 35            |
| 1.5.1 El Aborto e Infanticidio.....   | 36            |
| 1.5.2 Conductas inadecuadas en el menor.....  | 37            |
| 1.5.3 La pareja en la crianza: salud mental de los padres y rompimiento familiar..... | 39            |
| <b>CAPÍTULO 2: ESTRÉS EN LA CRIANZA</b> .....   | 44            |
| 2.1 Que es el Estrés en la Crianza  |               |
| 2.2 El Índice de Estrés en la Crianza: validación y su uso psicométrico.....          | 47            |
| 2.2.1 Características de la disposición de la crianza de los padres y el entorno..... | 52            |
| 2.2.2 Características de las demandas del niño.....                                   | 58            |

|  |     |
|--|-----|
| <b>III. MÉTODO</b> .....   | 63  |
| Planteamiento del Problema y Justificación.....                        | 64  |
| Objetivo General.....  | 65  |
| Objetivos Específicos  |     |
| Pregunta de investigación  |     |
| Hipótesis  |     |
| Variables  |     |
| Definición Operacional y Conceptual de las Variables.....              | 66  |
| Muestra.....   | 67  |
| Escenario  |     |
| Instrumentos.....  | 68  |
| Procedimiento.....   | 70  |
| Análisis Estadístico.....  | 72  |
| <b>IV. RESULTADOS</b> .....  | 73  |
| Datos socio demográficos de la muestra.....                            | 74  |
| Análisis de las variables: Puntajes del IEC y Prueba t de Student..... | 80  |
| <b>V. DISCUSIÓN</b> .....  | 88  |
| Contrastación de hipótesis.....  | 93  |
| <b>VI. CONCLUSIONES</b> .....  | 103 |
| Alcances.....  | 104 |
| Limitaciones.....  | 105 |
| Recomendaciones.....   | 106 |
| <b>VII. REFERENCIAS</b> .....  | 107 |

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar si el embarazo no planeado tiene relación con la disposición ante la crianza por parte de los padres, las demandas del niño y del entorno, conocido como estrés en la crianza. Tiene la finalidad de hacer una reflexión acerca de la responsabilidad que representa la planificación familiar ante los problemas en la crianza del menor, las consecuencias en su desarrollo emocional y conductual, con la intención de proporcionar a los padres un tratamiento efectivo. En la muestra participaron 67 madres y padres de familia que asistieron al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, UNAM; canalizados al Programa de Apoyo Psicosocial para Niños y sus familias el “Juego del Optimismo”, los cuáles fueron divididos en: Grupo A: 37 padres que afirmaron no haber planeado el embarazo de sus hijos y Grupo B: 31 padres que afirmaron el haber planeado su embarazo. Instrumentos empleados: historia clínica (información de la planificación familiar y datos socio-demográficos) y el Índice de Estrés en la Crianza (IEC- Abidin, 1990, Adaptado por Ayala, citado en Valencia, 2007) para medir el estrés de los padres; este se divide en: dominio de Percepción de los Padres (mide la disposición de los padres ante la crianza; el dominio de Percepción del Niño (mide la disposición ante las demandas del niño y el entorno) y el Puntaje total del IEC (es el puntaje de estrés en la crianza total de los padres). En los resultados se encontró que los padres del Grupo A presentaron un mayor nivel de estrés en la crianza a diferencia de los padres del Grupo B; es decir si existe una relación entre la planificación de un embarazo y el estrés en la crianza. Las subescalas relacionadas con la planificación fueron: Competencia, Apego, Salud, Reforzamiento y Adaptabilidad, además del Puntaje Total del IEC y de ambos dominios. Se concluyó que el embarazo no planeado, en relación con el IEC, es una variable que energiza y alienta a los padres a utilizar recursos disponibles a ellos para apoyarse en su crianza con los hijos, ya que de ello dependerá el buen manejo del comportamiento de sus hijos.

Palabras clave: Estrés, Crianza, Embarazo no planeado



# *1. Introducción*

En el mundo actual un embarazo no planeado plantea grandes obstáculos para el futuro de los padres, así como para su hijo en términos de salud, desarrollo personal y bienestar. A diferencia de años anteriores hoy en día existen múltiples programas: médicos de la familia e instituciones de salud que constantemente brindan información sobre el embarazo y la planificación familiar, que ahora es conocida como salud reproductiva. La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos (SSA, 2001).

De acuerdo con lo anterior, la Secretaria de Salud, en el Programa de Acción, Salud Reproductiva (2001), la salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Pocas decisiones son más importantes en la vida que seleccionar con quién formamos pareja, elegir cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa post reproductiva.

El sentido de ser padre y madre, de tener hijos y de construir familia ha evolucionado con el desarrollo de la cultura humana. En la cultura occidental, los preceptos religiosos han mediado gran parte de la concepción y de la construcción de una familia así como del uso de las prácticas para regular la fecundidad. El desarrollo de las prácticas de planificación familiar ha posibilitado a las parejas actuales disfrutar de lo hermoso y maravilloso de la ternura, el placer, el amor y la comunicación mientras que ésta, logra las condiciones emocionales y sociales para tener hijos-hijas si ésta es su decisión. Las parejas modernas cuentan con mayores alternativas para regular la posibilidad de embarazo, lo cual ha llevado a que la formación de una familia con hijos pueda ser prevista cada vez más como una opción responsable y madura, producto a su vez de un proceso de toma de decisión. En este sentido aún es mucho lo que hay por hacer desde la educación sexual y la planificación familiar (Romero, 2000).



Generalmente la falta de comunicación en la familia, trae como resultado la precocidad de las relaciones sexuales sin el uso adecuado de anticonceptivos, además, de generarse posibles víctimas comunes de las enfermedades sexualmente transmisibles; lo que trae consigo la responsabilidad de la prevención del embarazo. La función principal de estos métodos para regular la fecundidad no es "oponerse a la construcción de la familia", la función principal es facilitar el ejercicio de una sexualidad responsable, el cual, se considera un derecho sexual y reproductivo de hombres y mujeres (Romero, 2000).

Según Romero (1999) desafortunadamente la educación sexual tradicional en la mayor parte de los casos no facilita la formación de los requerimientos básicos para estructurar exitosamente una vida familiar, en el mejor de los casos se ha centrado en la entrega de información relacionada con la fisiología y la anatomía de la fecundación, el embarazo y el parto, descuidando la formación de actitudes, valores y habilidades necesarias para el desarrollo y la estructuración de una maternidad-paternidad responsable. La etapa del establecimiento de relaciones de pareja en edades tempranas, se caracteriza por ser inestable, ya que contribuye generalmente a la construcción de la identidad personal del sujeto y que al igual que las relaciones de amistad son una importante fuente de afecto y de intercambio intelectual entre ellos.

De acuerdo con Romero (1999) cuando se inicia un embarazo a edad temprana, muchas veces solo se piensa en dos caminos: el aborto o el parto, lo que constituye el primero de los problemas, porque en la mayor parte de los casos ese embarazo no era deseado ni estaba planificado. Estructurar una familia, optar por la maternidad y la paternidad requiere de unas condiciones personales, emocionales y sociales que muchas veces no están presentes.

Los padres que no planifican un embarazo, con respecto a cuestiones económicas también presentan problemas en el momento de la crianza tal y como lo afirman Pianta y Egeland, (1991, citados en Vera, Morales & Vera, 2005) y que indican que las fuentes de estrés que más afectan las relaciones interpersonales de la madre y los demás miembros de la familia surgen cuando la madre forma parte de una familia en desventaja económica. Lo anterior nos indica que el ingreso familiar puede influir sustancialmente en el desarrollo de los niños, de manera directa y a través de los recursos destinados en alimentación y salud y de manera indirecta por las características perceptivas de las mamás, como lo afirma Vera, Velasco y Morales (1998).

Según Laosa (1982), y siguiendo con la línea de que el hecho de tomar la decisión de estructurar una familia y optar por la maternidad y la paternidad requieren de unas condiciones personales, emocionales y sociales que muchas veces no están presentes; reportó que a mayor escolaridad de los padres menos problemas de aprendizaje en sus hijos, además de que la madre presenta conductas que favorecen el desarrollo infantil: modelamiento, reforzamiento y la de responder preguntas del niño. Con esto podemos afirmar que el nivel educativo es prescindible como una herramienta más para el favorable desarrollo y crianza del menor con la que deben contar los padres, que en ocasiones, cuando se presenta un embarazo no planeado no está del todo cubierta o desarrollada.

Es por ello que explorar la relación entre el planificar un embarazo y de cómo esto llega a afectar las habilidades y expectativas que tienen los padres en relación a su crianza, es un tema que hoy en día es de gran importancia, no sólo para la psicología si no para la salud pública en general. De esta manera, en la siguiente tesis, se inicia por presentar aspectos relevantes para la planificación y su seguimiento así como de aquellos factores esenciales para la toma de decisiones en el proceso.

En el capítulo 1 de la presente tesis, tiene por objetivo analizar los factores por los cuáles los padres llevan a cabo el proceso de planificación familiar, revisando aspectos: económicos, sociales, culturales y psicológicos que los orillan a tomar ciertas decisiones. De este capítulo es importante destacar la diferencia entre planear un hijo y desearlo, y de la diferencia del porque es relevante el proceso de planificación familiar a nivel individual de a un nivel como país, esto es, como control de la natalidad a nivel mundial. Además de la diferenciación conceptual, se explicara que la planificación familiar no solo conlleva el simple hecho de conocer temas acerca de la sexualidad, visto del punto fisiológico, sino que también implica todo un proceso psicológico: emocional, cognitivo, etc.

Se habla también de la participación del hombre y su rol como futuro padre en el proceso de planificación, ya que en la actualidad, se habla abiertamente de la responsabilidad del hombre no solo para criar a un hijo y cuidarlo, sino también para planearlo. También el papel de la mujer en la toma de decisión en el proceso de planeación y de la importancia que tiene para ella el ser madre y criar a un hijo.

Otro de los objetivos del capítulo es el análisis de las causas y consecuencias de no haber planeado un embarazo, del porque los padres no fueron capaces de tomar una

decisión al momento de la concepción y cuando se encontraban ya en una relación. Es importante destacar que las etapas de desarrollo en las que se encuentra un individuo al momento de tomar la decisión son cruciales en el proceso y por lo tanto es un factor de suma relevancia que se explicará en el capítulo. Al final del capítulo, se hace principal énfasis del porque el planear o no un embarazo es de suma importancia para llevar a cabo una crianza exitosa o cuanto menos satisfactoria.

En otro importante punto, se analizan las desventajas que conlleva el no planear un embarazo de entre las que se encuentran: problemas de pareja y el apoyo entre estos en la crianza con el menor, conductas inadecuadas en el menor, problemas de los padres individualmente, por ejemplo la depresión, y por último el rompimiento familiar.

Dado que el objetivo general de esta tesis es determinar si el embarazo no planeado es un factor determinante para el aumento en el índice de estrés en la crianza, uno de los objetivos del Capítulo 2 es el análisis de las características del efecto sobre la disposición de la crianza por parte de los padres, las demandas del niño y del entorno, a lo que Abidin y colaboradores acuñaron el término estrés en la crianza (citado en Montiel, 1998).

De acuerdo con Montiel (1998) dado el carácter ecológico de la perspectiva conceptual que da origen de este modelo de análisis de la conducta materna y paterna (el estrés en la crianza) se hipotetiza que:

- Las fuentes de malestar o estrés de uno o ambos padres varían de acuerdo al contexto físico y social en los que se desenvuelven estos (en este caso y para efectos de esta investigación un embarazo no planeado). Como parte de tal contexto deberá considerarse, también las demandas provenientes de las características del niño, por ejemplo, en aquellos casos el niño haya sido diagnosticado con algún problema que amerite educación y/o cuidados especiales, o que haya sido reportado por otros como problemático, se convertirá en una fuente adicional de malestar para la crianza.
- El mismo autor plantea como hipótesis que el contexto donde se desarrolla la interacción madre-hijo (en este caso Montiel toma en cuenta a la madre como principal cuidadora) tiene efectos diferenciales sobre el nivel de malestar experimentado por las madres, determinado igualmente dicho contexto las fuentes específicas que le dan lugar.

Se entiende así que las condiciones adversas propias de la marginación de las zonas rurales y de zonas urbanas con bajos niveles de bienestar ejercerán su efecto tanto sobre la percepción de la madre acerca de sus propias condiciones como criadora, y sobre diversos aspectos de la conducta de sus hijos que les resultan insatisfactorios: irritabilidad, dificultades para la adaptación y para la adquisición de nuevas conductas.

Bajo la concepción anterior, Montiel (1998) llevo a cabo un estudio en México al sur del estado de Sonora, cuyo propósito fue evaluar las características del niño, de la madre, los estresores vitales experimentados durante el último año, y la percepción de la madre acerca del apoyo proporcionado por su pareja para la labor de la crianza, en cinco grupos de madres, de comunidades en pobreza extrema: el primero rural tradicional, que vive en zona temporal rural, el segundo rural tecnificado que vive en zona de riego, el tercero que vive en una zona urbana marginada de la ciudad donde los niños asisten al 1er grado de primaria, el cuarto grupo de madres de niños que asistían a un centro de atención para problemas infantiles y el quinto de madres maltratadoras. Como resultado se obtuvo que en las poblaciones rurales y urbanas tradicionales las madres se consideran más competentes independientemente de la percepción que les genera su hijo, mientras que las madres maltratadoras no tiene una percepción positiva de sus hijos, son niños que se muestran pesimistas, mientras que las madres no se consideran competentes.

Se observó también que el apoyo percibido del padre y la estimación de la adaptabilidad del niño son las variables que explican mayormente el estrés de las poblaciones estudiadas. Los resultados, se atribuyen a los procesos de crianza en los contextos particulares y el control social o norma subjetiva que prevalece en relación al control de la conducta y promoción del desarrollo del niño, de acuerdo con Montiel (1998).

En el estudio de la familia en México se ha dado gran relevancia al papel de la madre por la función que la cultura le impone sobre la crianza de los hijos; Vera, Moreno, Villagrana, et. al (1998) indican que mientras más estresadas, aisladas y con problemas de salud se consideren las madres, perciben menos apoyo de su pareja al ejercer la crianza.

Investigaciones anteriores (Mc Loyd, 1998, citado en Montiel, 1998), también refieren que el nivel educativo de las madres en asociación directa con el nivel de bienestar en el que viven, se relaciona con condiciones psicológicas, de salud, y del grado de satisfacción con la crianza. Así las madres pertenecientes a niveles más bajos reportan mayores problemas psicológicos y de salud, así como mayor insatisfacción con la crianza. De igual forma, la percepción que tiene de la conducta de sus hijos y sus características se ve afectada por el

entorno, donde un medio adverso hace menos tolerante a la madre respecto de las demandas que impone un niño de temperamento difícil y/o con déficits conductuales, dado que requiere una mayor atención y dedicación de la madre para satisfacer sus necesidades, o incluso evitar que se expongan al peligro.

Además, Lutenbacher y Hall, 1998; Field, 2000; Rahman, Harrington y Bunn, 2002 (citados en Vera, Morales & Vera, 2005) han encontrado que una actitud negativa de la madre hacia el niño incrementa los niveles de estrés en la madre, afectando la posibilidad de predecir adecuadamente su conducta futura hacia el niño y afectando las características de la interacción madre-hijo.

Otro de los objetivos del Capítulo 2, de esta presente tesis, es hablar de la importancia del Índice de Estrés en la Crianza, de su validación y su uso psicométrico para evaluar factores como: el dominio y control en la crianza de los padres sobre el niño, el dominio del propio niño sobre su crianza y del estrés vivido cotidianamente por parte de los padres.

Este inventario ha servido para darle cabida a responder varias preguntas en cuanto a la crianza de un hijo se refiere y principalmente una: cuál es el grado de estrés al que están sometidos los padres diariamente en el proceso de crianza de sus hijos (desde preescolares hasta adolescentes) y de qué manera afecta: en el rol que llevan a cabo los padres como responsables de su crianza, y en el menor para que esta sea recíprocamente satisfactoria. Se hace una revisión de los diferentes inventarios y variaciones que existen del original como por ejemplo: El Inventario de estrés para padres de adolescentes; o el uso de las subescalas para evaluar solo un factor en el estrés de la crianza. Además de lo anterior se explica el porqué de la utilización para evaluar el estrés en la crianza de padres que planearon y no su embarazo, y de la eficacia de su uso y calificación.

Con este estudio se pretende afirmar la importancia de la toma de decisiones al momento de la planeación de un embarazo ya que el proceso que llevan los futuros padres de planificar o no una familia, o llevar a cabo un embarazo no planeado, generara un impacto en cuanto a la crianza futura de su hijo(a), que si bien, es posible también planear el estilo de crianza que es conveniente llevar a cabo para evitar tener un estrés elevado y conflictos posteriores.



## *II. Marco Teórico*

### *Capítulo 1* *El embarazo no planeado*

## CAPÍTULO 1: EL EMBARAZO NO PLANEADO

### 1.1. La Planificación Familiar en México

Durante los últimos veinticinco años del siglo XX, las políticas de población se centraron en el desarrollo de agresivos programas de planificación familiar, controlados por el Estado y aplicados sobre la población. El propósito de los programas fue lograr en el corto plazo una baja importante de la fecundidad de las mujeres. A diferencia de los países ricos, las innovaciones tecnológicas se centraron principalmente en la anticoncepción femenina, principalmente. En 1965, se creó la Fundación Estudios de la Población, A.C, que echó a andar el primer proyecto de planificación familiar en el país. En 1972 se crearon los programas de planificación familiar en las instituciones de salud pública, específicamente en la Secretaría de Salubridad (SSA), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1973 fue aprobada la Ley General de Población, en donde se sustentaba legalmente la política gubernamental de planificación familiar; en 1974 ésta fue convertida en derecho constitucional, a la vez que se estableció explícitamente la igualdad entre hombres y mujeres ante la ley (Sánchez, 2003).

A principios del siglo pasado, la preocupación histórica de la sociedad, respecto a la dinámica demográfica, era la de mantener un crecimiento constante de la población a fin de poblar el extenso territorio nacional a través de mantener elevados índices de fecundidad y de luchar por disminuir los niveles de mortalidad. Lo anterior propicio un fortalecimiento en la salud pública del país y un crecimiento acelerado de la población generando la necesidad de establecer políticas públicas en materia de población (SSA, 2001).

Durante la década de los setenta, y a partir del inicio del uso del ultrasonido en los diagnósticos gineco-obstétricos en los hospitales (Stoopen, 1993 citado en Sánchez, 2003) y de la recién apertura del Instituto Nacional de Perinatología (Bustamante, *et. al.*, 1982 citado en Sánchez, 2003), se iniciaba el proceso a través del cual la procreación y la crianza se convertían en campo de especialistas, mientras que las innovaciones tecnológicas y los anticonceptivos eran controlados por las instituciones gubernamentales y los médicos a través de las políticas públicas de salud y los protocolos hospitalarios.

Desde sus inicios, el objetivo central de la anticoncepción fue reducir el número de hijos y, de esta manera, el tamaño de la familia en México. En un principio, el programa de planificación familiar formaba parte de los programas de salud materno-infantil, posteriormente cobró autonomía, pero el concepto sobre las usuarias de anticonceptivos no cambió: se trataba de mujeres casadas o en unión libre, con hijos, de escasos recursos y baja escolaridad. El hecho de que la anticoncepción estuviera dirigida a mujeres con hijos tuvo efectos que no tardaron en aparecer. A finales de la década de los ochenta, únicamente 4% de las mujeres en edad reproductiva que vivían con pareja comenzaron a utilizar anticonceptivos antes de vivir con un hombre; mientras que 38% comenzó a utilizar anticonceptivos después de cinco años de vida en pareja y 88% lo hizo después de haber tenido descendencia; tal vez esto explique por qué a finales de los ochenta, el uso de anticonceptivos más generalizado se presentó entre las mujeres mayores de 30 años (Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994, 1991 citado en Sánchez, 2003).

Al iniciarse la década de los noventa, el uso de anticonceptivos modernos se había generalizado y había disminuido el uso de métodos tradicionales de anticoncepción; las usuarias eran cada vez más jóvenes, tenían menos hijos y menos años de vida conyugal, sin embargo, para la mayoría de las mujeres, la anticoncepción siguió siendo una estrategia para limitar el tamaño de la familia. Debido a las condiciones del país y a los altos costos de las tecnologías reproductivas, el acceso a los métodos de anticoncepción se limitó a un reducido número de mujeres que podían pagar los costos de la atención de su salud reproductiva en clínicas y hospitales privados. Según Sánchez (2000), también en esta década se comenzó a discutir y estudiar la sexualidad masculina, donde se destacó principalmente, la participación de grupos de homosexuales que trabajaron en la difusión de la información sobre esta enfermedad; mientras que las agencias gubernamentales diseñaron varias campañas dirigidas a la población masculina para promover el uso del condón en las relaciones sexuales. Sin embargo su difusión fue muy limitada en los medios de comunicación.

Desde la década de los ochenta, afirma Sánchez (2000), el feminismo introdujo el concepto de salud reproductiva como alternativa al de planificación familiar; este concepto considera de manera integral la salud de las mujeres, sus derechos y su posición en la sociedad, y responsabiliza también al hombre del proceso de la reproducción humana. A mediados de los años noventa, las feministas lucharon a nivel internacional por una nueva



formulación de las políticas públicas desde una perspectiva de género y lograron que en la conferencia de El Cairo se adoptara la política de salud reproductiva, en lugar de los programas de planificación familiar.

El Programa de Acción: Salud Reproductiva (2001) (como actualmente se le conoce a la planificación familiar) actualmente cuenta con una Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, la cual incorporó los avances científicos y tecnológicos en anticoncepción, así como documentos técnicos sobre métodos de control de la fertilidad, orientación-consejería, consentimiento informado y derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

La Salud Reproductiva, conocida comúnmente como planificación familiar, incluye en su término no sólo el hecho de planear una familia, ya que actualmente va más allá de esto, por lo que su definición es la siguiente:

“La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar, físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos (...) Está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; (...) con embarazos no planeados y la muerte prematura. La salud sexual (como componente de la salud reproductiva) conforma el proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura” (SSA, 2001, pág. 18).

La Secretaría de Salud en este Programa de Acción, hace referencia también a los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del mal ejercicio de una sexualidad desinformada y sin recursos de protección; estos costos elevados aplican a atender embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos, violencia intrafamiliar, trastornos psicológicos, entre otros.

En base a lo anterior podemos marcar una clara diferencia de la planificación familiar, cuyo objetivo es y ha sido, controlar la fecundidad femenina, es decir, que las mujeres tengan menos hijos sin modificar las relaciones entre los géneros, mientras que la salud reproductiva pone acento en las distintas formas de desigualdad entre hombres y mujeres en el ejercicio de la sexualidad, de esta manera se comienza a discutir de manera crítica la idea de que las mujeres sean las responsables de la reproducción humana. Desde el punto de vista de la salud reproductiva, la anticoncepción se convierte en un medio por el cual la persona puede tener una vida sexual satisfactoria y segura. Las políticas de salud reproductiva parten del derecho de la persona al bienestar físico, psíquico y social, referido a su capacidad sexual y reproductiva.

A diferencia de los programas de planificación, que se han dirigido principalmente a la familia nuclear, encabezada por el hombre, sin considerar la diversidad de contextos familiares en los que se viven la maternidad y la paternidad, el concepto de salud reproductiva se dirige a la persona, tanto a hombres como a mujeres, y a la pareja.

Estadísticamente, el embarazo no planeado es una situación relevante porque a nivel mundial aproximadamente 9 millones de infantes fueron no planeados por sus madres en 1999, según un documento disponible en línea, que presenta la Secretaría de Salud (2007) en su página web llamado: "Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes".

A su vez en el documento nombrado: "Como mejorar la salud reproductiva de los países en desarrollo", que es un Resumen de las conclusiones del Consejo Nacional de Investigación de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, disponible en la página web del Population Reference Bureau (2007) se estima que entre el 20 y el 60 por ciento de todos los nacimientos que tiene lugar en los países en desarrollo no son planeados y según Feinholz-klip (1994) entre 40 y 60 millones de mujeres anualmente, sin especificar en qué año, desean interrumpir su embarazo.

En la realidad nacional, en 1990 el Instituto Alan Guttmacher realizó un estudio cuyos resultados son presentados por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam de México, 2007) dentro de su documento en línea: "Embarazos no planeados"; en éste señala que en nuestro país, el 23% de los embarazos de este año fueron no planeados, y que entre el 20% y el 35% del total de mujeres entre 15 y 44 años, cuentan con muy poca o ninguna protección para evitar un embarazo de este tipo.

Además, del documento citado arriba de la Secretaría de Salud (2007), relata un estudio realizado en población adolescente, en un hospital de dicha Secretaría con sede en la Ciudad de México en 1997, en el que las madres estudiadas, el 37% de las primigestas estaban comprendidas entre los 12 y los 14 años, y de ellas, el 70% reportó que les hubiera gustado posponer el embarazo.

Por su parte el Instituto Nacional de las Mujeres y la Unicef (2007) publicaron en la página web de dicho instituto, la encuesta realizada en 1998: “Más vale prevenir que lamentar. Percepciones sobre el embarazo en la adolescencia”, para la cual se entrevistó a un total de 1,581 jóvenes; hombres y mujeres entre los 12 y 19 años de edad, la mayoría de ellos (89%) nacidos en el Distrito Federal, de lo que destaca que el 76% de aquellos, dijo conocer a jóvenes que se han embarazado sin planearlo, y que si ese fuera el caso, los varones optarían por el aborto en un 19% de los casos, mientras que las mujeres respondieron que tomarían esta opción en un 9%, es decir, aunque los datos requieren de réplica en muestras representativas de la diversidad cultural del país, son interesantes porque se nota que hay una tendencia mayor a continuar con el embarazo no planeado en el caso de las mujeres, que en el de los varones adolescentes en la Ciudad de México, lo que guía el pensamiento de que en esta población es más probable la generación de familias uniparentales como es el caso de las madres solteras.

Además, se encontró otra publicación electrónica en el portal web de la Secretaría de Salud (2007) nombrada: “Salud sexual y reproductiva de la población adolescente”, en la que se reporta que en el 2000 hubo en el país 372 mil nacimientos de madres adolescentes.

Actualmente el Instituto Nacional de Geografía y Estadística menciona que en el Censo de Población y Vivienda 2010, se obtuvo como resultado que siete de cada diez mujeres de 15 años y más (71.6%) han tenido al menos un hijo nacido vivo, del total de mujeres de 15 a 20 años, 12.4% ya ha tenido descendencia, aumentando este porcentaje en jóvenes de entre 20 y 29 años (57.2%) y supera el 87% en la mujeres de 30 años y más.

En México, los programas de planificación familiar han permitido que parte de la población tenga acceso a medios para limitar o espaciar su descendencia acorde a sus preferencias. El uso de métodos anticonceptivos es uno de los medios con el que cuentan las mujeres para cumplir con sus expectativas sobre el ideal de hijos que esperan tener a lo largo de su vida. El porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan algún método

anticonceptivo es de 49.9%, de éstas 54.1% los utilizan para no tener más hijos y 38.3% para postergar el embarazo, el resto los utilizan por otros motivos que incluyen indicaciones médicas. Cuando se trata de mujeres unidas o casadas el porcentaje de usuarias se eleva a 72.5 (INEGI, 2010).

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009), 39.4% de las mujeres de 15 a 49 años consideran que lo ideal para ellas es tener 2 hijos, mientras que solamente cuatro de cada cien, expresaron idealmente no ser madres. En congruencia con las preferencias de las mujeres en edad fértil, el porcentaje de quienes refirieron no querer incrementar su descendencia tiene una tendencia ascendente: desde 74.5% para quienes tienen dos hijos hasta 91.3% para quienes reportaron cinco hijos sobrevivientes o más. La proporción más alta de usuarias de métodos corresponde a aquellas que tienen tres hijos nacidos vivos, 82.6%, es decir aquellas que en promedio ya alcanzaron (o rebasaron) su ideal de hijos.

En general, las mujeres consideran dar espaciamiento entre sus hijos, 37.1% piensan esperar de 2 a 4 años para tener su siguiente hijo (o el primero en el caso de las mujeres sin hijos nacidos vivos), y 38.1% declaran que la espera podría ser de 5 años o más. La información disponible muestra que en la práctica la experiencia de la maternidad está estrechamente ligada al inicio de la vida en pareja. Según el ENADID (2009) las mujeres en edad fértil se casan o se unen por primera vez a los 20.4 años en promedio y la edad media al primer hijo es de 21 años.

Por otro lado, aunque no menos importante, la fecundidad adolescente es de particular interés debido a las condiciones biológicas, sociales y económicas en las que se producen los nacimientos en esas edades, que suelen implicar alto riesgo a complicaciones durante el embarazo e incluso la muerte tanto para la madre como para el producto. Para el trienio 2006-2008, la ENADID (2009) indica que hubieron 70.4 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Socialmente cobra relevancia el tema, cuando se piensa en todas esas mujeres que por cultura en México, se les presiona o se les obliga a llevar a término un embarazo, a pesar de que ellas consideran que afecta su proyecto de vida. Estos asuntos prevalecen en las conversaciones bajo el yugo de distintos grupo sociales que opinan en torno a su viabilidad basándose en opiniones personales más influidas por cuestiones de

idiosincrasia, creencias, religión, clase socioeconómica, etnia, legalidad y política, documentadas en argumentos de estudios al respecto. Lo principal es la toma de decisión y responsabilidad a la que los nuevos padres y madres estén dispuestos a aceptar y cumplir, con libertad y consciencia plena de ejercer su sexualidad.

## **1.2. El Proceso de la Planificación Familiar**

Durante la última década se ha incrementado la información sobre la Salud Reproductiva, se amplió la oferta de anticonceptivos, se ha promovido la participación activa del varón y se impulsaron acciones para atender la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Existen aún diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir sobre el número de sus hijos y el espaciamiento. Cuando una persona en edad fértil y con vida sexual activa no desea tener hijos definitivamente o por un tiempo y no hace uso de métodos anticonceptivos, se dice que se encuentra en situación de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, según la SSA (2001).

Las personas que acuden a solicitar el servicio de Salud Reproductiva, de acuerdo con el Plan de Acción: Salud Reproductiva (SSA, 2001) tienen los siguientes derechos:

1- Información: Ser enterado(a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.

2.- Acceso: recibir atención y servicios de calidad con calidez.

3.- Elección: Decidir responsablemente y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud.

4.- Seguridad: recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.

5.- Privacidad: Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

6.- Confidencialidad: Que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

7.- Dignidad: Ser tratado(a) con respeto, consideración y atención.

8.-Continuidad: Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.

9.- Opinión: Expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibido.

Actualmente se sabe que la salud reproductiva está fuera del alcance de muchos mexicanos y mexicanas a causa de factores como: poco conocimiento sobre la sexualidad humana; información y servicios insuficientes o de mala calidad; prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo y el limitado poder de decisión que tiene muchas mujeres y hombre con respecto de su vida sexual y reproductiva (SSA, 2001).

El ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos, según la SSA (2001) se basa principalmente: en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre éstos, el derecho a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en la Constitución Mexicana. En el ejercicio de estos derechos, los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la sociedad.

En el contexto de la democratización, en materia de planificación familiar, la SSA con el Programa de de Acción: Salud Reproductiva 2001, se compromete a poner al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y conserjería con calidad y calidez, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo; se respetarán sus decisiones con respecto a sus ideales reproductivos; se promoverá la participación activa del varón en las decisiones y corresponsabilidad en todas las fases de proceso reproductivo.

La planificación familiar, además de lo anterior, tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante información, oferta sistemática de métodos de control de la fertilidad y la prestación de servicios de calidad a toda la población, fomentando conductas responsables, libres e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva.

De acuerdo con la SSA (2001) algunos de los objetivos específicos de la planificación, y de los más importantes son promover:

- El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los mexicanos tomando en cuenta la diversidad cultural;
- En la población adolescente, actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva;
- Disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual y reproductiva;
- Garantizar el acceso a la información, orientación y servicios de calidad en planificación familiar en todo el ámbito nacional;
- Disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de planificación mediante la oferta sistemática de metodología anticonceptiva, de información veraz y oportuna, de la identificación y eliminación de barreras culturales y la mejoría de la calidad de los servicios. Entre otros.

### **1.3. Factores implicados en el proceso de la Planificación Familiar**

#### *1.3.1. Tendencias de fecundidad en el Distrito Federal*

Para Sánchez (2003) la definición de comportamiento reproductivo consiste en la trayectoria o historia reproductiva de las mujeres, es decir, las características que describen los eventos reproductivos que presentaron a lo largo de su vida. Las variables utilizadas para esta descripción fueron: la edad de las mujeres, la edad en la que se presentaron los eventos reproductivos, el inicio de las relaciones sexuales, el número y espaciamiento de embarazos, nacimientos, abortos, el número de parejas que tuvieron las mujeres durante su vida y el uso de anticonceptivos.

Mientras que para Figueroa y Liendro (1995, en Rojas 2008) el comportamiento reproductivo, es entendido como un proceso complejo de dimensiones biológicas, sociales, psicológicas y culturales interrelacionadas que, directa o indirectamente, están ligadas con la procreación; en un sentido amplio y general este comprende todas las conductas y hechos relacionados al cortejo, apareamiento sexual, la unión en pareja, las

expectativas e ideales en cuanto a la familia y a los hijos, la planeación del número y el espaciamiento de los hijos, el uso o no de algún método anticonceptivo, la actitud y relación en pareja durante el embarazo, el parto y puerperio, la participación en el cuidado y crianza de los hijos y el apoyo económico, educativo y emocional hacia ellos.

Los demógrafos y demógrafas han explicado las diferencias en el comportamiento reproductivo de las mujeres (principalmente) a partir de indicadores socioeconómicos (o determinantes de la fecundidad), como el nivel educativo, la participación femenina en el mercado de trabajo, el lugar de residencia, la condición de migración, la religión, la etnia y la condición marital, entre otros. También, han encontrado que la fecundidad disminuye cuando se incrementan los niveles educativos, la participación laboral y la urbanización (Quilodrán, 1990).

Sánchez (2003), pudo distinguir en cifras un patrón reproductivo, que correspondió mujeres que priorizaron la maternidad de manera distinta a otras ya que tuvieron menos descendientes, preferentemente entre uno y dos, entre los 25 y 34 años; algunas incluso iniciaron su maternidad después de los 30 años y otras después de los 34 años espaciando los nacimientos de sus hijos con el uso de anticonceptivos. Este patrón fue más evidente en mujeres de los sectores medio y alto, con niveles de escolaridad elevados; mujeres no migrantes, en su mayoría, que trabajan fuera de su casa y que en muchos casos no tenían pareja o tuvieron más de una pareja durante su etapa reproductiva.

Las actitudes y los comportamientos sexuales de hombres y mujeres influyen sobre la elección, adopción y el uso efectivo de la anticoncepción, al tiempo que el uso de un método en particular puede afectar la manera en que las personas perciben el ejercicio de su propia sexualidad y la de sus parejas. Los significados y las creencias acerca de la sexualidad, y por tanto las actitudes y comportamientos sexuales, se encuentran adscritos culturalmente. La construcción social de la sexualidad de la sexualidad está vinculada inevitablemente con las concepciones culturales de masculinidad y feminidad, puesto que lo que se constituye como masculino o femenino se expresa en normas e ideologías sexuales” (Dixon-Mueller, 1996 en Rojas, 2008).



### 1.3.2. Comportamiento reproductivo en las mujeres: factor cultural y económico

Sánchez (2003) describe al comportamiento reproductivo en tres distintos sectores socioeconómicos, los cuáles, fueron definidos con base en el ingreso, las condiciones de la vivienda, la migración, la escolaridad, la condición de actividad, la trayectoria laboral, la participación en el ingreso del hogar y el tipo de hogar al que pertenecían las mujeres.

A continuación se describen generalidades de los resultados de Sánchez (2003) que se encontraron en dicha investigación:

Un factor importante en la planeación incluye al *factor cultural* y la idea de la edad de la primera relación sexual. De la muestra de mujeres del estudio de Sánchez (2003), 74% tuvo su primera relación sexual antes de vivir en pareja; de éstas, 23% utilizó anticonceptivos y 77% no utilizó ningún anticonceptivo, una consecuencia inmediata del bajo uso de anticonceptivos al inicio de la vida sexual. Se hizo referencia también al patrón de comportamiento reproductivo de las mujeres más tradicionales con más de tres hijos, que iniciaron su maternidad antes de los 20 años y extendieron su etapa reproductiva hasta los 34 años. El uso de anticonceptivos en este grupo de mujeres fue significativamente más bajo que en otros grupos. Por lo general, este patrón se presentó en mujeres migrantes que vivían con pareja, que tenían un *nivel educativo* bajo y que no trabajaban fuera de su casa, o si lo hacían contaban con empleos no calificados y mal pagados (empresas familiares, sector informal, trabajo doméstico).

Seguido a lo anterior, Sánchez (2003), establece diferencias en las prácticas reproductivas, de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de las mujeres:

- 1) Mujeres de bajos ingresos: comenzaron al mismo tiempo su vida sexual, de pareja pero sin usar anticonceptivos, las relaciones sexuales formaron parte de las prácticas de constitución de la pareja y de la familia; interrumpieron la escuela y el trabajo extra doméstico cuando se embarazaron; dieron prioridad a la procreación y a la crianza, a la vez que colocaron al hombre como el sustentador de la familia. Iniciaron su uso de anticonceptivos una vez que tuvieron hijos, y, por lo general, después del segundo o tercero utilizaron un método definitivo; entonces, retomaron el trabajo extra doméstico, replantearon el significado de la pareja y, en algunos casos, terminaron con la vida en pareja.
- 2) Mujeres del sector medio: La vida sexual se inició antes de la vida en pareja pero sin el uso de anticonceptivos; en ese momento surgieron diferentes prácticas

reproductivas: 1) a partir del matrimonio o de un embarazo se formalizó la vida en pareja y se constituyó la familia, 2) con el embarazo se vivió la maternidad sin pareja, y 3) a partir de un embarazo, la práctica de un aborto y la ruptura de la relación de pareja. Entre las mujeres de este nivel socioeconómico fue frecuente el uso de anticonceptivos al comenzar a vivir en pareja para retrasar la maternidad y poder continuar los estudios o el trabajo extra doméstico. Tenían un trabajo remunerado y contribuían al ingreso familiar, y los hombres dejaron de ser el único sostén de la familia. Muchas interrumpieron su actividad laboral por la crianza, pero otras iniciaron el trabajo extra doméstico antes de la maternidad y no lo interrumpieron al tener descendencia; esto sucedió entre las madres que vivían sin pareja y que contaban con la ayuda de la propia madre, abuela o hermanas para el cuidado de los hijos.

- 3) Mujeres del sector alto, o nivel alto socioeconómico: separaron claramente la vida sexual, conyugal y reproductiva; iniciaron su vida sexual sin anticonceptivos, pero a partir de las primeras experiencias sexuales (que muchas veces resultaron en la práctica de un aborto) y antes de iniciar la vida en pareja y tener descendencia comenzaron a utilizarlos. Estas mujeres realizaron sus estudios y sus actividades laborales antes de la maternidad y no los interrumpieron para dedicarse a la crianza; contaban con ayuda de trabajadoras domésticas, guarderías y, en menor medida la ayuda de la madre y/o hermanas. El hombre dejó de ser el único sostén de la familia, ya que el ingreso de la mujer era fundamental y en ocasiones mayor que el de la pareja (Sánchez, 2003).

De lo anterior se puede concluir que el deseo de las mujeres por tener un bebé o embarazarse es totalmente diferente al planearlo, aunque si están ligados estrechamente en cuanto a la práctica reproductiva se refiere. El tema del deseo y el planear un embarazo se abordara más adelante con detalle. Sólo queda afirmar que las mujeres al momento de planear un embarazo, deben comenzar por informarse acerca de las posibilidades de anticoncepción que existen disponibles, aunque en este proceso dependerá el factor económico como ya se afirmó; y a su vez este afectará la relación con la pareja y el desarrollo individual de la propia mujer.

### 1.3.3. *Comportamiento reproductivo de los hombres: factor cultural y económico*

Rojas (2008) realizó inicialmente una clasificación de dos grupos de padres: padres de sectores sociales medios y padres de sectores sociales populares; esto nos dice al igual que en el apartado anterior de esta tesis, con respecto a las mujeres, que existen factores culturales, económicos y sociales que establecen una diferenciación en cuanto al ejercicio de la planificación familiar, en este caso masculina, los grupos son:

- 1) Los padres de sectores populares, dividido en padres jóvenes (20-44 años) y mayores (45-65 años); provenientes de áreas rurales que viven en la Ciudad de México; con un nivel educativo de primaria y/o secundaria completa; viven en colonias y barrios populares; sus cónyuges se unieron a ellos a la edad de 20 años en promedio y fueron padres uno o dos años más tarde; viven en hogares extendidos y provienen de familias numerosas. La mayoría tiene ingresos precarios y tienen ocupaciones como: albañil, auxiliar de intendencia, auxiliar de restaurante, chofer y jardinero.
- 2) Los padres de sectores medios, divididos también en padres jóvenes (20-44 años) y padres mayores (45-65 años), la mayoría nacieron en la Ciudad de México, lugar donde han vivido toda su vida; con un nivel de escolaridad de licenciatura, incluso maestría; son profesionistas con diversas ocupaciones (diseñador industrial, funcionario, universitario, analista de sistemas, microempresario, arquitecto); se unieron a sus cónyuges a una edad no muy temprana, 27 años en promedio y fueron padres a las edad de 29 años promedio; provienen de familias un tanto numerosas, mientras que ellos conforman principalmente familias nucleares de dos hijos como descendencia en promedio.

Aunque hasta el momento, histórica y teóricamente se ha hecho referencia a la participación de la mujer en la planificación, y a que los planes y programas habían estado diseñados para orientar a la mujer, en el mínimo sentido de ser la que lleva al niño o niña en su vientre, le da vida y cuidados, etc.; como ya se ha comentado en el tema: *La Planificación Familiar en México*, de esta tesis, se ha ido incluyendo parcialmente al varón en este proceso, tema que se desarrollará en el siguiente apartado.

#### 1.3.4. *La participación del hombre en el proceso de Planificación Familiar*

Los asuntos relacionados con la reproducción generalmente son de exclusiva competencia femenina, por lo cual se acepta que las mujeres constituyen la fuente de información exclusiva y adecuada para recolectar datos relacionados con la fecundidad de las parejas. Se asume además la concordancia entre los intereses de los hombres y de las mujeres al interior de las parejas matrimoniales, negando la existencia de conflictos y negociaciones, es decir, las relaciones de poder al interior de la pareja, y suponiendo que la decisión de uno de los cónyuges es equivalente a la decisión de ambos (Greene & Biddlecom, 2000).

Así, aunque los procesos reproductivos atañen a ambos miembros de la pareja, el análisis demográfico sobre la fecundidad tradicionalmente ha centrado su análisis en la experiencia vivida y declarada por las mujeres, ignorando la presencia masculina en dichos procesos (Watkins, 1993).

A partir de importantes propuestas y preocupaciones que intentan recuperar la experiencia masculina en la reproducción, la investigación al respecto se desarrolló en dos direcciones muy diferentes entre sí. Por un lado, se encuentra la investigación orientada a hallar las formas en las que podrían eliminarse los obstáculos que los varones representan, a fin de garantizar una participación más favorable para las mujeres. Y por otro lado, están aquellos esfuerzos que incorporan a los varones pero a partir de una interpretación más amplia de la reproducción en tanto proceso que se desarrolla dentro de un ámbito más extenso, el de la sexualidad. Lo que obliga a considerar las relaciones de poder subyacentes en ella, además de contemplar diversos procesos de negociación que tienen que ver con el uso de anticoncepción, con la determinación del tamaño de la descendencia y con la crianza (Rojas, 2008).

Greene y Biddlecom (2000) revisan los prejuicios más generalizados respecto a los varones y que han contribuido a oscurecer la comprensión del proceso reproductivo. Entre los más importantes destacan los siguientes:

- a) Con frecuencia se asume que los hombres no están bien informados acerca de la anticoncepción, de las características de los diversos métodos en particular, ni del ciclo reproductivo femenino. En contra de esta aseveración, estas investigadoras señalan que existen datos provenientes de investigaciones realizadas en diversos países que demuestran que los hombres están tan enterados como las mujeres de

los diversos métodos anticonceptivos. Un ejemplo de ello son los resultados de una investigación llevada a cabo en Filipinas (Biddlecom, Casterline & Pérez, 1996), que mostraron que los hombres filipinos tiene una extensa y bien desarrollada percepción acerca de la planificación familiar y, particularmente, de los atributos de los diversos métodos anticonceptivos.

- b) Muchas veces se da por hecho que los hombres no son responsables del control de la fecundidad. Sin embargo, de acuerdo con resultados de algunas encuestas, existen reportes de altas tasas de uso de algún método anticonceptivo declaradas por los varones, a veces mayores que las registradas para mujeres casadas.
- c) Es común la idea de que los hombres constituyen la barrera para el uso de anticonceptivos femeninos. Por ello, al estudiar el desacuerdo entre los cónyuges en el uso de algún método, generalmente se hace énfasis en los casos en que el varón es el que no quiere emplear la anticoncepción y pocas veces se analiza el caso contrario, cuando es la mujer quien se opone a los deseos de su compañero para usar algún método anticonceptivo o, más aún, cuando los hombres son quienes se resisten al deseo de sus compañeras de querer tener más hijos. De cualquier manera, aunque el varón tenga una predominancia en la toma de decisiones anticonceptivas, o aunque se oponga al uso de algún método, ello no necesariamente evita que las mujeres usen anticoncepción ya que con frecuencia ellas usan algún método de control natal con el desconocimiento de sus cónyuges.

De acuerdo con Rojas (2008), a partir de la clasificación anterior existen dos tipos de padres en cuanto a su ejercicio en la paternidad y planeación familiar, bajo la concepción de una clasificación general y teórica.

El primero llamado *padre tradicional*, establece una relación de pareja con un importante grado de incomunicación entre los cónyuges, sobre todo en temas relacionados con la sexualidad, el tamaño de la descendencia y el control de la fecundidad. Esta falta de comunicación lleva a que predomine la voluntad masculina; la inequidad en la relación de pareja queda reflejada en el poder ejercido por el varón en la toma de decisiones en torno al tamaño de la descendencia. La actitud autoritaria de estos padres tradicionales se encuentra relacionada con un fuerte condicionamiento de tipo cultural que los lleva a continuar con ciertos patrones reproductivos caracterizados por una alta valoración de una descendencia numerosa, ésta, propicia que no perciba la posibilidad de limitar el número de hijos a procrear a través de la regulación de la

fecundidad conyugal, ni buscar información al respecto. La necesidad de mostrar virilidad y la hombría lleva a estos hombres a desear y, por tanto, a hacer todo lo posible por tener a su primer hijo inmediatamente después de realizado el matrimonio, por lo que se entiende expresamente no existe un proceso de planeación familiar como tal.

En una segunda clasificación, Rojas (2008) describe al *padre moderno* que establece por lo general relaciones de pareja equitativas y democráticas, de manera que se propicia la existencia de espacios de discusión y abierta comunicación, en donde expresan sus necesidades y opiniones respecto a temas relacionados con la sexualidad, el tamaño de la descendencia y el control de la reproducción. La reproducción conyugal está definida por el deseo de tener hijos sólo cuando se desean realmente. El ejercicio de la sexualidad es concebido como plenamente autónomo respecto a la reproducción, la cual puede ser regulada, de tal manera, que reconocen la posibilidad de influir en el propio comportamiento reproductivo además de buscar informarse sobre los diversos métodos anticonceptivos.

Según Rojas (2008) *el padre moderno* al asumir una actitud de corresponsabilidad en la regulación de la fecundidad junto con su pareja, está consciente de la necesidad de ampliar su participación mediante el uso de métodos masculinos de control natal (preservativo, vasectomía, etc.). Además para estos hombres una descendencia pequeña es garantía de que los hijos alcanzarán un elevado nivel educativo que les permitirá contar con amplias posibilidades de conseguir un buen empleo cuando deban independizarse de sus padres. En este caso la calidad de vida de los hijos (alimentación vestido, educación, salud, esparcimiento) es más importante para ellos, que la cantidad.

De manera general, un embarazo no planeado genera desconcierto y miedo por las implicaciones que se pudiera derivar de ello; sin embargo, en un estudio realizado por Amuchástegui (2007), los embarazos no planeados fueron aceptados, disfrutados y amados siendo motivo para algunos padres para formalizar la relación y casarse, pues, como señala el autor, la paternidad queda enmarcada en la relación institucional del matrimonio, llevando a algunos hombres a asumir las consecuencias de sus encuentros sexuales, mirándose a sí mismos como hombres responsables.

#### 1.4. La diferencia entre planear un hijo y desearlo

*“Una mujer comienza a sentir miedo de que algo no anda bien. Día tras día se le ha vuelto más difícil creer en la esperanza de que pueda ser una mera irregularidad en su ciclo normal. Tarde o temprano el miedo se convierte en certeza: ella está embarazada”*

Pohlman (1973)

La afirmación de querer o desear un hijo no es el equivalente a decir que los padres se encuentran la mayoría del tiempo pensando y anhelando un hijo. Si un padre tiene la concepción de que el hijo que espera es deseado, esto no significa que no haya pensado que podría no ser deseado. Un gran número de padres tienen sentimientos acerca de esto todo el tiempo y se preguntan si en realidad el hecho de esperar ya un hijo es porque lo desearon, es decir permanecen en este continuo ir y devenir de la explicación de si es deseado o no deseado.

De acuerdo con un estudio realizado por Greep (1963, citado en Pohlman, 1973) mostró que una proporción de parejas norteamericanas desean tener hijos pero no todos los que ellos puedan, por naturaleza procrear. De entre los resultados del estudio solo 17 % de las parejas fueron clasificadas como en “exceso de fertilidad”, mientras que el resto de las demás parejas mostraban al menos si desear tener unos cuantos hijos.

A pesar de que la mayoría de los norteamericanos desean o quieren tener hijos, esto no minimiza la importancia de los resultados de una concepción no deseada. Un fuerte deseo por tener un hijo no es compatible con el deseo de no tener muchos, como lo afirma un estudio en Indianápolis hecho por Pratt y Whelpton (1955, citado en Pohlman, 1973) en el que concluyeron que *“una esposa que quiere tener un hijo no significa, necesariamente, que esto sea entendido en términos de que quiera una familia muy grande y extensa”*, esto es, la anticoncepción no necesariamente debe ser vista como un rechazo a tener hijos si no como una estrategia de “bloqueo” o planeación ante la concepción.

El deseo consciente de tener o no tener un hijo puede ser considerado como una especie de compromiso del factor “tener”, visto como un factor social que afecta la decisión individual acerca de si se quiere que ocurra o no un embarazo, algo a lo que Westoff (1961, citado en Pohlman, 1973) llamaba “supuesto de la compatibilidad”:

*“...el patrón del desempeño en el control de la fertilidad depende del entendido de que tener otro hijo (o un número de hijos) es compatible con otros valores e intereses en la vida. Aunque en realidad, esto sirva para poner en relieve la idea, de que al momento de decidir sobre el control de la fertilidad o concepción, ya sea implícita o explícitamente, implica un “costo” para el individuo y para la familia...”.*

Lo anterior significa también que el deseo de tener un hijo y el compromiso que esto conlleva, mantiene al individuo (o futuro padre) en un conflicto de opiniones. Como factor adicional al desear un hijo las opiniones de personas o grupos cercanos a la familia son importantes al momento de esclarecer sentimientos de desear o no a un hijo. La presión social puede influenciar a algunas personas al momento de tomar la decisión de tener un hijo, incluso en determinar si tener una familia pequeña o grande (Pohlman, 1973).

El hecho de desear se encuentra implícito en la decisión de la planificación de un hijo; y atiende hacia los sentimientos implicados en ello, aunado a esto y como se vio anteriormente, también se encuentra ligado a factores u opiniones sociales. Parecen existir muchos acuerdos para usar el término de “embarazo no planeado”, esto es, que no necesariamente quiere decir que el embarazo sea “no deseado”. Parece haber un grado de confusión entre los términos “embarazo accidental” y “embarazo no deseado” de acuerdo con Pohlman (1973).

Demógrafos han utilizado el término “accidental” para describir un embarazo que tiene lugar en el momento en que la anticoncepción está siendo practicada. De acuerdo a la definición anterior, la mujer que definitivamente no quiere embarazarse por el momento, pero que aun así tiene un embarazo aunque no se encuentre practicando la anticoncepción, no es un embarazo “accidental”, pero puede ser visto como un embarazo “no deseado”. Un embarazo concebido bajo un proceso de planificación familiar, puede llamársele accidental, ya que la mujer ha decidido posponer o planificar sus embarazos en tiempo; esto no quiere decir que no sea un embarazo no planeado, ya que ésta ya se encontraba en el proceso, lo que significa también que no necesariamente sea un bebé no deseado (Freedman, 1959 citado en Pohlman, 1973).



Dada la extremada, y natural ambigüedad de la intención de un embarazo, es difícil determinar cuando un embarazo es genuinamente no planeado. Santelli et.al, (2003) sugiere, gracias a sus estudios, que muchos de los embarazos no planeados son conscientes o inconscientemente intencionados; algunos de esos embarazos pueden ser considerados ya sea como no deseados o inoportunos, por ello se les llama *embarazos accidentales*.

#### 1.4.1. Actitudes y motivaciones relacionadas a la planeación

La gente no está libre de tener creencias, actitudes y valores que cambien sus motivaciones. Estos componentes estructurales analíticamente distinguibles, ocurren en el contexto de la organización de la personalidad.

A través de estos aspectos de la personalidad, la gente parece diferir en la forma en la que ellos están psicológicamente organizados para atender a una acción de planeación. Como es bien sabido, existe una pequeña barrera entre la intención y la realización, entre la expresión de una actitud y una conducta consecuente. De esta manera la conceptualización y la medición de las diferencias en la personalidad en cuanto a lo anterior, deberían ser relevantes para la planificación familiar (Smith, 1965 citado en Fawcett, 1973).

Los componentes cognitivos de las actitudes, son el foco central de otro estudio de actitudes en la planificación familiar y en la conducta en una muestra de mujeres negras y blancas en Chicago. El reporte preliminar (Crawford, Stocker & Heredia, 1968) demostró la utilidad predictiva de esta investigación y sugiere que la comunicación en la planificación familiar debería enfatizar la utilización del control de la natalidad en conjunto con las metas y valores de la población objetivo.

En un estudio de una muestra de estudiantes mujeres, no casadas, a punto de graduarse (Mac Donald, 1970) se reporta que indicaron haberse comprometido por haber practicado coito premarital, y que substancialmente y significativamente, las que mostraron haber tenido un locus de control interno más alto de aquellas que reportaron un locus de control externo alto, utilizaron alguna opción de control de natalidad.

Esencialmente la misma variable conceptual, acercándose de manera diferente, fue punteada por Williamson (1969) y otros como “sentido de la eficacia”, que en un contexto de modernización, encontró que se mide en relación a las actitudes favorables que se tienen acerca de control de la natalidad.

Wyatt (1967) afirma que las razones para tener un hijo también cambian con el tiempo; aunque el psicoanálisis tiene una elaborada teoría acerca de las razones y del deseo en la crianza temprana; la motivación no resuelve esto, aun y aunque la fecundación ya esté en proceso. La reproducción como un evento psicológico sería mejor verlo en términos más amplios. No es solo un acto o una actitud lo que explique la idea popular de la maternidad, como se nos ha hecho creer; es como una secuencia de ésta, en varios estados, los cuáles pueden diferir ampliamente en los retos que implican y las gratificaciones que dan.

Hoffman y Wyatt (1960) analizaron recientes cambios sociales que pudiesen alterar los motivos particulares de formar una familia grande. Se enfocaron en tres aspectos de la sociedad moderna: cambios en el rol de la mujer; cambios en el rol parental y el concepto de la paternidad; y la creciente soledad y alienación de los individuos. De acuerdo con el análisis de estos factores, la interacción de estos aumentaría el deseo reproductivo. En adición a esto, los hijos representan en muchas maneras un soporte en contra de la soledad social y la alienación.

Bogue (1967) preparó una lista de motivos a favor y en contra de la planificación familiar, frases “motivacionales” principalmente en términos del entendimiento en la vida diaria. De entre los principales motivos que figuraban como altos motivos para llevar a cabo la fertilidad se encontraban: familias grandes son familias felices; continuar con el apellido de la familia; familias grandes promueven un buen ajuste marital; por ego o virilidad (hombres); familias grandes son buenas a los ojos de Dios; se tiene un status alto en la comunidad. Mientras que de entre motivos que figuraban como bajos motivos para llevar a cabo la fertilidad estaban: preservar la salud de la madre; ahorro económico para el futuro o el retiro; facilidad para la autorrealización y necesidades sociales; vida familiar más feliz, menos tensión; ayuda a la sobrepoblación; ayuda a la comunidad a tener una menor demanda en educación o en otros servicios.

Resumiendo, además de las investigaciones anteriormente mencionadas, existen distintos factores que están esencialmente relacionados con lo que motiva a un padre y madre a tener un hijo. Pohlman (1973) hace una clasificación de los motivos más frecuentes y estudiados:

- *Factores innatos.*- Afirma que las mujeres, tienen necesidades innatas de tener hijos. Mucho de lo que se le atribuye a factores innatos puede ser explicado como una manera de aprendizaje social. El autor cree que las mujeres que no quieren ser madres rechazan la idea de que la mujer debe necesariamente sufrir de alguna manera si ellas aprenden a querer estar sin hijos. Las mujeres que escogen estar sin hijos, aprenden a manifestarse en contra de la creencia de esperar tener hijos alguna vez en la vida, esta contrariedad está lejos de ser el resultado de una frustración o de necesidades innatas.
- *Hipótesis psicoanalíticas.*- Procrear un hijo es una evidencia de tener suficiente virilidad, potencia, madurez sexual y facilidades de reproducción. Para la teoría psicoanalítica es importante observar la competencia con uno de los padres del mismo sexo; tener un bebé es una manera de competir. Un hombre con su padre y una mujer con su madre. Las madres cuyos esposos les prestan una atención insuficiente podrían tener una influencia inconsciente; el primer bebé de una mujer puede envolver deseos hostiles para reemplazar a la madre; tener una familia grande o pequeña puede atentar contra la auto superación de la madre. Además de lo anterior, el tener un hijo puede ser motivo de una gratificación o extensión del ego. Tener más niños parecería ser como construirle más pisos al edificio o comprar.
- *Conformarse con las normas sociales.*- Hipotéticamente, la personas basen su fertilidad de acuerdo a las actitudes de los demás; esta actitud de los demás influye en lo que el individuo realmente quiere y espera. La posibilidad de que un individuo y su grupo social puedan entrar en un conflicto por esta toma de decisiones en cuanto a la concepción es realmente ansiado. Frecuentemente la influencia de los grupos sociales en cuanto a los deseos individuales de una persona acerca del tamaño de su familia es más tranquilo de lo que se piensa, no es tan conflictivo.

- *El solo gusto por los niños.*- Una de las principales razones que la gente tiene para tener un hijo es por el hecho de que les gustan los niños. El gusto por los niños y el querer un niño no son sinónimos. Muchas de las razones para querer un niño, tienen poco que ver con que les gusten los niños. Sería mejor, por el bien de la salud mental de los niños, si los padres realmente quisieran tenerlos, y no solo porque solo les gusten. Muchos padres manifiestan un sentimiento de complicidad y placer velando por el bienestar y desarrollo de sus hijos, además de sentirse generalmente proveedores de una atmosfera de felicidad. La gente que quiere tener hijos puede ser porque en parte disfruten de su compañía y de la alegría que surja de ambas partes.
- *Factores que envuelven a la relación marido-esposa.*- Una persona puede que tienda a expresarle amor a su pareja al compartir con el otro la procreación de un hijo. La existencia de un feliz matrimonio no es condición necesaria para generar un “motivo” para querer un hijo, pero podría proveer un “nido” para generar otros motivos para querer tenerlo. Es también probable que en algunos casos lo padres no quieren que la relación de su feliz matrimonio sea interferida por un niño u otro adicional (Rainwater, 1965). Además de lo anterior Hoffman y Wyatt (1960) sugieren que ambos esposos pueden verse atraídos por tener otro hijo porque se quieren sentir más independientes y autónomos. Las presiones por tener un hijo pueden hacer que la esposa se sienta más importante en comparación con el marido; aunque esto puede ser usado como una excusa para prestar menos atención a las necesidades y demandas del marido. Al mismo tiempo que la esposa se centra más en el hijo, ella demanda menos atención de su esposo, siendo más independiente como mamá. Como lo señala Nolasco (1989), el deseo de tener un hijo marca para un hombre una posibilidad de involucramiento y entrega. Implica trascender la experiencia del placer sexual y así mismo, y con ello la ampliación del proyecto amoroso. La maternidad y la paternidad pueden rescatarse como proyectos de amor, a través de las experiencias cotidianas de la intimidad y encuentro con la pareja y los hijos. Los motivos que los llevan a decidir tener hijos están vinculados con las expectativas y las condiciones particulares de su trayectoria y proyecto de vida, incluyendo la situación económica y unión con la pareja con la idea de formar una familia. Los datos coinciden con los de Jiménez (2007), quien después de entrevistar a hombres de nivel medio de la Ciudad de México, estos señalaron que la idea de tener hijos se incorpora con sus

expectativas matrimoniales. La idea de matrimonio siempre va ligada a la idea de procrear, el sentido de la vida está en tener hijos, no se puede concebir la idea de un matrimonio sin hijos

- *Cuando ya se tuvo un hijo.-* Según Pohlman (1973), muchas madres reportan sentir presión por parte de su hijo mayor, particularmente niñas, acerca de tener otro bebé; algunas dicen ser ésta, la principal razón de decidirse a tener otro bebé. Los padres que quieren otro hijo, posiblemente reflejen la idea de que una familia de un solo hijo pueda no ser tan sano. Padres que ha perdido hijos por diferentes razones (muerte) tratan también de reemplazar a este con un nuevo embarazo.
- *Factores que envuelven el sexo del niño.-* Las madres reportan que se sienten muy felices cuando descubren que están embarazadas, y se vuelven más cálidas en su relación con el nuevo bebé, y aún más cuando el sexo de los niños en sus familias siguen cierto patrón. Tales preferencias no son meramente verbales, ellos tratan de tener otro embarazo hasta conseguir un bebé del sexo deseado, no importando realmente si la familia se hace más extensa.

### **1.5. Causas y consecuencias de no planear un embarazo**

Sin considerar la política de población, un país debe preocuparse por la salud de sus madres, sus hijos y sus unidades familiares, la planificación familiar es parte esencial de sus servicios de salubridad. Específicamente se puede mejorar la salud si la reproducción ocurre bajo condiciones óptimas, que proporcionen la mayor probabilidad de éxito; algunas de ellas y de las más importantes son según Beasley (1969, en Mc Callister, 1975) son:

- **Edad:** la reproducción en mujeres de 20 años a 30 años de edad se relaciona con la menor incidencia de mortalidad materna y perinatal y de pre madurez. La reproducción en edades menores de 16 años y mayores de 35 años se relaciona con los índices más altos de morbilidad y mortalidad materno-infantil.
- **Condiciones emocionales óptimas:** la experiencia clínica acumulada indica que la salud mental de la madre, del niño y de la unidad de familiar parecen mejorar cuando el embarazo ocurre bajo condiciones emocionales óptimas, es

decir, si es deseado por ambos padres y el hijo se concibe después de considerar el bienestar de los vástagos ya existentes y de los futuros.

- Prevención de aborto: la práctica con éxito de la planificación familiar reduce o elimina la necesidad de recurrir a la provocación de abortos, los cuales pueden ser dañinos para la madre e incluso causar su muerte. Si los abortos provocados constituyen un problema importante de salud, la planificación familiar es una solución necesaria a ese problema.

De entre las posibles consecuencias de la fecundidad no controlada se encuentran: el nacimiento de niños no deseados y no amados, la ilegitimidad, el embarazo premarital, la psicosis postparto y el excesivo crecimiento de la población (Schawrtz, 1970, en Mc Callister, 1975).

Es importante destacar el papel que juega la familia, en concreto los padres, para el desarrollo favorable de cualquier individuo, pues es bajo su crianza en la que a distintos niveles pueden cubrirse sus necesidades ya que el ser humano es un ser social, que al nacer no puede subsistir sin el apoyo de un adulto. Los padres tienen como funciones proteger de riesgos, al infante, impartir crianza, y desde la noción etológica, fungir como base segura para que el infante conozca la realidad y se desarrolle psicológicamente en un nivel adaptable. A través de la realización de tareas apropiadas a las crisis evolutivas en cada etapa del desarrollo infantil, los padres influirán en la dirección y ritmo de éste (Heredia, 2005).

### 1.5.1. *El Aborto e infanticidio*

En algunos casos, factores nuevos y genuinos tienen cabida en el marco durante el embarazo o alrededor del alumbramiento, de esta manera un embarazo no planeado a veces deja un bebé deseado. Para muchos papás que no planearon un embarazo, los mismos motivos y circunstancias externas que los llevaron a lamentar el embarazo, también están presentes y los llevan a fantasear con inducir un aborto, esperar a que algo le pase al feto, o esperar una muerte fetal. Si el niño sigue vivo y no lo pueden poner en adopción, o venderlo, o abandonarlo o dejarlo en una guardería por varios años, o encontrar un medio de deshacerse de él, los padres comienzan a desear que algo le pudiera pasar para poner fin a su vida.

El infanticidio y el aborto, lejos de ser vistos como una manera de anticoncepción, han sido vistos como maneras baratas de controlar el tamaño de la familia a través de lo largo de la historia de la humanidad (Himes, 1936, citado en Pohlman, 1973).

Culturas contemporáneas generalmente consideran al infanticidio como una inaceptable forma de anticoncepción e incluso también el aborto. Pero desde algunos puntos de vista no hay nada innato o innatural en el hecho de querer matar o abandonar a un niño que no ha sido deseado. Aun en algunas culturas en las que el infanticidio es prohibido, es practicado. Según Pohlman (1973), estas conductas pueden conducir sentimientos de culpa en ciertos grupos, o en otros ser completamente e incluso muy apreciado.

El aborto es cada vez más frecuente, y la profunda culpa seguida de este acto ha sido cada vez más estudiada (Calderone, 1958, citado en Pohlman, 1973). La realización de un aborto esta medicamente aprobada, una vez que ésta no sea utilizada como una manera de salvación de la consciencia del individuo; el ocultamiento del cuidado del aborto a los demás todavía deja al individuo vivir con su propia culpa. Cuando la mujer tiene un aborto, se convierte en el principal generador de sentimientos de culpa, su esposo o su pareja también tiende a mostrar sentimientos similares.

### **1.5.2. Conductas inadecuadas en el menor**

El creer que embarazos no deseados tiene un efecto indeseable ha sido repetidamente enfatizado (Sody, 1964; citado en Pohlman, 1973). Desde el punto de vista de la salud mental un niño deseado es más parecido a un niño sano, Lieberman (1964, citado en Pohlman, 1973) menciona que una de las estrategias más efectivas en la prevención de la salud mental es la de prevenir los embarazos no deseados.

Algunos estudios sobre la relación entre el orden de nacimientos, el tamaño de la familia y la enfermedad mental proporcionan tal vez la documentación científica más exacta de la hipótesis de que el niño no deseado ni planeado tiene mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad de esta clase. Los estudios de Shooler (1964), Gregory (1958), Barry y Barry (1967) y Farina y asociados (1963), que analizan grandes grupos de enfermos psiquiátricos con diagnósticos variados, muestran que en familias de cuatro o más niños, los hijos de la segunda mitad en el orden de nacimiento desarrollaron enfermedad mental con mayor probabilidad que los hijos de la primera mitad.

Schooler (1961), además demostró que en comparación con los pacientes primogénitos, los enfermos en el último lugar de dicho orden estaban más graves, mostraban un grado de adaptación social menor y tenían una incidencia mayor de conducta extraña y autodestructiva. La explicación más plausible fue que los niños en último lugar del orden de nacimiento de familias numerosas tienen mayor probabilidad de haber sido no deseados o no planificados y, por tanto, es más factible que no hayan recibido el cuidado y el afecto adecuados.

Los niños son completamente dependientes de los adultos y más en el tiempo siguiente después de su nacimiento, sobretodo en cuanto a sus necesidades básicas se refiere. Si una madre se vuelve hostil durante la infancia de su hijo, esto se puede manifestar en un importante número de maneras y/o consecuencias. Si la madre presenta hostilidad inconsciente durante la infancia de su hijo y alimenta la necesidad de cuidarlo a pesar de ello dándole una sobreprotección, esto puede causar a ella una extra preocupación y estar siempre tensa en el cuidado del bebé. Puede que ella sea inconsistente, alternando entre consideraciones extremas y un sobre-rechazo y hostilidad (Pohlman, 1973). El autor también refiere que si las primeras experiencias con la madre son positivas, el estímulo asociado con ella se convierte en un reforzamiento positivo. El niño aprende a asociar a la madre con placer y alegría. Pero si la madre es generalmente tosca y resentida en su relación con el niño, el experimentará dolor e incomodidad en relación a los estímulos que le proporcione y represente la madre. Si esto ocurre a menudo en un continuo período de tiempo, la madre puede llegar a tomar un valor negativo sobre el niño.

Recordando a Erikson (1950, citado en Pohlman, 1973), en donde sugiere que las actitudes humanas de efecto y confianza, o de hostilidad y desconfianza, tienen sus inicios en las relaciones interpersonales de los niños durante el primer año de vida, da a pensar que las experiencias negativas con la madre pueden iniciar en el niño una visión negativa en cuanto a la interacción con los demás se refiere.

En un estudio longitudinal de Feinholz-klip (2001) llevado en Suecia con 120 niños que nacieron de un embarazo no planeado y que fueron pareados con niños del mismo sexo, zona de residencia y día de nacimiento; se identificó que los niños no planeados tenían más bajos resultados en casi todos los aspectos evaluados conforme crecían, sobretodo conllevando mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, alcoholismo, delincuencia y conducta criminal; en su juventud, los hijos de un embarazo no planeado,



también recibían con mayor frecuencia apoyo del gobierno, menor educación y condonación del servicio militar por causas médicas, respecto de los hijos producto de un embarazo planeado.

Otro estudio de la autora Feinholz-klip (2001) realizado en Praga sobre el desarrollo de niños producto de embarazos no planeados, que nacieron en hogares integrados y que fueron evaluados a los 9, 14, 16, 21, 23 y 30 años de edad, comparados con niños producto de un embarazo planeado, encontró que ambos grupos mostraron coeficiente intelectual normal, pero en su conducta, rendimiento escolar y capacidad de relación con iguales y autoridades fue más baja en el grupo de “no planeados” con respecto al otro grupo. Luego, durante la adolescencia este grupo presentó un mayor índice de alcoholismo, drogadicción, necesidad de ayuda psicológica y menor desempeño escolar. A la edad de 21 y 23 años expresaban menor satisfacción con la vida y el doble de sentencias en las cortes con respecto al grupo control; en lo que respecta a la relación de pareja y formación de familia, el grupo “no planeado” se relacionaba con parejas que manifestaban dificultades de adaptación social, que verbalizaban mayor inseguridad sobre su capacidad para ser padres, y en cuya familia formada, resultó con mayor tendencia al conflicto. En las mujeres de este estudio, se encontró que a los 30 años de edad fueron tres veces más frecuentemente desempleadas y con mayor índice de divorcio, soltería e inestabilidad emocional que aquellas del “grupo planeado”; y en el caso de los varones hubo un mayor índice de depresión, en comparación con su contraparte de embarazo planeado.

### *1.5.3. La pareja en la crianza: salud mental de los padres y rompimiento familiar*

La disposición hacia la paternidad puede verse influida por diversos factores tales como la *salud mental de los padres*. La hostilidad reflejada hacia un niño no planeado, puede incluso comenzar desde antes del nacimiento, tomando en cuenta en una cultura en la que se prevé que el embarazo conducirá inevitablemente a otro miembro de la familia. Después de que el niño nace, puede haber aún más ira hacia el niño, cuya presencia es no deseada. Cualquier niño puede ser frustrante algunas veces, y probablemente todos los padres experimenten momentos de ira hacia sus hijos. Pero en este caso para el hijo no planeado, el escenario podría ser aún más hostil. Si el niño es no deseado, los padres son más propensos a sentir como si sintieran irritable y quisieran

apuñalar al pequeño monstruo que tiene en casa. No hay duda alguna que algunos padres pasen por estos impulsos o deseos (Pohlman, 1973).

Muchas veces los futuros padres que tomaron la decisión de llevar a cabo un embarazo no planeado provoca al final de éste, que ambos o uno de ellos, en especial la madre, manifieste ciertos rechazos hacia el bebé, tal y como lo muestra una investigación realizada por Feinholz-klip (2001) acerca de las consecuencias psicológicas y sociales observadas en los hijos producto de un embarazo no planeado, llevada a cabo con estudios longitudinales durante 23 años en países extranjeros. El estudio llevado a cabo en Suecia, arrojó una alta mortalidad entre los niños nacidos de embarazos no planeados que en aquellos producto de un embarazo planeado; incluso al relacionar las causas de los decesos, se reveló desde una falta de atención (resultante en desnutrición, retardo en el crecimiento, enfermedades y accidentes previsibles), hasta la violencia y el homicidio.

Además de lo anterior, en Suecia, la misma autora encontró un reporte donde 213 niños nacidos de la continuación de un embarazo no planeado, tuvieron mayores discapacidades físicas y emocionales, que los niños del grupo control, mientras que en Inglaterra, halló datos de que las madres a las que se les negó el aborto y continuaron con el embarazo, sintieron resentimiento contra el bebé; las mujeres bajo esta situación argumentaban no poder enfrentar la misma, y de un total de 95 mujeres, 6 habían intentado suicidarse, dos lo consumaron y más de la mitad de los niños fueron educados en situaciones adversas.

Grussu, Quatrato y Nasta (2005) mostraron el estudio de la influencia del embarazo planeado y no planeado en cuanto al bienestar psicológico de las mujeres y su actitud en el primer año después de dar a luz. Los resultados mostraron que las mujeres con embarazos no planeados tuvieron un estado de ánimo mayormente perturbado en el primer año después del nacimiento de sus bebés. Sin embargo, aproximadamente a los 2 años después del alumbramiento no hubo diferencia entre los dos grupos en cuanto al rechazo del rol materno, y las actitudes maternas: represivas y punitivas. Los autores concluyeron que las alteraciones en el estado de ánimo se encuentran relacionadas mayormente con el nivel socioeconómico medio de las mujeres del estudio además de haber tenido un embarazo no planeado.

En otro estudio en donde se pretendía determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer características demográficas y obstétricas, Luna, Salinas y Luna (2009) analizaron a 222 gestantes en el Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Perú. Encontraron que el 89% de las estudiadas presentaba depresión mayor, de las cuales las mujeres que eran casadas tendían a deprimirse menos; las que no habían planificado su embarazo y que además presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. De estas mujeres el 56,3% de los casos el embarazo no era planificado; mientras que el 32,4% de las mujeres tenían antecedentes de aborto, mientras que el 43,2% presentaron complicaciones durante el embarazo actual. Los autores concluyeron que la prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada; dicen, se debe prestar especial atención a mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones o problemas de salud durante el embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos, recomendando observar a las gestantes que refieren tener mala relación con su pareja.

La *relación en pareja* es otro factor que se debe tomar en cuenta según Sánchez (2003) ya que muchos de los embarazos implican el rompimiento de la relación de pareja. De las mujeres encuestadas en su investigación, 20% de ellas tuvo al menos un hijo o hija sin vivir en pareja o rompieron con la pareja con el nacimiento de un hijo o hija.

Posiblemente uno o ambos padres se encuentren molestos por los embarazos no planeados y los niños producto de ello, esto se convertiría en una influencia no deseable en su matrimonio. Soddy (1964, citado en Pohlman, 1973) sugiere que cuando uno de los esposos quiere y el otro no quiere un niño, la relación se sale de balance. El padre que deseó tener al niño puede tratar de compensar los sentimientos del otro padre que no deseaba tenerlo, convirtiendo al niño como a un “hueso” de una pelea entre “perros”.

Las concepciones premaritales, por ejemplo, que son generalmente no planeadas, tienen un efecto particularmente indeseable en el matrimonio. En algunos casos padres que no se han casado, eventualmente y muy probablemente son forzados a hacerlo prontamente; en otros casos, padres que no se han casado porque probablemente no son muy compatibles, se casan igual. Además, la vergüenza que implica un embarazo no planeado antes de haberse casado, según algunos grupos de padres y sociedades, trae una influencia no sana para el matrimonio futuro (Pohlman, 1973).

Burgess y Cottrell (1939, citado en Pohlman, 1973), estudiaron parejas no encontrando ninguna diferencia entre la felicidad marital entre parejas sin hijos y parejas con un hijo; incluso, en parejas con uno o tres niños, que incluía una pequeña proporción de parejas con buen ajuste marital. Cuando la causa-efecto en una relación no es demostrada, es consistente con el hecho de que se sospecha que los hijos no planeados tienen una tendencia a conllevar una baja felicidad marital. Sin embargo en este estudio se probó que de los cuatro grupos: 1) cuando se planearon y desearon pero no han tenido, 2) planearon y desearon todos los hijos que tuvieron, 3) cuando no se planearon ni desearon y no han tenido, 4) no planearon ni desearon uno o más de los hijos que tuvieron; el grupo con el valor más bajo de satisfacción y felicidad marital fue aquel con uno o más hijos no planeados y de manera general estos hijos no planeados se tuvieron muy pronto después del matrimonio e incluso antes de éste. Algunos investigadores (Clinton & Kelber, 1993) estudiaron la percepción marital y la interacción a través de la transición a la paternidad, reportando que los padres que tuvieron embarazos no planeados a los 3, 12 y 24 meses después del nacimiento de su primer hijo, ambos, esposo y esposa con embarazos no planeados, mostraron una menor interacción marital positiva comparada con parejas que planearon su embarazo (Cox, Paley, Burchinal & Payne, 1999).

En este capítulo se analizaron factores importantes en relación con el proceso de planificación: la toma de decisiones, cómo llevar a cabo la planificación, derechos y oportunidades que ofrece la salud pública, hasta las causas y consecuencias que reciben padres e hijos por no haber llevado a cabo un embarazo planificado. Es preciso conocer como se establece la relación entre estas consecuencias y la disposición de los padres ante la crianza, que como ya vimos, al menos esto genera un impacto en la personalidad, actitud y conducta de padres e hijos. Veamos en el siguiente capítulo, a que me refiero con disposición ante la crianza, desglosando y analizando sus principales características, llegando así a generar en los padres, un estrés en la crianza, y conductas desfavorables en los menores.



# *Marco Teórico*

## *Capítulo 2* *Estrés en la crianza*

## CAPÍTULO 2: ESTRÉS EN LA CRIANZA

### 2.1 Que es el Estrés en la Crianza

En el año de 1976, cuando se desarrollo el Índice de Estrés en la Crianza (Abidin, 1986) Abidin creó un primer intento de modelo, el cual integraba una serie de variables que él creía eran centrales en el rol de la crianza (Figura 1). Este modelo utiliza al estrés como constructo central, es decir con el estrés como principal elemento de las disfunciones en la práctica de la crianza. Abidin creía que altos niveles de estrés en la crianza permitían un incremento en la disfunción de la práctica de la crianza.

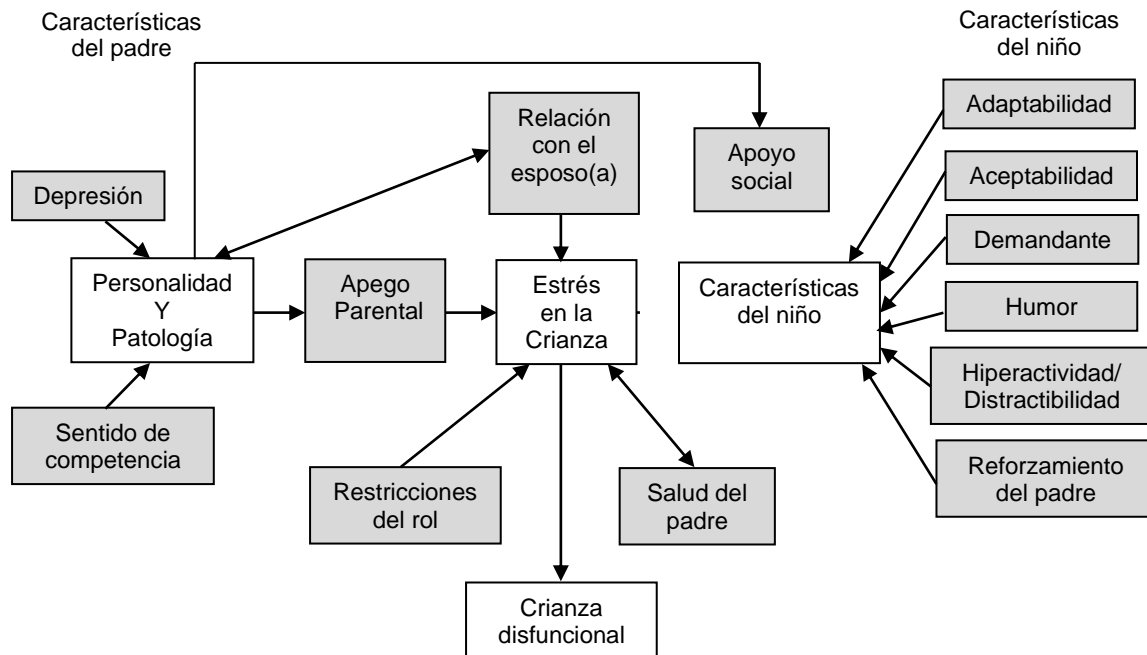


Figura 1. Modelo del Estrés en la Crianza con las subescalas del IEC (identificadas en sombreado)

Fuente: Abidin, 1990 citado en Abidin, 1992.

Tiempo después Abidin (1982) demostró que una simple relación lineal no puede existir entre el nivel de estrés y el mal funcionamiento de la práctica de la crianza. Abidin, encontró que niveles bajos de estrés en la crianza están asociados a una crianza disfuncional, por ejemplo, una crianza envuelta en una separación de los padres. El modelo propuesto por Abidin (1982), incluía variables sugeridas a su interpretación de la literatura como la mejor apuesta para predecir el comportamiento de los padres.

El modelo propone que el comportamiento de los padres y el ajuste del niño, son influenciados por un número de variables sociológicas, ambientales, comportamentales y de desarrollo. Los intentos que hace el modelo por aprovechar esas relaciones entre variables, sugiere que el camino de estas influencias entre variables es a través del componente: personalidad de los padres, relacionada al rol parental. Más adelante las cogniciones y creencias de los padres desempeñarán un papel clave.

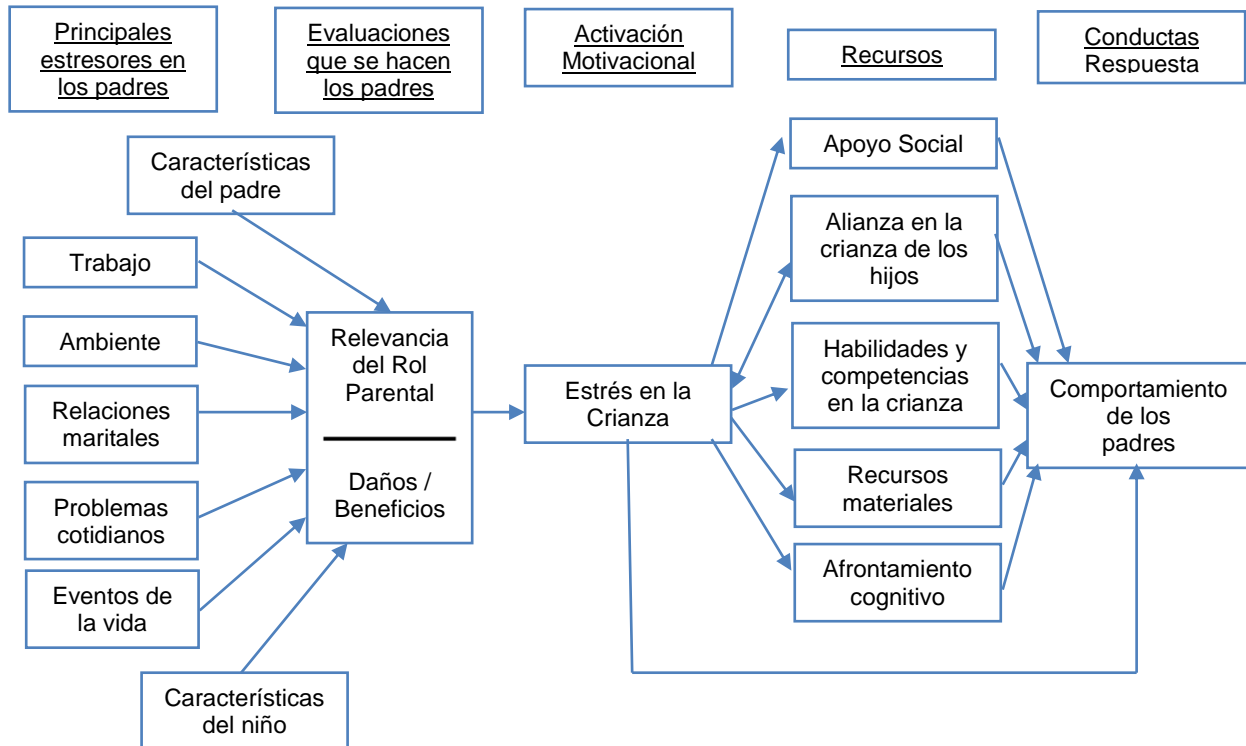


Figura 2. Teoría de variables relacionadas a determinantes del comportamiento de los padres. Fuente: Abidin, 1992.

La variable *papel en la crianza* o *rol parental* representan en el modelo una serie de creencias y auto expectativas que sirven de regulación de influencias más distantes. Este modelo incluye sus metas individuales y expectativas de los otros internalizadas (Figura 2), cada padre tiene un modelo internalizado de como es él/ella como padre/madre. A través de este trabajo interno (el entender y saber cuál es su rol parental) los padres evalúan los daños o beneficios que los confrontan con el rol. El resultado de estas evaluaciones produce el nivel de estrés de las experiencias del padre/madre (Abidin, 1992).

De acuerdo con Abidin (1992) el Estrés en la Crianza es, por lo tanto, el resultado de una serie de evaluaciones hechas por cada uno de los padres en el contexto de su nivel de compromiso con el rol parental. El Estrés en la Crianza esta visto como una variable motivacional que energiza y alienta a los padres a utilizar recursos disponibles a ellos para apoyarse en su crianza con los hijos.

La abundancia o escasez de recursos disponibles en la naturaleza juegan un papel clave en el comportamiento final de los padres. Las dinámicas de este modelo son bastante similares a aquellas que sugieren Lazarus y Folkman (1984) en su modelo transaccional del estrés.

Abidin (citado en Belsky, 1988) creía que una medida global de satisfacción marital o ajuste como es utilizada frecuentemente en investigaciones conductuales de la familia y niños, introduce un error de varianza considerable en relación con el comportamiento de los padres. Es sabido que esta medida más específica (Inventario de Alianza Parental) podría tener una importante contribución para la predicción de conductas parentales ya que reconoce que ambos padres pueden estar involucrados y tienen un buen funcionamiento, aunque no estén muy satisfechos con sus relaciones interpersonales con el otro.

La importancia de un sistema de creencias parentales y la dirección de sus influencias debe ser enfatizada. El sistema parental de creencias medido como un auto-reporte tiene influencias directas e indirectas en la conducta parental y en las respuestas de conducta de los niños. En una relación indirecta, este sistema de creencias se encuentra mediado por: las interacciones padre-hijo y por las respuestas de conducta de los niños en las interacciones. Una relación directa se relaciona al ambiente que los padres crean o en el que envuelven al niño mediante inferencias que el mismo niño hace acerca del sistema parental de creencias (expectativas) (Abidin, 1992).

Otros autores (O'Leary, Slep, & Reid, 1999; Pan, Rowe, Spier, & Tamis-LeMonda, 2004) afirman que las características del padre o madre al igual que el nivel de educación, depresión, la adaptación a su rol y el estrés en la crianza están asociados con la interacción padre-hijo, la conducta del niño y su desarrollo, además del rol de competencia de padre o madre. El estrés en la crianza ha sido identificado como un predictor de los problemas de conducta de los niños y de la capacidad de respuesta de los padres.



Se ha visto también que las experiencias parentales (esto es de los propios padres) negativas durante la infancia, que van desde experiencias de abuso a una disciplina rígida (ej. gritos, nalgadas, pegar con un cinturón), ha sido ligado al uso de una menor e inconsistente crianza (Hill, Stein, Keenan & Wakschlag, 2006). El tener una mala experiencia de crianza, puede actuar como una influencia pasiva en el ejercicio de la propia crianza con los hijos.

Existen aspectos positivos que puedan proteger a los niños de una crianza problemática; siendo consistente con esto, algunas historias de crianza óptimas y cuidado (ej. aceptación, consistencia y calor) han sido ligadas a una crianza mejor y consistente (LeCuyer-Maus & Houck, 2002).

De manera general y de acuerdo con Webster-Stratton (1990) algunos factores que se ha visto tienen influencia en la percepción de los padres y su conducta, como son: eventos de la vida, discordia marital, asilamiento, ansiedad y depresión, abuso de drogas y/o alcohol, bajos ingresos, desempleo, problemas cotidianos, y el ser padre o madre soltero(a). Estos factores, que concuerdan con la Teoría de variables relacionadas a determinantes del comportamiento de los padres de Abidin (1992), tienen un tema en común: estrés. A través de estos, el concepto de estrés puede integrar fenómenos importantes que afectan el funcionamiento parental y el funcionamiento y ajuste del niño.

## **2.2 El Índice de Estrés en la Crianza: validación y su uso psicométrico**

El Índice de Estrés en la Crianza (IEC) consiste de 120 ítems, de los cuales 54 son de la Percepción de los Padres, 47 de la Percepción del Niño y los 19 restantes del Estrés en General; estas tres áreas tratan varias fuentes de estrés que se generan en la crianza. Consiste en 120 preguntas acerca que miden el estrés parental en tres dimensiones (el de los padres, el del niño y el estrés en general o cotidiano). Los padres responden usando una escala Likert (5 puntos) con rangos desde: completamente acuerdo hasta completamente en desacuerdo (Abidin, 1983; 1990).

El PSI (Parental Stress Index) como lo indica el autor por sus siglas en inglés, es un ámbito que al igual que las subescalas, es calificado de acuerdo al procedimiento estándar que Abidin (1983) desarrollo para ello. El puntaje de la dimensión de los padres y el de los niños es sumado para dar por resultado el puntaje total del estrés parental. Altos puntajes en el ámbito del niño sugieren un estrés elevado debido a las

características del niño, altos puntajes en el dominio del padre sugieren un estrés elevado en las características del funcionamiento de los padres en su rol, mientras que un puntaje alto en el ámbito de estrés en general o cotidiano sugieren un estrés elevado debido a factores externos del rol parental.

El Índice de Estrés en la Crianza (1980, citado en Carbajal y Vera, 1998) fue diseñado para identificar las áreas estresantes en las interacciones padre-hijo, bajo el supuesto de que la cantidad de estrés total que un padre experimenta está en función de las características más sobresalientes del niño, del padre y de las situaciones que están relacionadas directamente con el rol.

A lo largo de los últimos 20 años estudios han mostrado evidencia de la validez del IEC (Abidin, 1983) para el uso con padres de ambos géneros, con una variedad de circunstancias parentales y contextos demográficos. Por ejemplo, altos niveles de estrés relacionados con características del niño han sido encontrados en padres con hijos con defectos craneales de nacimiento (Speltz, Armsden & Clarren, 1990) y en madres con hijos diagnosticados con hiperactividad permisiva (Beck, Young & Tarnowsky, 1990).

El IEC fue inicialmente traducido al español por un investigador de habla hispana. El investigador y cada traductor involucrado revisaron cada reactivo con el propósito de obtener una simple y concisa oración y utilizando palabras que fueran comunes entre los diferentes dialectos del español. Abidin (el desarrollador del IEC) y Solís (1990) revisaron la traducción del IEC al Inglés para verificar que la traducción de los reactivos mantuviera la intención del original. Los resultados de la revisión del instrumento empataron con la Prueba *T* realizada y la correlación producto-momento de Pearson (Puntaje Total  $r = .99$ ) e indicaron que la versión en español del IEC es un buen reflejo de la versión en inglés y demostraron reactivos equivalentes (Solís, 1990).

La consistencia interna de la versión en español del IEC fue calculada para determinar si la fiabilidad del IEC era mantenida con la versión Hispana, obteniéndose. La fiabilidad fue computarizada para la Escala de Estrés Total, Escala de Percepción del Niño, Escala de Percepción del Padre y las diferentes subescalas, utilizando en alfa de Cronbach. Los resultados son presentados en la Tabla 1. Las diferencias entre la fiabilidad de los coeficientes de la muestra Hispana y la original, Angloamericana, fueron insignificantes, de hecho, los valores obtenidos fueron casi idénticos. La información sugiere que la muestra Hispana respondió al IEC en una forma consistente a la normativa y original muestra.

**TABLA 1. Comparación de la Consistencia Interna entre Madres y Padres**

| Escala                          | Madres | Padres |
|---------------------------------|--------|--------|
| Percepción del niño             | .77    | .81    |
| Adaptabilidad                   | .49    | .60    |
| Aceptabilidad                   | .52    | .70    |
| Demanda                         | .29    | .40    |
| Humor                           | .56    | .68    |
| Distractibilidad/Hiperactividad | .67    | .39    |
| Reforzamiento del padre         | .52    | .67    |
| Percepción del padre            | .84    | .89    |
| Depresión                       | .66    | .70    |
| Apego                           | .47    | .60    |
| Restricción del rol             | .67    | .75    |
| Competencia                     | .65    | .68    |
| Aislamiento                     | .70    | .71    |
| Esposo                          | .59    | .65    |
| Salud                           | .62    | .57    |
| Estrés total                    | .86    | .91    |

*Nota: los números se expresan en coeficientes alfa. De Changes in Parent's Stress as Their Children Become Adolescents: A Validation of the Stress Index for Parents of Adolescents por Wheatley & Wille (2009). Journal of Undergraduate Reserarch. The International Honor Society in Psychology, Vol. 14, No. 3, pp. 121-128.*

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, en un estudio realizado por Wheatley y Willie (2009) obtuvieron una consistencia interna del IEC menor a la reportada por Abidin (1983) pero que es comparable con la consistencia interna obtenida de las subescalas anteriormente publicada (Halme, Tarkka, Nummi & Astedt-Kurki, 2006); sin embargo, la consistencia interna de los dominios (puntaje de los padres, puntaje de los niños) y el estrés total son comparables con los resultados obtenidos por Wheatley y Wille (2009) (Tabla 2).

**TABLA 2. Comparación de la Consistencia Interna del IEC**

| Escala del IEC                  | Confiabilidad Alfa |                 |
|---------------------------------|--------------------|-----------------|
|                                 | Hispana            | Anglo Americana |
| Percepción del niño             | .88                | .89             |
| Adaptabilidad                   | .65                | .66             |
| Aceptabilidad                   | .74                | .63             |
| Demanda                         | .58                | .62             |
| Humor                           | .63                | .66             |
| Distractibilidad/Hiperactividad | .65                | .62             |
| Reforzamiento del padre         | .76                | .70             |
| Percepción del padre            | .92                | .93             |
| Depresión                       | .75                | .80             |
| Apego                           | .58                | .55             |
| Restricción del rol             | .74                | .79             |
| Competencia                     | .73                | .74             |
| Aislamiento                     | .74                | .73             |
| Esposo                          | .76                | .70             |
| Salud                           | .71                | .66             |
| Estrés total                    | .94                | .95             |

*Nota:* De Manual del Índice de Estrés Parental (3era ed., p12) por R. R. Abidin, (1990), Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press. Copyright 1990 por Pediatric Psychology Press. Citado en Solís, 1991.

De acuerdo con Montiel (1998), Abidin desarrolló una serie de varios instrumentos como él: Inventario de Estrés Parental y otros de entre los que destacan el Índice de Estrés en la Crianza. De manera general el objetivo de éste es proporcionar un índice de malestar de los padres (madre y/o padre) alrededor de su labor de crianza tomando varios factores, o escalas, en el caso del Índice de Estrés que cuenta con 14 escalas; suponiendo que a puntuaciones más altas, mayor malestar y por lo tanto un ejercicio de la paternidad inadecuado como promotor del desarrollo y ajuste del niño.

Otros autores han desarrollado, validado y aplicado distintas versiones de este instrumento, por ejemplo un estudio realizado para validar el Índice de Estrés para Padres de Adolescentes realizado por Wheatley y Wille (2009), en donde afirman ser el primer estudio que evalúa el estrés parental desde la infancia hasta la adolescencia utilizando el Índice de Estrés para Padres de Adolescentes (*Stress Index for Parents Adolescents, SIPA, en inglés*) (Sheras, Abidin & Konold 1998). Debido a que el Índice de Estrés en la Crianza ha sido probado como un instrumento válido para medir el estrés en los padres con hijos hasta los 12 años de edad (Abidin, 1983); el recién desarrollado IEPA (sus siglas en inglés SIPA) está diseñado para medir el estrés de padres con hijos mayores de 12 años. El IEPA fue creado como una extensión del IEC, el cual tiene una investigación y validación limitada.

Una de las ventajas de acuerdo a Wheatley y Wille (2009) al usar ambos instrumentos (IEC y IEPA) es el poder medir longitudinalmente el estrés de los padres ya que esta medida da continuidad a constructos que ya se han descrito anteriormente acerca de temas de la adolescencia. De acuerdo con los resultados de este estudio sugieren que la estabilidad del estrés en los padres es relativa, tan pronto como los niños maduran desde la infancia hasta la adolescencia, se muestra poca diferencia en el nivel del estrés experimentado por madres y padres.

Además de lo anterior Wheatley y Wille (2009) también encontraron una buena correlación entre el estrés de padres con hijos entre los 8 y 14 años utilizando el IEC y el IEPA como una evidencia de la validez de este último; sin embargo, recomiendan no utilizar el IEC como un instrumento para trabajar con padres con adolescentes ya que no es útil debido a los cambios que tienen los niños y su maduración.

También existe una versión corta del IEC, llamada *Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF)*, que en español significa Índice de estrés en la crianza- Versión Corta. El instrumento está conformado por 36 ítems que miden el estrés en la crianza de los padres, para los padres con hijos de edades de un año hasta los 12 años de edad (Abidin, 1995), Cada ítem se contesta con una escalar Likert de 5 puntos, que va desde uno indicando *complemente desacuerdo* hasta cinco indicando *completamente de acuerdo*.

La versión corta tiene 4 subescalas: Angustia Parental (AP; angustia por el rol parental y factores personales como sentimientos de incompetencia), Interacción Disfuncional Padre-Hijo (ID-PH; es el estrés relacionado a experiencias en las interacciones con el niño), Dificultades del niño (DN; es el estrés relacionado a percepciones de la conducta del menor), y Respuesta Defensiva (RD; indica una probable minimización del estrés parental).

El instrumento del IEC también ha sido validado y aplicado en muestra mexicana en un estudio en el que se identificaron y describieron factores asociados con la presencia y mantenimiento de la conducta agresiva en los niños de edad escolar, así como la predicción de este comportamiento en otros escenarios, particularmente en la escuela. Se trabajó con el instrumento Índice de Estrés en la Crianza (traducción y adaptación de Ortiz y Ayala), en donde se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.91 para la validez del mismo (Ayala, V. H., Pedroza, C. F., Morales, C. S., Chaparro, C.L.A., & Barragán, T. N. (2002).

### *2.2.1 Características de la disposición a la crianza de los padres y el entorno*

Ser un papá es estresante. Los padres hoy en día están sometidos a muchas demandas como: el trabajo, el hogar y en particular las actividades extracurriculares de los niños. El funcionamiento de una familia depende en gran medida de los padres y su habilidad para enfrentar estas demandas dentro y fuera de su rol como papas (Mc Cubbin & Patterson, 1983).

El estrés parental viene directamente de problemas con el niño, de las características del niño (que tan distraído, temperamental o demandante es) de los cuidados que requiere el niño, o del rol mismo de ser padre, del cual devienen las restricciones causadas por el rol parental, la habilidad de los padres para hacerse cargo de sus propias necesidades, y llevar una buena relación marital (Abidin, 1983).

En la sociedad actual son cada vez más madres trabajadoras y padres solteros quienes toman la responsabilidad del hogar y el cuidado de los niños. Con todo y la gran cantidad de labores domesticas que hay que hacer, este trabajo se ha tenido que repartir entre los miembros de la familia, lo que ha afectado el buen funcionamiento familiar, debido a que se debe llegar a acuerdos y por ende llevar una negociación (Belsky & Hsieh, 1998 & Dempsey, 2000).

El aumento de las demandas de los niños ha incrementado al igual el estrés parental de las madres, disminuyendo la armonía familiar (Keller & Honing, 2004). Si los padres no están contentos con el balance de sus roles y su habilidad para satisfacer exitosamente las necesidades de su familia, el estrés puede aparecer (Mc Cubbin & Patterson, 1983). Las madres que reciben un mayor apoyo y ayuda emocional y física de sus esposos en el cuidado de los niños, reportan menor estrés parental, directamente relacionado con las responsabilidades parentales.

Cuando se ha comparado el estrés de madres y de padres por medio del IEC, se han encontrado pocas diferencias en el estrés parental (Beckman, 1991; Dyson, 1993; Hadadian, 1994; Keller & Honing, 2004 & Putnik, 2008), sin embargo si se han encontrado diferencias en algunas sub escalas del instrumento. En los padres se ha encontrado que experimentan más estrés relacionado a características de los niños como el temperamento, el no sentirse recompensado por las interacciones con el niño y la falta de un apego seguro (Krauss, 1993; Roach, Orsmond & Barratt, 1999). En las madres se encontró que experimentan más estrés relacionado a la capacidad de cuidar de sus propias necesidades de salud, de las restricciones impuestas por su mismo rol parental y de la relación con su esposo.

En un estudio realizado por Wheatley y Wille (2009) acerca del cambio en el estrés de padres con hijos que se convierten en adolescentes, encontraron que los padres reportan mayor estrés en cuanto a sus relaciones de Apego cuando sus hijos tienen alrededor de ocho años que sus esposas, sin embargo las esposas reportaron mayor estrés en la relación con sus Esposos que ellos. Cuando sus hijos están cerca de los 14 años, en la relación entre ellos la Incompetencia es una diferencia significativa entre madres y padres, las madres reportan mayor incompetencia que los padres. Wheatley y Wille (2009) también encontraron que los padres con hijos varones, mayores de ocho años, reportan mayor estrés en el área de Distractibilidad/Hiperactividad a diferencia de padres con hijas mujeres. Cuando los niños llegan a la edad de 14 años, los padres de hijos varones reportan un mayor Aislamiento y estrés en general, que padres de hijas mujeres.

En una aplicación del IEPA (Índice de Estrés en Padres de Adolescentes) se encontró que el estrés parental de las madres es más elevado cuando los adolescentes desean más autonomía, siendo consistente con los resultados del IEC que han sugerido un mayor estrés en los padres con respecto a las características del los niños y a su rol

parental; aunque la fuente de este estrés por el rol parental parece tener que ver más con aceptar la autonomía de sus hijos pequeños convirtiéndose en adolescentes que con el simple hecho de criarlos en la infancia (Eastman y Cornelius, 1998).

De acuerdo con Sheras, Abidin y Konold (1998), los padres que tienen hijos adolescentes, tienden a chocar con ellos en cuanto a la habilidad que sus hijos van desarrollando en cuanto a la independencia en sus metas y decisiones se refiere, en comparación con las que la mayoría de la gente tiene; acerca de cómo sus hijos escogen y disfrutan pasar tiempo libre fuera de casa y lejos de su supervisión, y de la manera en que ellos interactúan con el mundo. Tratando de aceptar esta independencia, los padres son presa de sufrir estrés.

Por otro lado Deater-Deckard y Scarr (1999) encontraron que la igual división de la labor parental facilita el estrés en la crianza en el entendido de que es consistente el pensamiento o creencia de: ¿quién debería hacer que cosa? con la actitud parental.

Las madres, en ratos, tienen dificultad para involucrar a sus esposos en tareas acerca del cuidado de los niños y las actividades con ellos, ya que los padres tienden a hacer cosas diferentes a las de ellas. Cuando los padres se involucran en el cuidado de los niños reportan un mejor Apego con ellos, esto es, los niños reportan más seguridad con el padre, así ambos padres reportan mayor felicidad, y las madres reportan menor estrés en la Relación con sus Esposos (Hill et al, 2003).

Además de la disposición y capacidad de los padres para llevar a cabo la crianza del menor, intervienen otro tipo de variables, que como Abidin identificó pueden ser: eventos de vida y características del niño, entre las principales. Con relación a estas variables se realizó un estudio con niños con habilidades diferentes en el que se exploró la relación entre el tipo de discapacidad y el estrés en la crianza. El estudio tenía cuatro grupos, el primero conformaba a niños con TDAH, el segundo eran niños con discapacidades del desarrollo, el tercero era conformado por niños con VIH, un tercer grupo conformado con niños con asma, y el cuarto y último grupo era conformado por niños con conductas típicas sin discapacidad alguna o enfermedad (Gupta, 2007).

De manera general, los resultados del estudio de Gupta (2007) revelaron que el nivel de estrés de padres con hijos con necesidades especiales está determinado por la naturaleza de la enfermedad; los padres de niños con TDAH y discapacidades del desarrollo reportaron un mayor nivel de estrés en la crianza que los padres con hijos con



VIH, asma y controles de salud. Se obtuvieron además altos puntajes en la escala de Percepción del Padre cuando existen fuentes de estrés relacionadas al funcionamiento de los padres, esto es, padres de niños con una discapacidad del desarrollo reportaron los niveles más altos de estrés en la crianza, en las escalas de este dominio, y en el Total del Estrés. Los padres de niños con TDAH, se encontraban en el segundo lugar con altos de niveles de Estrés en la Crianza, especialmente en la escala de Apego.

Gupta (2007) concluye entonces que padres de niños con TDAH requieren predominantemente apoyo psico-social, al igual que un entrenamiento en habilidades para el manejo de la conducta del menor, y apoyo en la orientación educativa para su hijo; padres de hijos con VIH y asma, requieren predominantemente apoyo instrumental, al igual que cuidado médico, dinero, trasportación y ayuda cuando los niños están enfermos o presentan crisis.

Los problemas de conducta, por otro lado, según Gupta (2007), causan estrés a la par que su naturaleza disruptiva y su asociación con pobres respuestas de conducta académicas. Puede que el que padres de niños con TDAH y discapacidad del desarrollo reporten altos niveles en la escala de Demanda, sugiere que estén atosigados de los cuidados y atenciones para estos niños, pudiéndose beneficiar de servicios de auxiliares del hogar o cuidadores. Padres de niños con VIH o padres de niños con dificultad para manejar el asma, reportan los más altos puntajes en Reforzamiento y Humor. Ambos niños (con VIH o asma) deterioran la calidad de vida o funcionamiento psicosocial de sus cuidadores, haciéndolos menos disponibles para atender las necesidades emocionales de los niños.

La crianza de un niño biológicamente vulnerable: con una enfermedad en condiciones serias, una discapacidad del desarrollo, o el riesgo de un nacimiento prematuro, puede ser muy estresante, Los estresores que afectan a los padres , además pueden incluir la separación de estos después del nacimiento de sus hijos , la mala adaptación a su rol como padres, el dolor crónico, la incertidumbre del resultado de su desarrollo, la falta de disponibilidad a los servicios médicos apropiados y la carga financiera. Estudios indican que los factores psicosociales paternos tales como la depresión y la habilidad del cuidado de niños pequeños contribuyen significativamente a varios tipos de estrés parental (Loretta, Askin & Yu, 2006).

Distintas investigaciones han demostrado que el nivel de estrés en la crianza se encuentra afectado por características familiares como la capacidad de afrontamiento, el nivel de apoyo social, los ingresos familiares, el nivel de educación y la disponibilidad de recursos médicos y psicológicos (Copeland & Harbaugh, 2005; Tak & McCubbin, 2002). Por otro lado, el rol de competencia o el sentirse capaz de proveer cuidado físico y emocional al niño, puede disminuir el estrés en la crianza.

Como se ha mencionado a lo largo del este capítulo existen diversas variables que permiten el desarrollo del estrés en la crianza de los padres, que en gran medida se basan en la interacción que tienen estos con sus hijos y de las características de cada uno. Existe la variable económica, de tipo cultural, educativa, situaciones de la propia vida familiar o marital e incluso del hogar que intervienen en el estrés.

Como en un estudio realizado por Östberg y Hagekull (2000) en donde mencionan que la importancia de los eventos de la vida y los problemas cotidianos han sido examinados en un número de estudios (Kanner, Coyne, Shafer, & Lazarus, 1981) por generar respuestas estresantes.

Östberg y Hagekull (2000) propusieron que estos problemas y eventos de la vida puedan tener un impacto en el estrés de los padres o en más eventos de su vida, como en la tarea cotidiana del cuidado y crianza de sus hijos. Estas tareas como, el alimentarlos, dormirlos, el llanto excesivo (ej.), o las enfermedades comunes de los niños, les generan problemas que han sido relacionados al estrés parental (Bee, Casey & Pinto-Martin, 1993; Frank et. al., 1991; Hagekull & Dahl, 1987 & Östberg, 1998). En su estudio, mencionan que las características de temperamento de los niños, la edad de los padres y su nivel de la educación, así como las variables familiares (apoyo social y la carga del trabajo en el hogar) tienen una influencia en la percepción de la madre, lo que la lleva a sufrir estrés.

Los resultados de la investigación mostraron que el apoyo social no está relacionado a efectos en el estrés, sin embargo, también arrojaron que los padres que eran mayores, que tenían más hijos que cuidar, que tenían una carga de trabajo mayor, un bajo apoyo social, niños regulares y medianamente problemáticos y eventos de vida negativos, reportaban un mayor estrés en la crianza (Östberg & Hagekull, 2000).

En otro estudio realizado en México en el 2006, se exploró el estrés percibido por el padre respecto a sus propias características y situaciones de vida en relación con el estrés experimentado en virtud de las características del niño de 4 a 6 años (Oliva, Montero & Gutiérrez, 2006) observándose que había una diferencia significativa entre los niveles de estrés de los padres producto de sus propias características y situaciones de vida y el nivel socioeconómico. El pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, indicó niveles más altos de estrés. En lo que respecta a la edad de los niños se encontró que no existen diferencias significativas en el nivel de estrés producto de las características del niño de acuerdo a su nivel socioeconómico.

Respecto a lo anterior, investigaciones han demostrado que padres con un nivel socioeconómico bajo, son menos dados a utilizar al momento de controlar los problemas de conducta en sus hijos, mostrando menos apoyo e independencia para ellos; son más dados a utilizar conductas de control negativas (ej., nalgadas) que padres de un nivel socioeconómico medio (Gecas, 1979).

Webster-Stratton (1990) menciona que existen estresores debidos principalmente a dos cosas: factores que afectan al entorno personal (padre), familiar y al niño, y a situaciones en las que el padre utiliza una habilidad de afrontamiento. Cualquiera que sean estos estresores interrumpe seriamente el funcionamiento de los padres y las interacciones con el niño, que ahora dependen del buen funcionamiento psicológico de los padres y de sus recursos personales, como el apoyo familiar y social.

De acuerdo a la manera en la que el padre evalúe la situación estresante, se determinará el grado de estrés que interrumpa su crianza y consecuentemente determinará el grado de riesgo de que el niño desarrolle problemas de conducta. Además de lo anterior, los estresores familiares (externos e internos), pueden tener también un efecto directo en la conducta del niño, ante esto, Webster-Stratton (1990) quien concuerda con Patterson (1983) al igual que yo, que el impacto del estrés en el niño es mediado por la calidad y la sensibilidad de la interacción de los padres con su hijo; esto es, que aquellos factores estresantes que interrumpen el funcionamiento parental, y que indirectamente también afectan el funcionamiento del niño, provocan un círculo coercitivo padre-hijo de interacciones y estrés futuro.

Emery y O'Leary (1982) y O'Leary y Emery (1984) argumentan que respecto a los factores familiares (internos) como el proceso marital, es más crítico examinar sus efectos relativos (conflicto marital vs apoyo marital) que la estructura familiar (en pareja o padres solteros). Belsky (1984) afirmaba que las relaciones maritales son un factor de estrés primario que determina o apoya el funcionamiento parental. Ciertamente los efectos negativos del estrés en el matrimonio determinan en parte, la actitud de los padres en sus interacciones con los hijos.

En un estudio Webster-Stratton (1990) examinó la relación del apoyo marital, el estrés marital, conductas en los padres, divorcio y familias con niños con problemas de conducta y obtuvo que: una baja satisfacción marital esta significativamente correlacionada a una percepción materna/paterna negativa en el ajuste del niño, incrementando los reportes de los padres de estrés en la crianza, ordenes de los padres e el incumplimiento de estas por parte del menor.

### *2.2.2 Características de las demandas del niño*

El estrés en la crianza tiene un efecto directo en el ajuste de los problemas del niño y en la conducta parental; la conducta de los padres, a su vez, ha sido repetidamente relacionada con las conductas respuesta de los niños. De acuerdo con Abidin (1992) existe una relación entre el estrés parental y el comportamiento del menor, problemas emocionales y de conducta, esto significa que la crianza de los hijos es un mediador entre ambas cosas.

Webster-Stratton (1990) menciona mientras tanto que, cuando se obtiene un alto puntaje en el IEC desarrollado por Abidin (1986), en la escala de Percepción del niño, significa que el niño no es una fuente de reforzamiento del padre; sino que al contrario, los niños tienen ciertas características que contribuyen considerablemente al estrés en la crianza, o como la autora lo llama, un sistema padre-hijo.

Deater-Deckard (1998), por otro lado, analizaron que el estrés parental tiene influencia en la variable más próxima a la conducta parental, que a la vez, tiene una influencia en el ajuste del niño; la crianza de los hijos, por lo tanto, es la relación entre el estrés parental y las conducta respuesta de los niños. El estrés parental ha sido significativamente asociado con las respuestas de conducta de los niños, tanto como los

síntomas internalizados y los problemas de conducta, de acuerdo con ambos padres y maestros (Abidin, et al. 1992; Deater-Deckard & Scarr, 1996).

Una vasta cantidad de investigaciones han demostrado que las conductas de los padres influyen en las respuestas de conducta de los hijos. Estudios han demostrado, por ejemplo, que el auto-reporte y la observación de las conductas de los padres como la disciplina rígida, conductas controladoras y una menor positividad, están relacionadas problemas internalizados y externalizados de los niños y la pobre competencia social (Deater-Deckard & Scarr, 1996 & Webster-Stratton, 1990).

Existen algunas evidencias, sin embargo, para sugerir que la conexión entre la crianza de los hijos y las conductas respuesta de los niños puedan depender de un trasfondo cultural. Por ejemplo, la disciplina física no aparece ser un efecto tan negativo en niños Afro-americanos como en niños Anglo, posiblemente porque el significado de esta conducta parental difiera entre ambos grupos (Deater-Deckard & Scarr, citado en Deater-Deckard, op. cit.).

Parece ser que el estrés parental tiene un mayor efecto en la relación con los problemas de los niños, o afecta a los niños a través de distintos mecanismos del comportamiento de los padres. Por ejemplo, se ha especulado que la exposición directa a un padre altamente estresado puede desregular el aumento o no de la propia respuesta ante el estrés del niño, que se encuentra manifestada con problemas conductuales y emocionales, incluso cuando la conducta del padre no es tan directa hacia el niño (Crnic, et al., 2005).

Estudios también muestran que altos niveles de estrés en la crianza son un importante predictor de conductas de respuesta en los niños (Holden & Richie, 1991); como también lo es particularmente importante, que el menor sea testigo de los niveles bajos para mejorar su capacidad de resiliencia y bienestar (Hughes et al., 2001). Incluso, intervenciones designadas a reducir el estrés parental han sido también reconocidas para reducir las frecuentes conductas problema de los niños (Kazdin & Whitley, 2003).

Existen varias situaciones de la vida o problemáticas en las que los niños se ven involucrados, como ejemplo, cuando son expuestos a la violencia intrafamiliar, conocida como una experiencia con un número importante de conductas de respuesta negativas por parte de los niños, además de problemas emocionales (Hurth-Bocks & Hughes, 2008)

Existe evidencia que de que el estrés en la crianza tiene un efecto directo en el ajuste de los problemas del niño y en las conductas parentales de familias con problemas de violencia intrafamiliar. Las conductas de los padres han sido varias veces relacionadas con las conductas de respuesta de los menores. A pesar de estas asociaciones significativas, sorprendentemente pocos estudios han probado empíricamente el modelo de Abidin (1992), que sugiere que las conductas parentales median las relaciones entre todas las partes de este modelo en una dirección esperada (Deater-Deckard & Scarr, 1996 & Webster-Stratton, 1998), aunque solo estadísticamente se demuestre esta relación mediada (Anthony et al., 2005; Crnic et al., 2005).

Por lo tanto se requiere de un trabajo más empírico para probar el modelo de Abidin en diferentes poblaciones o muestras. Las madres que han experimentado violencia intrafamiliar por parte de su pareja, proveen una buena oportunidad para probar esto ya que es importante investigar este modelo a través de la severidad en que se da el estrés en la crianza.

Hurth-Bocks y Hughes (2008) investigaron lo anterior, examinar si las conductas parentales median la relación entre el estrés en la crianza y el ajuste del niño, después de una crisis de violencia intrafamiliar. Los autores encontraron que el estrés en la crianza esta significativamente relacionado a una crianza poco efectiva, a problemas de conducta y emocionales en los menores (de acuerdo al reporte de las madres) específicamente síntomas depresivos.

Además se encontró que cuando el estrés en la crianza y una inefectiva crianza fueron introducidos simultáneamente como predictores de los problemas del menor, el modelo en general fue significativo. Sin embargo, una crianza inefectiva no fue significativamente relacionada a los problemas de los niños y/o los síntomas depresivos, después de controlar el estrés parental (Hurth-Bocks & Hughes, 2008).

Además de lo anterior, es necesario retomar que existen otras variables implicadas en la relación padre-hijo como las características de niño, a lo que Abidin (1995) menciona que cuando se tienen altos puntajes en la escala de Aceptabilidad, generalmente son producidos cuando el niño tiene características físicas, cognitivas y emocionales que no empatan con las expectativas que los padres tenían para su hijo.

Retomando el estudio de Gupta (2007), en el que realizó un estudio con niños con habilidades diferentes (VIH, TDAH, asma y discapacidad del desarrollo) en el que se exploró la relación entre el tipo de discapacidad y el estrés en la crianza, encontró que altos puntajes en el dominio de Percepción del Niño fueron reportados cuando el niño tenía ciertas características que hacía difícil para los padres cumplir su rol parental. Por ejemplo padres de niños con TDAH y desorden del desarrollo, por lo regular reportan altos niveles en la escala de Demanda que sugieren que esos niños exigen mucha demanda de los padres por razones de su comportamiento o conducta, o por una pobre competencia debido a su desarrollo.

De acuerdo con Abidin (1995) se encontró un mayor estrés entre padres de niños con TDAH; estos niños fueron Distráidos, Demandantes y con un Humor menos adaptable que los demás, además de no encontrarse una predominancia en el Reforzamiento.

Abidin (1995) también menciona que altos puntajes en las escalas de Reforzamiento y Humor son reportados por madres de niños con TDAH y problemas médicos crónicos. Altos niveles de estrés en la escala de Reforzamiento son producidos cuando el niño, por complicaciones orgánicas o psicológicas, de su propia condición, es incapaz de responder a la interacción con sus padres fallando en el reforzamiento de la crianza o de los cuidados maternos que se le brindan. Puntajes en la escala de Humor, son altos cuando el niño está triste y deprimido debido a problemáticas en el apego con sus padres, o cuando el padre está emocionalmente o físicamente indispuerto.

Las características del niño, vistas como un tipo de enfermedad o discapacidad, con un cierto grado de vulnerabilidad en su desarrollo, temperamento o conducta del niño, han sido relacionadas al estrés en la crianza. El niño con un comportamiento claro, muestra la habilidad de sus padres en cuanto a la toma de decisiones en la atención padre-hijo y a la vez promueve esta competencia como una destreza del padre al cuidar e interactuar con su hijo. Las características del niño, como su temperamento, afectan la experiencia de la crianza y la decisión del padre en cuanto a los cuidados que le debe proporcionar a su hijo, además de la habilidad para interpretar las señales de su comportamiento (Loretta, Askin & Yu, 2006).

El estrés en la crianza puede incrementar a medida que los padres desarrollan habilidades en la crianza, por ejemplo de niños pequeños, incluyendo mayor autonomía, necesidad de regular su conducta, obediencia e interacción positiva con otros niños. El estrés en la crianza ha sido relacionado con la severidad y la cronicidad de la enfermedad o discapacidad. Loretta, Askin y Yu (2006) encontraron que existe un alto nivel de estrés en la crianza entre padres con hijos discapacitados con Síndrome de Down, con seis meses de edad, o con hijos con algún defecto congénito como labio paladar hendido o ambas, comparado con padres con hijos sin discapacidad alguna.

Padres de hijos con problemas en el desarrollo y enfermedades crónicas reportan un mayor estrés cuando los niños tienen además problemas de conducta, a pesar del tipo de enfermedad o diagnóstico (Floyd & Gallagher, 1997).

Respecto a los problemas de conducta en los niños un estudio realizado en México en el 2006 menciona que la identificación oportuna de los problemas conductuales y emocionales entre los niños ayuda a reducir su frecuencia e intensidad: En el estudio se observó que el incremento del estrés percibido por el padre producto de las características del niño conforme a la variable edad conlleva la importancia de crear programas preventivos oportunos que detecten problemas de conducta en los niños antes de comenzar su vida escolar (Oliva, Montero & Gutiérrez, 2006).





### *III. Método*

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El tema del embarazo no planeado en relación al estrés en la crianza reviste de gran importancia para el desarrollo emocional y social infantil, así como las habilidades que se generan en los padres en esta práctica. Las aplicaciones de esta investigación empírica, podrán apuntar también a la reflexión social sobre la enorme responsabilidad de tener o criar a un niño cuando no se tenía contemplado o planeado hacerlo, y sobre las alternativas de solución a este problema que apunta hacia dos direcciones: los problemas en la crianza del menor y las consecuencias en el desarrollo de los niños, en particular los problemas de conducta, con creciente prevalencia.

La planificación familiar que hace referencia al proceso de toma de decisiones que una pareja hace respecto al tipo de familia que desean conformar y al proyecto de vida familiar que desean construir, comúnmente es confundido con "no tener hijos", "lo que hace una pareja para no tener hijos", "el uso de métodos para no tener hijos" etc. Aunque algunos de los elementos anteriores si hacen parte de la toma de decisiones que debe tener una pareja que planifica intencional y conscientemente una familia, escoger un plan para regular la fecundidad es una cosa y planificar una familia es otra más compleja aún, escoger un método para regular la fecundidad hace parte del proceso de planificación familiar (Romero, 1999).

Ser padre y madre es una experiencia maravillosa que puede ser fuente de realización personal, siempre y cuando, se tenga la preparación adecuada para ello. Cada quien escoge como llegar a la paternidad y a la maternidad: por azar, las circunstancias o como resultado de una libre, consciente y responsable decisión. En concreto y de acuerdo con Heredia (2005) la función particular de los padres, impartir crianza, es indispensable para el desarrollo favorable de cualquier individuo, pues es bajo su tutela que a distintos niveles pueden cubrirse sus necesidades ya que el ser humano es un ser social, que al nacer no puede subsistir sin el apoyo de un adulto.

Con este estudio se puede afirmar entonces, que el impacto que tiene el planear o no un embarazo determina aspectos relevantes de la personalidad y conducta de un individuo, desde antes de nacer, esto es, la decisión de los padres de planificar o no una familia, y llevar a cabo un embarazo no planeado, transformará la crianza y desarrollo de tal individuo que la nueva pareja adopte.

## OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de esta tesis es analizar la variable: embarazo planeado o no planeado y su relación ante la disposición de la crianza por parte de los padres, las demandas del niño y del entorno (estrés en la crianza).

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar y describir la relación entre las características de los padres y su desempeño ante la crianza tomando en consideración la decisión de haber planificado un embarazo.
- Conocer que otras variables se encuentren involucradas en el nivel de estrés de los padres, en relación a la planificación familiar.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El embarazo no planeado es un factor relevante ante el estrés en la crianza?

## HIPÓTESIS

*Hipótesis nula:*

HO: El embarazo no planeado no está relacionado con un mayor nivel de estrés en la crianza.

*Hipótesis de trabajo:*

H1: El embarazo no planeado está relacionado con el nivel de estrés en la crianza.

## VARIABLES

Variable independiente: Embarazo no planeado – Embarazo Planeado.

Variable dependiente: Puntajes obtenidos del instrumento Índice de Estrés en la crianza.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

### Operacional

*Embarazo Planeado:* Manifestación verbal en la historia clínica por parte de los padres de haber planeado su embarazo.

*Embarazo No Planeado:* Manifestación verbal en la historia clínica por parte de los padres de no haber planeado su embarazo.

*Estrés en la Crianza:* Puntajes obtenidos en las escalas y subescalas del instrumento del Índice de Estrés en la Crianza (IEC- Abidin, 1990, Adaptado por Ayala, citado en Valencia,2007).

### Conceptual

*Embarazo planeado:* (Entiéndase por Planificación Familiar/Salud Reproductiva): Estado general de bienestar, físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; (...) con embarazos no planeados y la muerte prematura. Conforman el proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura” (SSA, 2001)

*Embarazo no planeado:* Aunque muchos de los embarazos no planeados estudiados son consciente o inconscientemente intencionados; algunos de esos embarazos pueden ser considerados ya sea como no deseados o inoportunos según Santelli et.al, (2003). Se dice que la falta de información; la falta de oferta sistemática de métodos de control de la fertilidad y la prestación de servicios de calidad a toda la población; la falta del fomento de conductas responsables, libres e informadas con respecto la vida sexual y reproductiva, se deduce en un embarazo no planeado (SSA, 2001).

*Estrés en la crianza:* Características del efecto sobre la disposición de la crianza por parte de los padres, las demandas del niño y del entorno (Abidin, 1982).

## MUESTRA

Se trabajó con una muestra no probabilística y por cuota. Participaron 67 padres de familia (mamá y/o papá), que acuden al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, UNAM, a solicitar atención psicológica para ellos y sus hijos; a los cuáles se les elaboró una historia clínica y contestaron el instrumento Índice de Estrés en la Crianza. La muestra se divide en dos grupos:

*Grupo A (no planeado): 36 madres y padres de familia que afirmaron el no haber planeado su embarazo*

*Criterios de inclusión:*

- Madres o padres de familia que afirmaron en la historia clínica no haber planeado el embarazo de su hijo

*Grupo B (planeado): 31 madres y padres de familia que afirmaron haber planeado su embarazo.*

*Criterios de inclusión:*

- Madres o padres de familia que afirmaron en la historia clínica haber planeado el embarazo de su hijo

## ESCENARIO

Participaron padres de familia (mamá y/o papá) que acuden al CSP “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, UNAM.

## INSTRUMENTOS

- Historia clínica:

Para la variable independiente (embarazo no planeado y embarazo planeado), se recurrió a revisar en la historia clínica realizada en el proceso de Pre-consulta a los padres en el ingreso al Centro, las siguientes afirmaciones: “El embarazo fue planeado” o “El embarazo no fue planeado”, además de tomar en cuenta algunos datos de tipo socio demográficos.

- Índice de Estrés en la Crianza (IEC- Abidin, 1990, Adaptado por Ayala, citando en Valencia, 2007).

Para la variable Dependiente (puntajes obtenidos del Instrumento Índice de Estrés en la Crianza) se utilizó dicho instrumento aplicado en el proceso evaluación del Programa de Apoyo Psicosocial para Niños con Cáncer y sus Familias: “Juego del Optimismo” (Valencia, 2007).

### Descripción del instrumento

El Índice de Estrés en la Crianza (IEC-Abidin 1990, Adaptado por Ayala) consiste de 120 ítems, de los cuales 54 son de la Percepción de los Padres, 47 de la Percepción del Niño y los 19 restantes del Estrés en General; estas tres áreas tratan varias fuentes de estrés que se generan en la crianza.

El instrumento mide el estrés parental en tres ámbitos (el de los padres, el del niño y el estrés en general o cotidiano). Los padres responden usando una escala Likert (5 puntos) con rangos desde: completamente acuerdo hasta completamente en desacuerdo (Abidin, 1983; 1990). De acuerdo con Montiel (1998) el Índice de Estrés cuenta con 14 escalas, las cuales se dividen en:

Escalas de Percepción del Niño:

- Adaptabilidad (ADAP): Facilidad de adaptarse a los cambios
- Aceptabilidad del niño por los padres (ACEP): Las características que tiene el niño en relación con los que esperan los padres.
- Demanda del niño (DEM): Como percibe el padre las demandas de su hijo
- Humor del niño (HUM): Estado de ánimo del niño

- Distractividad del niño (DIS): Comportamientos relacionados al déficit de atención
- Reforzamiento del niño a su madre (REF): La percepción que tiene el padre en relación a la aceptación de su hijo.

#### Escalas de Percepción de los Padres:

- Depresión (DEP): Síntomas de depresión o culpa de los padres.
- Apego parental (APEG): Grado en que el padre se siente cercano a su hijo permitiendo su interacción.
- Restricción impuesta por el rol de padre (RES): Como el padre evalúa la crianza como una interrupción de sus actividades individuales.
- Sentimiento de competencia de los padres (COM): Percepción del padre en relación a su crianza.
- Aislamiento Social (AIS): Cambios percibidos en las relaciones con sus familiares y amigos.
- Salud (SAL): Deterioro de la salud en relación a la paternidad/maternidad, lo cual este relacionado a el estrés en la crianza.
- Esposo (ESP): Grado en que se ha reducido las interacciones con su esposo(a).
- Estrés (EST): Grado de estrés relacionado con acontecimientos actuales.

De acuerdo con Abidin (1983) de las 14 subescalas se obtienen 3 dominios generales del instrumento:

- PT: Puntaje Total del Índice de Estrés en la Crianza: El puntaje del ámbito de los padres y el de los niños es sumado para dar por resultado el puntaje total del estrés en la crianza. Un puntaje alto en el ámbito de estrés en general o cotidiano sugieren un estrés elevado debido factores externos del rol parental.
- PN: Puntaje total de las escalas de la Percepción del Niño; es la suma de las seis subescalas que pertenecen a este dominio. Altos puntajes en el ámbito del niño sugieren un estrés elevado debido a las características del niño.
- PP: Puntaje total las escalas de la Percepción del Padre: es la suma de las ocho subescalas que pertenecen a este dominio. Altos puntajes en el dominio del

padre sugieren un estrés elevado en las características del funcionamiento de los padres en su rol.

La validez del constructo para este instrumento se obtuvo de un análisis preliminar (piloteo) del IEC en una población mexicana que asiste al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología (Candia, Gómora, & Valencia, 2010), en el que se empleo un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, mismo que arrojó 5 factores principales. El primer factor quedó integrado por 20 reactivos que hacen referencia a las “Características del niño con relación al ser padre”, el segundo factor está integrado por 17 reactivos sobre las “Características del niño”; el tercer factor se refiere a las “Características de atención y reforzamiento del niño” y se integra por 15 reactivos, el cuarto factor habla sobre “Expectativas y apoyo percibido” e incluye 6 reactivos, y el quinto factor menciona a la “Relación de pareja” con 6 reactivos.

Los valores de Alfa resultantes del análisis de consistencia interna para los factores son: Para el primer factor “características del niño con relación al ser padre” obtuvo un Alfa de .543; para el segundo factor “características del niño” se obtuvo .828; para el tercer factor “características de atención y reforzamiento del niño” un Alfa de .734; para el cuarto factor “Expectativas y apoyo percibido” se obtuvo .453 y para el quinto factor, “Relación de pareja”, se obtuvo un Alfa de .744. Para hacer el análisis preliminar de la consistencia interna de la totalidad del instrumento, se realizó un análisis de coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach, el cual arrojó que el coeficiente de confiabilidad para este cuestionario es de .931 (Candia, Gómora, & Valencia, 2010). En otra muestra con niños mexicanos, se obtuvo igualmente una buena confiabilidad del instrumento con un alpha de Cronbach de 0.91 Ayala, V. H., Pedroza, C. F., Morales, C. S., Chaparro, C.L.A., & Barragán, T. N. (2002)



## PROCEDIMIENTO

Una vez que los padres y madres de familia pasan por un proceso de ingreso al servicio en donde son entrevistados (Pre-consulta) para elaborar una historia clínica. Posteriormente se les aplica una serie de instrumentos de evaluación psicológica para realizar un diagnóstico oportuno conforme al motivo de consulta que los padres manifiestan. Los resultados de las evaluaciones y entrevista previa son analizados por el grupo de profesionistas que colaboran en el Centro de Servicios Psicológicos y de acuerdo a la problemática del paciente, se canalizan a distintos programas de atención a la comunidad. Uno de estos programas es el Programa de Formación en la Práctica: Programa de Apoyo Psicosocial para Niños y sus Familias: “Juego del Optimismo” (Valencia, 2007).

Este programa fue adaptado para atender, principalmente a población infantil y sus familias que presentan distintos diagnósticos y/o motivos de consulta, de entre los que destacan: problemas de conducta, estrés y ansiedad, depresión, trastornos alimenticios, trastornos del sueño, proceso de duelo, etc.

Los padres al ser canalizados al programa “Juego del Optimismo” (Valencia, 2007) pasan por tres importantes fases:

- 1.- Introducción al programa, consentimiento informado y entrevista conductual.
- 2.- Programa de evaluación.
- 3.- Aplicación del tratamiento.

El proceso anterior tiene el objetivo de conocer a fondo el motivo de consulta, permitiendo así, mejorar el diagnóstico y crear un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

En una primera fase de atención del programa “Juego del Optimismo” (Valencia, 2007) se corroboró con uno o ambos padres de familia, la información brindada anteriormente para la elaboración de la historia clínica del menor, específicamente la pregunta: ¿el embarazo de su hijo(a) fue planeado?

Posteriormente, el instrumento Índice de Estrés en la Crianza (IEC- Abidin, 1990, Adaptado por Ayala, citado en Valencia, 2007) fue aplicado en una segunda fase de atención a los padres de familia, donde de manera individual, se explicaba al padre y/o madre el objetivo de la evaluación en relación a su motivo de consulta, tratamiento y

seguimiento, además de leerles las instrucciones y preguntas con claridad, para asegurar que no se presentaran dudas.

Debido a la disponibilidad y características clínicas de la población, el número de aplicaciones para ambos instrumentos variaba en relación al grupo de padres (A y B). En el caso de aquellos papás que contestaban que su embarazo fue planificado (Grupo B) la fase y aplicación del instrumento IEC duró más tiempo ya que la población parecía tener una tendencia a contestar que no había sido planeado por lo que en promedio, el número de aplicaciones para este grupo de padres fue de una o dos aplicaciones por semana. Para el Grupo A, se obtenían en promedio de cinco a seis aplicaciones por semana. Posteriormente se capturaron los resultados en una base de datos para su análisis.

### **Análisis y Procedimiento Estadístico**

Se realizó una base de datos utilizando el programa de análisis estadístico SPSS versión 15.0.

- Historia clínica:

Para la variable Embarazo no planeado y planeado, se contabilizaron las respuestas dadas por los padres en la variable; para ello se dieron los siguientes valores a la variable: 1: no planeado y 2: planeado; además de algunos datos socio demográficos tanto de los padres como del menor como son: edad, sexo, motivo de consulta y escolaridad.

- Índice de Estrés en la Crianza

Para conocer las características del IEC, se contabilizaron los siguientes datos: el puntaje de las 14 subescalas, y los 3 puntajes totales.

Para analizar la relación entre las variables se utilizó una *T de Student para grupos independientes*, con la finalidad de comparar el total de las subescalas y dominios del IEC entre padres que planearon su embarazo y padres que no planearon su embarazo; de esta manera se entenderá si existe una relación entre la variable embarazo no planeado y estrés en la crianza de los padres. El nivel de significancia para el análisis fue establecido a priori en  $p=.05$ .



## *IV. Resultados*

**Datos socio-demográficos de la muestra***Edad de los padres participantes*

La edad de las madres participantes del Grupo A: Embarazo no planeado osciló entre los 22 y 49 años, teniendo una media para las madres de  $x= 31.42$  años y una desviación estándar de  $\delta= 6.86$  años; mientras que la edad de los padres osciló entre los 24 y 32 años, la media de los papás fue de  $x=34$  años y una desviación estándar de  $\delta= 3.34$  años.

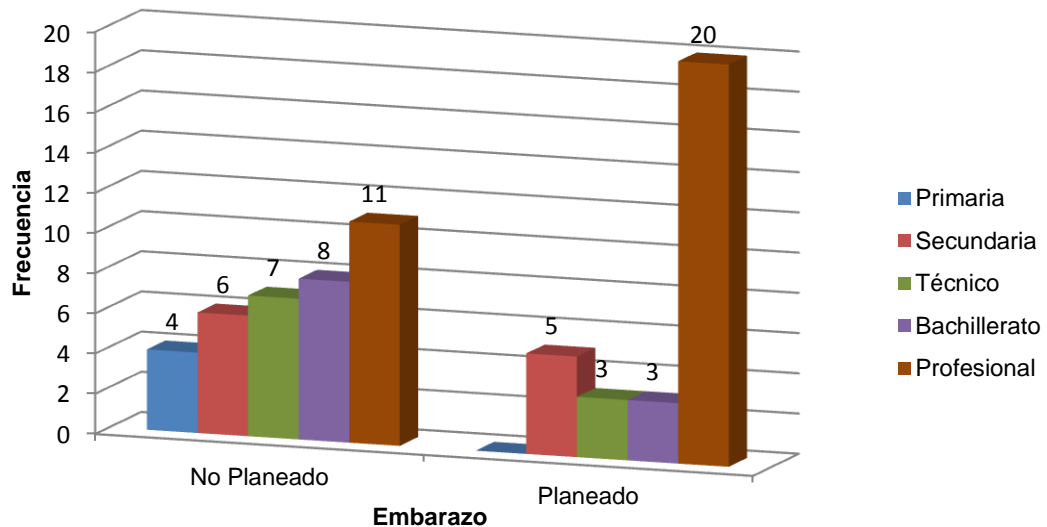
| <b>Tabla 3. Frecuencias de edades de los padres</b> |  |                                    |                                     |                                    |
|---|--|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
|   | <b>GRUPO A</b><br>Embarazo no planeado |                                    | <b>GRUPO B</b><br>Embarazo planeado |                                    |
| <b>Edad</b>   | <b>Frecuencia s</b><br><b>Madre</b>    | <b>Frecuencias</b><br><b>Padre</b> | <b>Frecuencias</b><br><b>Madre</b>  | <b>Frecuencias</b><br><b>Padre</b> |
| 22 años   | 2                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 23 años   | 1                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 24 años   | 1                                      | 1                                  | 1                                   | -                                  |
| 25 años   | 1                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 26 años   | 2                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 27 años   | 3                                      | -                                  | 1                                   | -                                  |
| 28 años   | 2                                      | 2                                  | 1                                   | -                                  |
| 29 años   | 2                                      | -                                  | 1                                   | -                                  |
| 30 años   | 3                                      | -                                  | 1                                   | -                                  |
| 31 años   | 3                                      | -                                  | 1                                   | -                                  |
| 32 años   | 1                                      | 2                                  | 2                                   | -                                  |
| 33 años   | 1                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 34 años   | 1                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 35 años   | 1                                      | -                                  | 2                                   | -                                  |
| 36 años   | 1                                      | -                                  | 2                                   | 1                                  |
| 37 años   | -                                      | -                                  | 4                                   | 1                                  |
| 38 años   | 1                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 39 años   | -                                      | -                                  | 3                                   | -                                  |
| 40 años   | -                                      | -                                  | 3                                   | -                                  |
| 41 años   | -                                      | -                                  | 1                                   | -                                  |
| 42 años   | 2                                      | -                                  | 1                                   | -                                  |
| 43 años   | 1                                      | -                                  | 1                                   | -                                  |
| 44 años   | 1                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 45 años   | -                                      | -                                  | 2                                   | 1                                  |
| 49 años   | 1                                      | -                                  | -                                   | -                                  |
| 50 años   | -                                      | -                                  | -                                   | 1                                  |

La edad de las mamás participantes del Grupo B: Embarazo planeado, estuvo entre los 24 y 45 años teniendo, con una media para las madres de  $x=36.15$  años y con una desviación estándar de  $\delta= 5.48$  años; mientras que la edad de los papás osciló entre los 36 y 50 años, la media para los padres fue de  $x=42$  años con una desviación estándar de  $\delta= 6.68$  años. La frecuencia de las edades se muestra por grupos en la Tabla 3.

### ***Escolaridad de los padres participantes***

En cuanto a la escolaridad de los padres, en el Grupo A: Embarazo no planeado, el nivel se encontró desde primaria hasta profesional, con la moda ubicada en el nivel profesional, con la frecuencia más alta, seguida del nivel bachillerato y técnico. Para el Grupo B: Embarazo planeado, la escolaridad se encontró a partir del nivel secundaria hasta profesional. La moda para el Grupo B, fue el nivel profesional, siendo el más alto, seguido del nivel secundaria y bachillerato y técnico por igual. (Ver Gráfica 1).

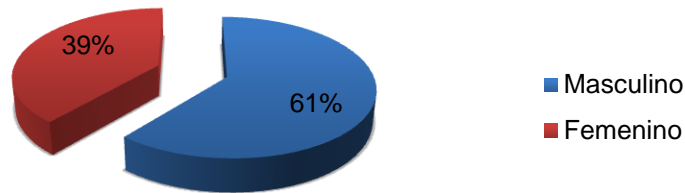
**Gráfica 1. Nivel de escolaridad de los padres**



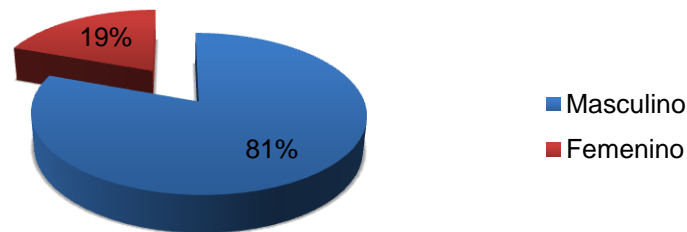
### *Género del hijo*

Como se observa en las gráficas 2 y 3, la mayoría de los padres de ambos grupos tenían hijos varones, es de destacarse que las mamás del Grupo B: embarazo planeado 81% de sus hijos eran varones, para los cuales se solicito atención psicológica, mientras que los hijos del Grupo A, no planeados son 61% mayormente varones.

**Gráfica 2. Género del hijo del Grupo A**



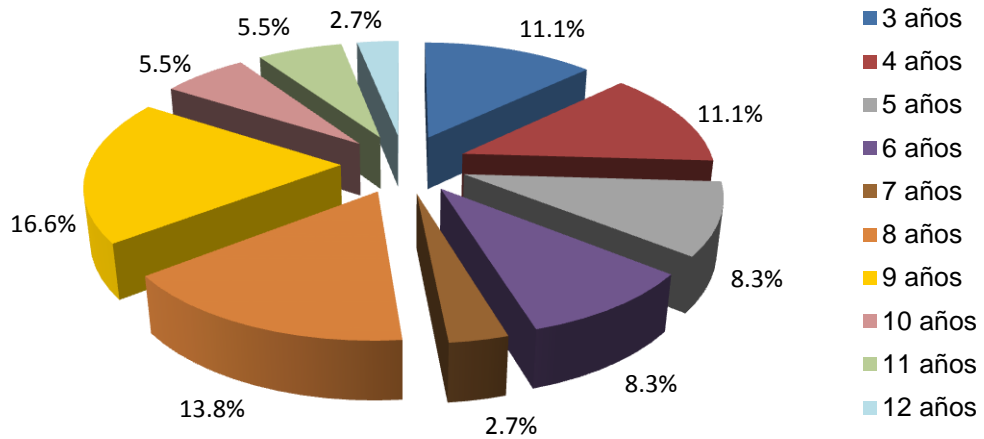
**Gráfica 3. Género del hijo del Grupo B**



### *Edad del hijo*

La edad de los hijos de los padres del Grupo A: Embarazo no planeado osciló entre los 4 y 12 años, teniendo una media de  $x= 7.67$  años y una desviación estándar de  $\delta= 2.21$  años, con una moda de 9 años (16.6% de la muestra). La edad de los hijos de los padres del Grupo B osciló entre los 3 y 12 años de edad, la media fue de  $x=6.97$  años con una desviación estándar de  $\delta= 2.70$  años, la moda fue de 6 (22.5% de la muestra) años siendo la mayor entre ambos grupos (ver Gráficas 4 y 5).

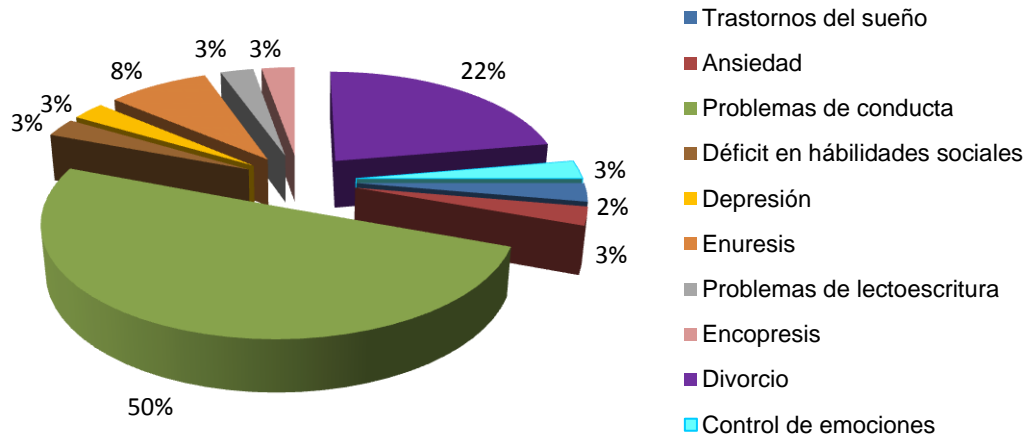
**Gráfica 4. Edad de los hijos de padres del Grupo A**



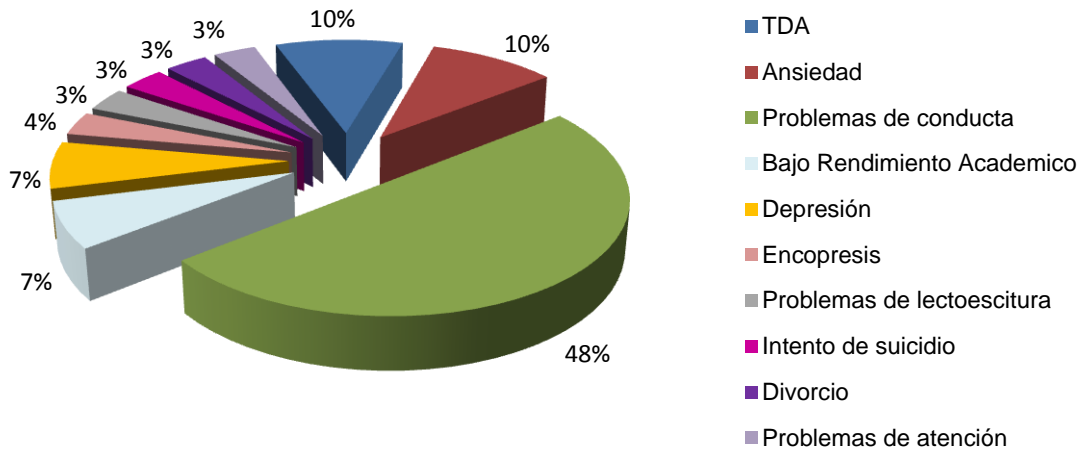
*Motivo de consulta*

En cuanto al motivo de consulta que manifestaban los padres, por el cual acudían a recibir atención psicológica se muestra que en el Grupo A: Embarazo no planeado, la moda se ubicó en el motivo de consulta de Problemas de Conducta (en general, con un 50% de la muestra) , con la frecuencia más alta, seguida de Divorcio (22%) por parte de los padres y Enuresis (8%) (ver Gráfica 6). Para el Grupo B: Embarazo planeado, la moda se ubico al igual que en el grupo anterior en Problemas de Conducta (48%), siendo el más alto, seguido de TDA y Ansiedad con el 10% par ambos (ver Gráfica 7).

**Gráfica 6. Motivo de consulta del Grupo A**



**Gráfica 7. Motivo de consulta del Grupo B**

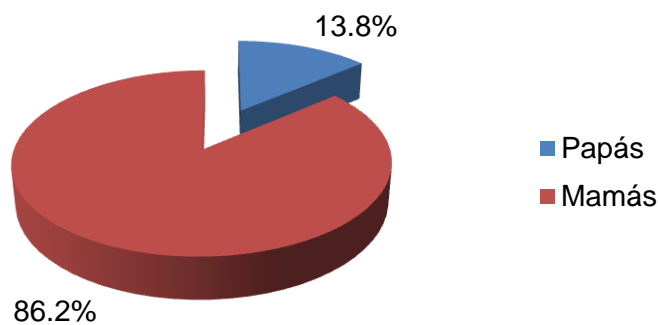


*¿Quién contestó el instrumento?*

Como se puede notar desde la Tabla 3, la frecuencia de los padres (varones) que contestaron el instrumento es muy poca, para ambos grupos. En las siguientes gráficas se puede apreciar que la mayoría de los padres que participaron en el estudio son madres de familia que llevan a sus hijos a la atención psicológica y que representan en 86.6% de la muestra total, mientras que los papás, representan un 13.4% de padres que se presentan a recibir atención psicológica en conjunto de sus hijos.

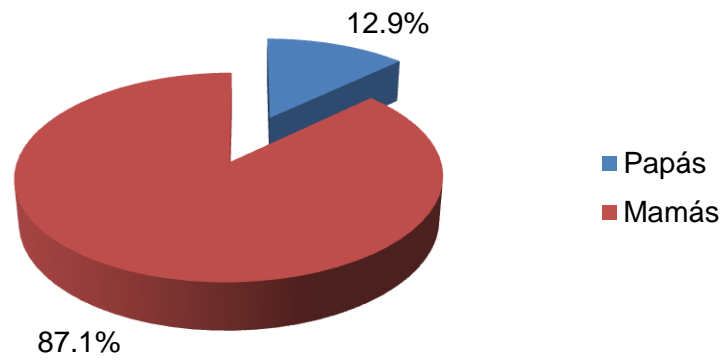
En el Grupo A las mamás representan el 86.2 % mientras que los papás solo el 13.8% de padres que asisten con sus hijos a la atención psicológica (Gráfica 8). Del grupo B, la mamás representan el 87.1 % mientras que los papás el 12.9% de padres que asisten con sus hijos a recibir la atención (Gráfica 9).

**Gráfica 8. Grupo A: Embarazo no planeado**





**Gráfica 9. Grupo B: Embarazo planeado**



## Análisis de las variables: Puntajes del IEC y Prueba t de Student

### *Análisis del IEC*

Del IEC se desglosan tres dominios principales (Tabla 4), que para el Grupo A: Embarazo no planeado, la Escala Total indicó una media de  $x=303.69$  con una desviación estándar de  $\delta=47.76$ ; para el dominio de la Percepción del Niño se obtuvo una media de  $x=130.83$  con una desviación estándar de  $\delta=21.61$ , mientras que para el dominio de la Percepción del Padre resultó una media de  $x=154.72$  con una desviación estándar de  $\delta=31.97$ .

Para el Grupo B: Embarazo planeado (ver Tabla 4), la media de la Escala Total del IEC fue de  $x=265.45$  con una desviación estándar de  $\delta=55.48$ ; para el dominio de la Percepción del Niño se obtuvo una media de  $x=118.19$  con una desviación estándar de  $\delta=24.68$  y para el dominio de la Percepción del Padre se obtuvo una media de  $x=130.42$  con una desviación estándar de  $\delta=35.17$ . Los resultados indican un mayor puntaje en el dominio de Percepción del Padre a diferencia del de Percepción del Niño, en ambos grupos (ver Tabla 4)

### *Prueba t de Student*

Se realizó la prueba T para muestras independientes con el objetivo de conocer las diferencias entre ambos grupos por cada subescala y/o dominio del instrumento. Se encontraron diferencias significativas para algunas escalas del instrumento, como se muestra en la Tabla 4, que denotan una relación entre el embarazo no planeado y el IEC. Las escalas que fueron significativas ( $p \leq .05$ ) son: El Puntaje Total, dominio de Percepción del Niño y dominio de Percepción del Padre (ver Gráfica 10, además de las subescalas: Reforzamiento, Adaptabilidad, Competencia, Apego y Salud (ver Gráficas 11 y 12).

Las demás subescalas que se encontraron no significativas ( $p \geq .05$ ) y que denotan que no hay relación entre el embarazo no planeado y el IEC fueron: del dominio de la Percepción de Niño, las subescalas de Distractibilidad, Humor, Aceptación y Demanda, mientras que del dominio de Percepción del Padre fueron las subescalas de Depresión, Relación con el Esposo (a), Aislamiento, Restricción del Rol y Estrés (Tabla 4).

Sin embargo, en cuanto al puntaje obtenido en las medias del dominio de la Percepción del Niño, destaca para ambos grupos A y B, la sub escala de Distractibilidad / Hiperactividad con una media de  $x=30.44$  y una desviación estándar de  $\delta=5.20$  para el Grupo A; y con media de  $x=28.9$  y desviación estándar de  $\delta=5.76$  para el Grupo B (ver Tabla 4).

| Tabla 4. Puntajes de la media por escalas y su desviación estándar; puntajes T de Student y niveles de significancia |  |       |   |       |       |       |
|--|--|-------|---|-------|-------|-------|
| Escalas  | GRUPO A<br>Embarazo no<br>planeado<br>(n=36) |       | GRUPO B<br>Embarazo<br>Planeado<br>(n=31) |       | t     | P     |
|  | Media  | SD    | Media                                     | SD    |       |       |
| Puntaje Total  | 303.69                                       | 49.76 | 265.45                                    | 55.48 | 2.974 | .004* |
| Percepción del Niño  | 130.83                                       | 21.61 | 118.19                                    | 24.68 | 2.962 | .029* |
| Distractibilidad/Hiperactividad  | 30.44  | 5.20  | 28.90                                     | 5.76  | 1.150 | .254  |
| Reforzamiento  | 14.75  | 5.17  | 11.94                                     | 4.89  | 2.277 | .026* |
| Humor  | 14.06  | 3.86  | 14.06                                     | 4.28  | -.009 | .993  |
| Aceptación   | 18.47  | 4.62  | 17.19                                     | 4.86  | 1.103 | .274  |
| Adaptabilidad  | 29.67  | 7.64  | 25.32                                     | 7.23  | 2.377 | .020* |
| Demanda  | 23.44  | 6.12  | 20.77                                     | 6.75  | 1.696 | .095  |
| Percepción del Padre   | 154.72                                       | 31.97 | 130.42                                    | 35.17 | 2.962 | .004* |
| Competencia  | 34.08  | 10.90 | 27.52                                     | 9.25  | 2.634 | .011* |
| Apego  | 20.33  | 6.93  | 16.65                                     | 7.49  | 2.090 | .041* |
| Restricción del Rol  | 19.25  | 5.77  | 16.42                                     | 6.58  | 1.874 | .065  |
| Depresión  | 23.56  | 7.50  | 21.03                                     | 7.82  | 1.345 | .183  |
| Relación con Espos(a)  | 21.69  | 6.86  | 18.58                                     | 7.95  | 1.720 | .090  |
| Aislamiento  | 21.72  | 11.16 | 18.77                                     | 9.80  | 1.140 | .258  |
| Salud  | 14.08  | 4.42  | 11.45                                     | 4.55  | 2.396 | .019* |
| Estrés   | 18.14  | 10.85 | 16.61                                     | 8.33  | .637  | .226  |

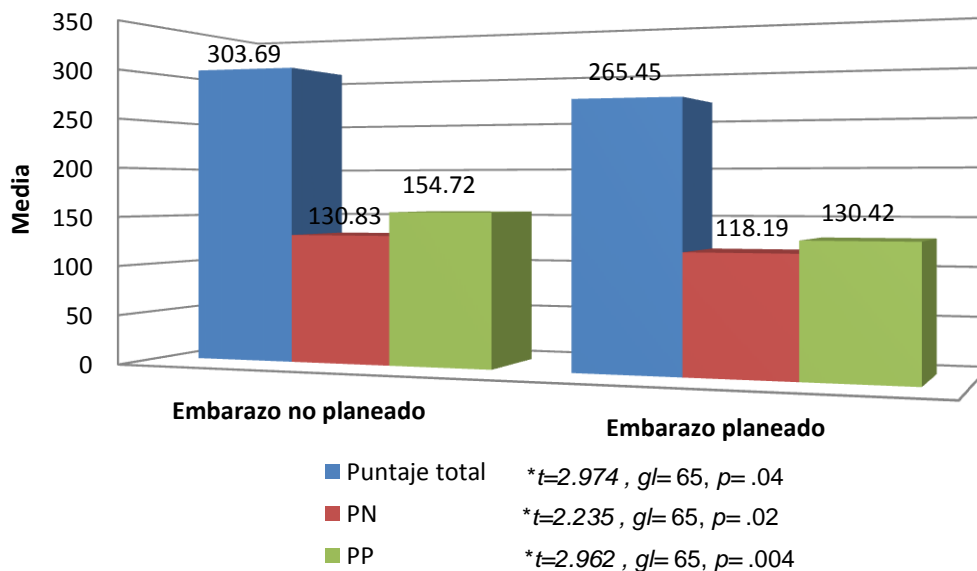
Nota: se muestran en negritas las subescalas y dominio con mayor puntajes. El nivel de significancia utilizado es de  $p \leq 0.05^*$

Del dominio de la Percepción del Padre, destaca para ambos grupos A y B, la subescala de Competencia con una media de  $x=34.08$  y una desviación estándar de  $\delta=10.90$  para el Grupo A; mientras que con una media de  $x=27.52$  y desviación estándar de  $\delta=9.25$ , para el Grupo B.

También se destaca la subescala de Relación con el Esposo (a), donde para el Grupo A se obtuvo una media de  $x=21.89$  y una desviación estándar de  $\delta=6.86$ , mientras que para el Grupo B se obtuvo una media de  $x=18.58$  con una desviación estándar de  $\delta=7.95$ .

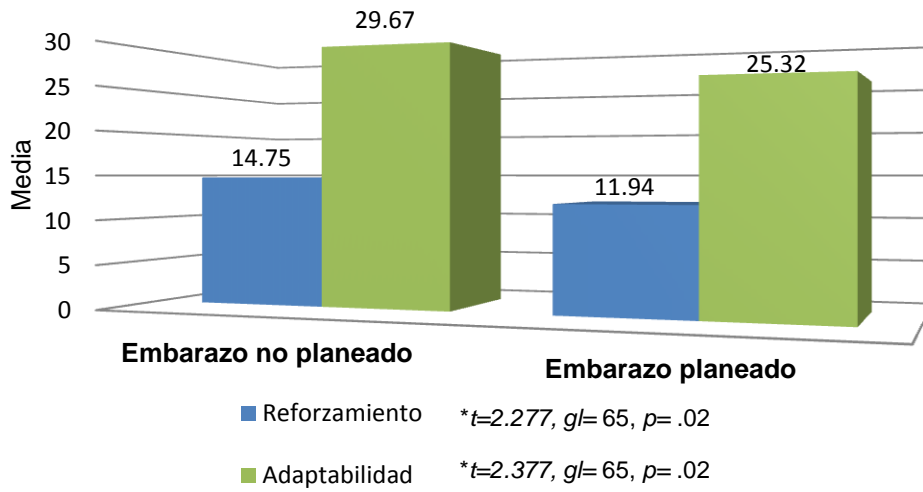
Además la subescala que destaca por obtener una alta puntuación en la media es Aislamiento que para el Grupo A se obtuvo una media de  $x=21.72$  con una desviación estándar de  $\delta=11.16$ , mientras que para el Grupo B se obtuvo una media de  $x=18.77$  con una desviación estándar de  $\delta=9.80$  (ver Tabla 4).

**Gráfica 10. Puntajes significativos de las escalas del IEC**

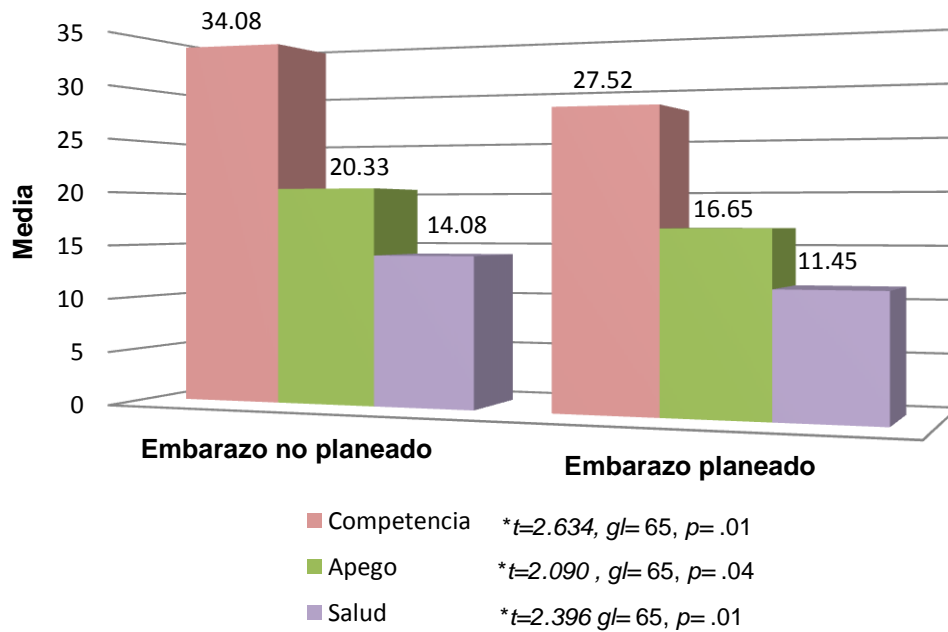


De las subescalas del dominio de Percepción del Niño (Gráfica 11), se encontraron significativas: Reforzamiento (y Adaptabilidad; mientras que del dominio de la Percepción del Padre (Gráfica 12) se encontraron significativas las subescalas de: Competencia, Apego y Salud.

**Gráfica 11. Puntajes significativos de las subescalas de Percepción del Niño**



**Gráfica 12. Puntajes significativos de las subescalas de Percepción del Padre**



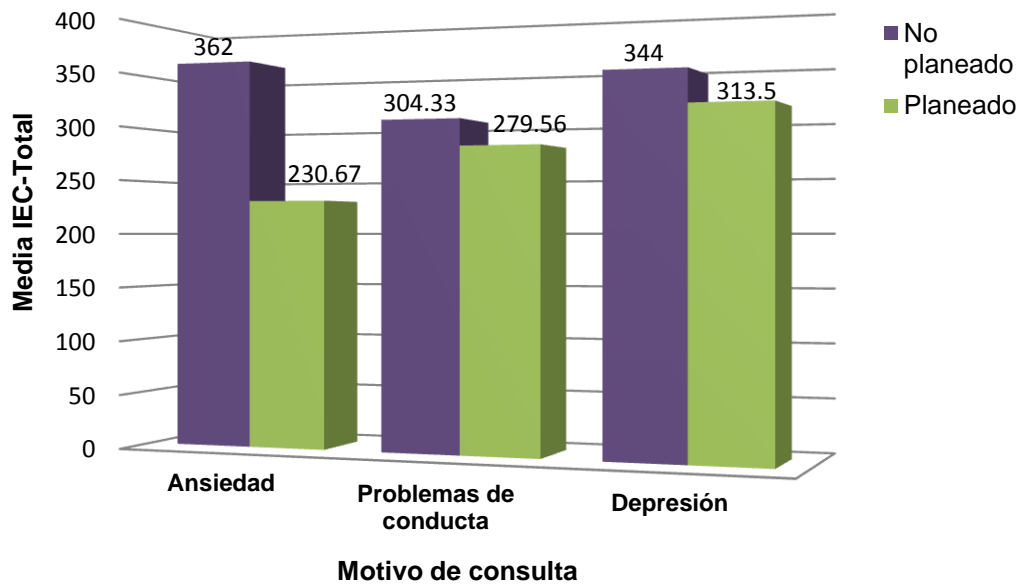
### Puntajes del IEC con relación a otras variables relacionadas al Embarazo no planeado

A continuación se muestran varias gráficas que indican una relación con variables inmersas en el puntaje del IEC. La primera es acerca del motivo de consulta por el cual los padres y el menor llegaron a solicitar atención psicológica, posteriormente se relaciona con la escolaridad de los padres, y por último con la edad y género de los hijos.

#### Motivo de consulta

Se muestran los tres principales motivos de consulta, con los puntajes más altos en cuanto a la media obtenida se refiere en el Puntaje Total del IEC. La mayoría de los puntajes altos fueron encontrados en el Grupo A: embarazo no planeado, lo que indica un mayor estrés en la crianza. Para el motivo de consulta, Ansiedad, del Grupo A: embarazo no planeado se obtuvo una media de  $x=362$ , mientras que para el Grupo B: embarazo planeado se obtuvo una media de  $x=230.67$ .

**Gráfica 13. Embarazo de acuerdo al IEC-Total y Motivo de Consulta**



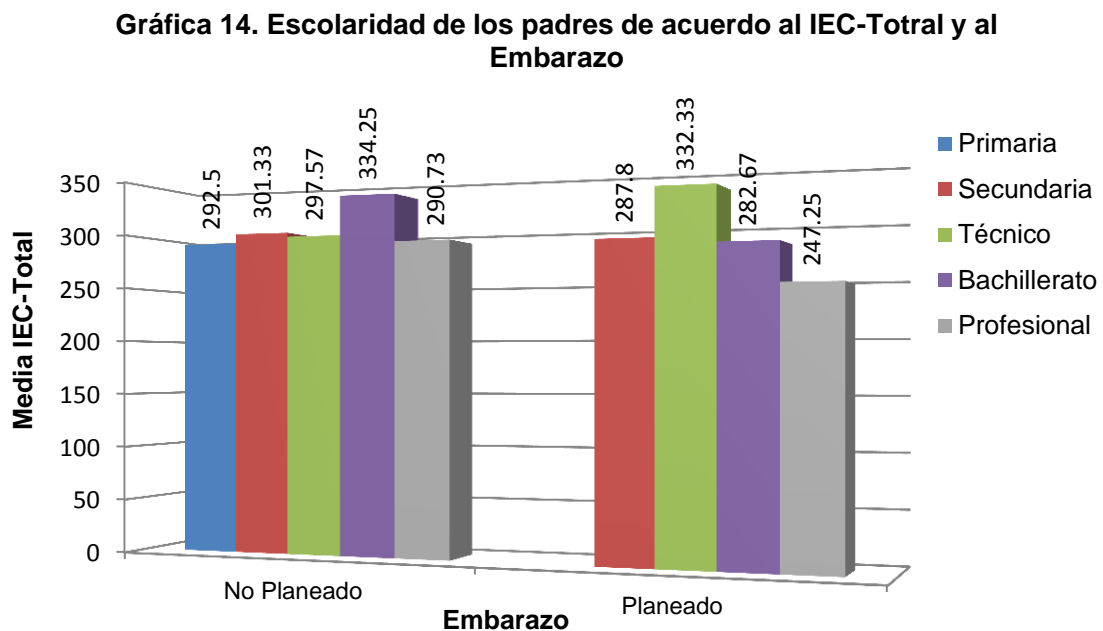
Para el motivo del consulta, Problemas de Conducta, del Grupo A se obtuvo una media de  $x=304.33$ , mientras que del Grupo B la media fue de  $x=279.56$ . Y para el motivo de consulta, Depresión, del Grupo A se obtuvo una media de  $x=344$ , mientras que para el Grupo B se obtuvo una media de  $x=313.50$  (Gráfica 13).

### Escolaridad de los padres

En la Gráfica 14 se muestra la escolaridad de los padres en relación a los puntajes más altos en cuanto a la media obtenida por los padres en el Puntaje Total del IEC.

Para el Grupo A: embarazo no planeado se obtuvo una media de  $x=292.50$  para el nivel escolar primaria, mientras que para el Grupo B: embarazo planeado no se obtuvo una media ya que la frecuencia indicó que no había padres de este nivel para este grupo. Para el nivel secundaria del Grupo A se obtuvo una media de  $x=301.33$  que indica mayor estrés en padres de este grupo ya que la media del Grupo B fue de  $x=287.802$ .

En cuanto al nivel escolar técnico para el Grupo A se obtuvo una media de  $x=297.57$ , mientras que para el Grupo B se obtuvo una media más alta de  $x=332.33$ , que indica mayor estrés en los padres de este grupo.



Para el nivel escolar bachillerato del Grupo A se obtuvo una media de  $x=334.25$  que indica un mayor estrés en padres de este grupo a comparación del Grupo B del cual se obtuvo una media de  $x=282.67$ . Finalmente para el nivel escolar profesional la media para el Grupo A fue de  $x=290.73$ , mientras que para el Grupo B fue de  $x=247.25$ , un puntaje ligeramente menor a comparación del Grupo A, que indica que los padres con embarazo planeado siguen teniendo menor estrés.

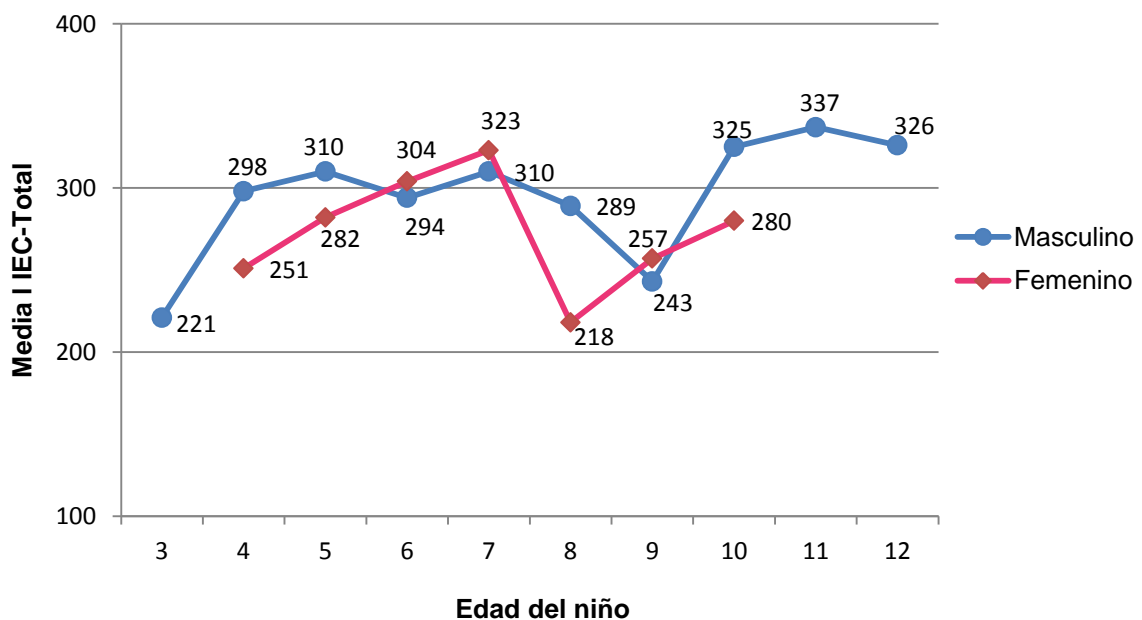
Otra relación claramente visible es que los puntajes de padres del Grupo A, de nivel escolar bachillerato y los padres del Grupo B del nivel escolar técnico, son ligeramente similares, lo que indica que ambos grupos tendrían casi el mismo nivel de estrés en la crianza.

#### *Edad de los hijos*

Otra de las variables analizadas en relación al IEC-Total y la planeación del embarazo de los padres es la edad de los hijos. En la Gráfica 15 se observa la relación entre la edad de los hijos, la media del IEC-Total y el género de estos mostrando que: la media más alta, entre ambos géneros fue obtenida por los niños varones, mostrando una media pico de  $x=337$  a la edad de los 11 años. Para las niñas se obtuvo una media pico de  $x=323$  a la edad de los 7 años.

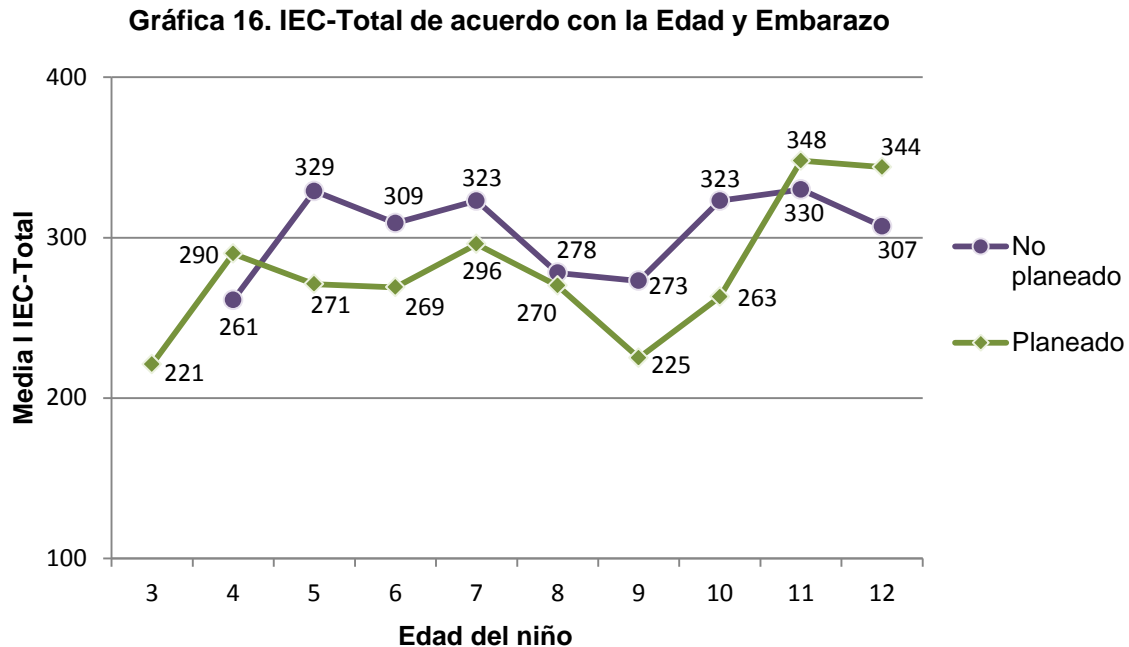
A la edad de los 3 años para los niños y de 8 años para las niñas, se mostró los picos más bajos en cuanto al IEC-Total de los padres con una medias de  $x=221$  y  $x=218$ , respectivamente. Es de notarse que además de que existe una diferencia entre la media del IEC-total por género de los hijos, también existen diferencias entre las edades de ambos géneros, es decir, existen edades críticas en las cuáles, de acuerdo al género del hijo, se muestra un aumento o decremento en cuanto al IEC-Total de sus padres.

**Gráfica 15. IEC-Total de acuerdo con la Edad y Género del niño**





Es a la edad de 10 años ( $x=325$ ) cuando los padres con hijos varones muestran un aumento de IEC, mientras que para las mujeres, es a la edad de 9 años ( $x=257$ ) cuando ocurre este incremento; después del pico más bajo en ambos géneros (ver Gráfica 15).



En la Gráfica 16 se observa la relación entre la edad de los hijos, la media del IEC-Total y los Grupos A: no planeado y B: planeado, mostrando que: la media más alta, entre ambos grupos fue obtenida por el grupo B, mostrando una media pico de  $x=348$  a la edad de años, sin embargo, el grupo A también obtuvo una media pico ( $x=330$ ) a la misma edad. Para las edades de entre los 3-4 años y 9 años, se mostraron los picos más bajos en cuanto al IEC-Total de los padres. Para el grupo A se obtuvo una media de  $x=261$  a los 4 años de edad y a los 9 años una media de  $x=273$ ; mientras que para el grupo B se obtuvo la media más baja entre ambos grupos a los 3 años de edad con una media de  $x=221$ , además de a los 9 años ( $x=225$ ).

Lo anterior muestra que existe una clara diferencia entre las medias del IEC-total del grupo A y del grupo B, ya que el primer grupo se mantiene por arriba del segundo a pesar de que a la edad de 11 años, se da una relación inversa (ver Gráfica 16). Se observa además que existen edades críticas para ambos grupos, en las cuáles, entre los 5 y 7 años se muestra un aumento del IEC que se mantiene, disminuyendo a la edad de los 8 y 9 años. Posteriormente ambos grupos muestran un aumento a la edad de 11 años, manteniendo un elevado el IEC-Total.



## *V. Discusión*

En esta investigación el objetivo general fue el de analizar si el embarazo planeado y no planeado tiene alguna relación con la disposición a la crianza de los padres y con las demandas del niño y su entorno (estrés en la crianza). Además, el explorar y describir la relación entre las características de los padres y su desempeño ante la crianza tomando en consideración la decisión de haber planificado un embarazo, así como el análisis de otras variables que se encuentran involucradas en el proceso de la crianza y por ende en el nivel de estrés de los padres, que en relación con la planificación.

La muestra utilizada para esta investigación fue dividida en dos grupos para su estudio. El número de la muestra para ambos grupos A y B, se mantuvo acorde a los lineamientos estadísticos (mínimo 30 participantes) con la finalidad de obtener una validez interna confiable para la investigación. Además, de que el instrumento utilizado ha sido ampliamente validado y utilizado en diferentes investigaciones (Abidin, 1986; Solís, 1990; Pan, Rowe, Spier & Tamis-LeMonda, 2004; Wheatley & Willie 2009) y recientemente, comenzado su validación en una muestra mexicana, en un análisis preliminar o piloteo (Candía, Gómora, & Valencia, 2010), resultando una buena confiabilidad, con un alfa de .931.

Para comenzar, la edad de las madres del Grupo A: no planeado, osciló entre los 22 y 40 años de edad, obteniendo una media de 31 años para las madres y 34 años para los padres. Esto indicó que son ligeramente más jóvenes que las madres del Grupo B: embarazo planeado, del cual sus edades oscilaban entre los 24 y 45 años con una media de 36 años para las madres y de 42 años para los padres. Esto coincide con resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística donde menciona que en el Censo de Población y Vivienda 2010, se obtuvo como resultado del total de mujeres de 15 a 20 años que el 12.4% de ellas ya ha tenido descendencia, aumentando este porcentaje en jóvenes de entre 20 y 29 años (57.2%). Lo anterior mantiene el hecho de que las mujeres en general comienzan a tener descendencia a una edad joven y que en la mayoría de los casos, como lo muestra esta investigación son embarazos no planeados. Ante lo anterior el ENADID en el 2009 afirmó que las mujeres en edad fértil se casan o se unen por primera vez a los 20.4 años en promedio y la edad media al primer hijo es de 21 años. Esto quiere decir que las mujeres que planifican su embarazo son mayores que las que no los planean, deciden esperar un poco más de tiempo.

Además en 1990 el Instituto Alan Guttmacher realizó un estudio cuyos resultados son presentados por el Celsam de México (2007) dentro de su documento en línea: “Embarazos no planeados”; en el que señalaba que en nuestro país, el 23% de los embarazos de ese año habían sido no planeados, y que entre el 20% y el 35% del total de mujeres entre 15 y 44 años, cuentan con muy poca o ninguna protección para evitar un embarazo de este tipo. Las mujeres y en general los padres de familia, comienzan a procrear descendencia a edades tempranas lo que genera embarazos no planeados y, como más adelante se verá, un elevado nivel en el estrés la crianza.

Un aspecto relevante al investigar la relación de la planificación familiar y el estrés en la crianza es el factor cultural que incluye: la escolaridad de los padres y su estatus socioeconómico, como afirma Sánchez (2003) al comparar lo anterior con el patrón de comportamiento reproductivo de las mujeres, como ejemplo, las más tradicionales con más de tres hijos, que iniciaron su maternidad antes de los 20 años y extendieron su etapa reproductiva hasta los 34 años y su uso de anticonceptivos fue significativamente más bajo que en otros grupos. Este patrón se presentó en mujeres migrantes que vivían con pareja, que tenían un *nivel educativo* bajo y que no trabajaban fuera de su casa, o si lo hacían contaban con empleos mal pagados. Para el caso de los padres (hombres), la cuestión del nivel educativo es similar al de las mujeres, solo que para ellos la diferencia de género y la participación de estos en la planificación familiar, son más determinantes en cuestión a su rol en la crianza de los niños y por ende en su nivel de estrés, como se verá más adelante.

Los resultados para el Grupo A, coinciden en con las aseveraciones anteriores, ya que a pesar de encontrarse que en los padres y madres de este grupo el nivel educativo se situó mayormente en nivel profesional seguido de bachillerato y técnico (n=11); el Grupo B, supera en cantidad a los padres que tienen el mismo nivel profesional(n=20), ver Gráfica 1. Esto demuestra que el nivel educativo es un factor relevante en la planificación familiar y en todo proceso que de este se desprenda, como la crianza posteriormente.

Otro de los resultados obtenidos es la incidencia de los Motivos de Consulta, que para ambos grupos, los problemas de conducta representan la mayor incidencia, que aunque con una diferencia de casi el 2%, el Grupo A, presenta mayoría en esta problemática; es importante recordar que la población es de tipo clínica ya que acude a un centro de atención psicológica por lo que tanto el Grupo A como el grupo B mantiene un elevado nivel de problemáticas. En relación a lo anterior Feinholz-klip (2001) en un

estudio llevado en Suecia con 120 niños que nacieron de un embarazo no planeado y que fueron apareados con niños del mismo sexo, zona de residencia y día de nacimiento; los niños no planeados tenían más bajos resultados en casi todos los aspectos evaluados conforme crecían, sobretodo conllevando mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, alcoholismo, delincuencia y conducta criminal; en su juventud, los hijos de un embarazo no planeado, también recibían con mayor frecuencia apoyo del gobierno, menor educación y condonación del servicio militar por causas médicas, respecto de los hijos producto de un embarazo planeado.

Otro motivo de consulta que resulto ser más alto en el Grupo A fue el de Divorcio por parte de los padres, que como afirma Sánchez (2003), la *relación de pareja* se ve alterada tras embarazos no planeados al observar que estos implicaron el rompimiento de la relación de pareja. De las mujeres encuestadas en su investigación, 20% de ellas tuvo al menos un hijo o hija sin vivir en pareja o rompieron con la pareja con el nacimiento de un hijo o hija. Posiblemente uno o ambos padres se encuentren molestos por los embarazos no planeados y los niños producto de ello, esto se convertiría en una influencia no deseable en su matrimonio, a lo que también Soddy (1964, citado en Pohlman, 1973) había mencionado tiempo atrás, que cuando uno de los esposos quiere y el otro no quiere un niño, la relación se sale de balance.

Para el Grupo B, otros Motivos de Consulta fueron el TDA y Ansiedad en donde se observa la incidencia de estos como una clara muestra de la población escogida para esta investigación, que independientemente de la planificación familiar, comúnmente solicita la atención psicológica. En general se observó que en ambos grupos, los problemas de Ansiedad (en el Grupo A, presentado como Enuresis) y de Conducta, son los Motivos de consulta más comunes.

En cuanto al análisis de los resultados de la muestra, uno de los más relevantes es la pregunta: ¿quién contestó el instrumento? Como se podrá observar, para ambos Grupos A y B más del 80% de los participantes fueron madres de familia, y de aquí se pueden discutir dos cuestiones: la primera y en lo que respecta a la literatura, son las que se involucran mayormente en el proceso de planificación familiar y salud reproductiva de la pareja que conforman, y la segunda es que son las que más se involucran por ende, en el proceso de crianza, que incluye el cuidado de la salud física y mental de los hijos, incluido el asistir a recibir atención psicológica.

En cuanto al primer punto a discutir se puede observar que a pesar de que los programas de planificación, se han dirigido principalmente a la familia nuclear, encabezada por el hombre, sin considerar la diversidad de contextos familiares en los que se viven la maternidad y la paternidad; el concepto de salud reproductiva se dirige a la persona, tanto a hombres como a mujeres, y a la pareja. Las estadísticas actualmente muestran una participación activa de la salud reproductiva mayormente en mujeres que en hombres, muestra de ello, es que existen escasamente estadísticas masculinas, que describan la participación del hombre en este proceso.

A pesar de que la SSA con el Programa de de Acción: Salud Reproductiva, desde el 2001, se comprometió a poner al alcance de toda la población información oportuna, diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, y que se promueva la participación activa del varón en las decisiones y corresponsabilidad en todas las fases de proceso reproductivo; y de que todo esto tenga el propósito el contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante información, fomentando conductas responsables, libres e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva; la realidad, es otra.

Los asuntos relacionados con la reproducción generalmente son de exclusiva competencia femenina, por lo cual se acepta que las mujeres constituyen la fuente de información exclusiva y adecuada para recolectar datos relacionados con la fecundidad de las parejas, según Greene y Biddlecom (2000); además de asumirse que la mayoría de los hombres no está bien informados (Biddlecom, Casterline & Pérez, 1996) y de que son la principal barrera para el uso de anticonceptivos femeninos, a partir de una concepción tradicionalista en cuanto al ejercicio de la propia sexualidad.

En cuanto el segundo punto acerca de la crianza de los hijos, la literatura nos muestra que según Sánchez (2003) las mujeres aún estando clasificadas por estrato socio económico, como lo hizo él en su investigación, desde las mujeres de bajos ingresos que dan prioridad a la procreación y colocan a su marido solo como sustentador de la familia; pasando por las mujeres del sector medio que aunque tienen un empleo y son independientes económicamente, interrumpen su actividad laboral para darle prioridad a la crianza, hasta las mujeres de nivel alto que, aunque el hombre dejó de ser el único sostén de la familia, cuentan con la ayuda domestica para la crianza de sus hijos y por lo tanto son las principales responsables de la contratación de este servicio para el cuidado de sus hijos. Otra prueba del dilema del género es que el propio instrumento se

encuentre originalmente diseñado en femenino; por ejemplo la subescala Relación con el Esposo o la subescala Reforzamiento del niño hacia su Madre, ya que es la madre de familia la que comúnmente asiste a la atención psicológica con el menor.

### Contrastación de Hipótesis

En esta investigación, y tomando en cuenta los datos anteriores, era fundamental analizar una a una las variables involucradas en el tema ya que como se podrá observar, desde el momento de la planificación familiar dando como resultado un embarazo no planeado, se producen distintas consecuencias que a la vez actúan como detonantes del estrés en la crianza y que se dan desde la relación de pareja. Ante la pregunta de investigación: ¿el embarazo no planeado es un factor relevante ante el estrés en la crianza?, se propusieron hipótesis (ver Tabla 5) y se obtuvieron los siguientes resultados: a pesar de encontrarse que una variedad de subescalas cayeron en el no rechazo de la hipótesis nula, es decir que aparentemente no se tiene una relación del embarazo no planeado con el estrés en la crianza, el Puntaje Total del IEC y el Puntaje de los Dominios (media de todas las subescalas divididos en Percepción del Niño y Percepción del Padre) si cayeron en la zona de rechazo de la hipótesis nula como se observa en la Tabla 5.

| Tabla 5. Contrastación de hipótesis   |   |
|---|---|
| Hipótesis   | Resultados de la Prueba T de Student  |
| HO: El embarazo no planeado no está relacionado con un mayor nivel de estrés en la crianza. | <p>Del <i>Dominio de la Percepción de Niño</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distractibilidad</li> <li>- Humor</li> <li>- Aceptación</li> <li>- Demanda</li> </ul> <p>Del <i>Dominio de Percepción del Padre</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Relación con el Esposo (a)</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Restricción del Rol</li> <li>- Estrés</li> </ul> |
| H1: El embarazo no planeado está relacionado con el nivel de estrés en la crianza.          | <p>Puntaje Total del IEC</p> <p>Dominio de Percepción del Niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzamiento</li> <li>- Adaptabilidad</li> </ul> <p>Dominio de Percepción del Padre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencia</li> <li>- Apego</li> <li>- Salud</li> </ul>  |

Lo anterior muestra que, aquellas escalas que cayeron en la zona de rechazo de la hipótesis nula y por lo tanto que son significativas, son las que más se relacionan de todo el instrumento con el embarazo no planeado y que implican un mayor impacto en la toma de decisiones y proceso de planificación familiar.

En cuanto a las subescalas que cayeron en la zona de no rechazo de la hipótesis nula, no significa que no estén relacionadas con el embarazo planeado y no planeado, prueba de ello es que se encuentran incluidas en el Dominio que les corresponde y que salieron significativas en la Prueba T, por lo que mantienen una relación con la planeación familiar al encontrarse puntuaciones altas en cuanto a las medias obtenidas en el instrumento. A continuación un desglose de las subescalas significativas:

#### *En relación a las subescalas del Dominio de Percepción de los Padres*

Los resultados nos muestran que si existe una relación en la decisión o no de una planeación del embarazo y el estrés en la crianza indicado por los padres, particularmente en las escalas relacionadas a la competencia, el apego y la salud. Como lo señala Abidin (1992), de acuerdo a su interpretación de la literatura como la mejor apuesta para predecir el comportamiento de los padres, su modelo propone que el comportamiento de los padres y el ajuste del niño, son influenciados por un número de variables sociológicas, ambientales, comportamentales y de desarrollo.

Según Abidin (1992) las relaciones entre distintas variables, y sus influencias entre estas es a través del componente: personalidad de los padres, relacionada al rol parental; en donde las cogniciones y creencias de los padres desempeñarán un papel clave. Es por esto que esta investigación sostiene, que la toma de decisiones en cuanto a la planificación familiar se destaca como una variable más que influye en la competencia, el apego y la disposición a la salud que el padre mantiene al momento de llevar a cabo la crianza y por ende, el incrementar su estrés ante ella.

La relación entre la toma de decisión en la planificación familiar y el papel que esta juega en la crianza, es fundamental para el buen funcionamiento de la pareja y por ende el nivel de estrés presentado en la crianza. Tal y como lo explica Pohlman (1973) al mencionar que el deseo de tener un hijo y el compromiso que esto conlleva, mantiene al individuo (o futuro padre) en un conflicto de opiniones, muestra de ello es la subescala de



Competencia que salió significativa y que se relaciona precisamente al sentimiento de competencia de los padres y su percepción en relación a la crianza.

En cuanto a la subescala de Apego, que es el grado en que el padre se siente cercano a su hijo permitiendo su interacción, el factor de la planificación familiar y del deseo de un embarazo está claramente relacionado ya que como lo afirma Wyatt (1967) la reproducción debe ser vista como un evento psicológico y no es solo un acto o una actitud que explique la idea popular de la maternidad, es como una secuencia de esta en varios estados, los cuáles pueden diferir en los retos que implican y las gratificaciones que dan.

El apego es parte fundamental de la construcción de la maternidad y la paternidad, que pueden rescatarse como proyectos de amor, a través de las experiencias cotidianas de la intimidad y encuentro con la pareja y los hijos. Los motivos que llevan a decidir a una pareja el tener hijos, están vinculados con las expectativas y las condiciones particulares de su trayectoria y proyecto de vida, incluyendo la situación económica y unión con la pareja con la idea de formar una familia, según Nolasco (1989), como se observa las variable de factor cultural sigue estando presente en este proceso y por ende sigue siendo un objeto de estudio como se describirá más adelante.

En relación la subescalas de Apego y Salud, otros estudios (Beckman, 1991; Dyson, 1993; Hadadian, 1994; Keller & Honing, 2004; Putnik, 2008) han mostrado ya en estudios comparativos de género entre los padres, que los hombres experimentan más estrés relacionado a características de los niños como la falta de sentirse recompensado en las interacciones con el niño y el apego que tiene el niño hacían él (Krauss, 1993; Roach, Orsmond & Barratt, 1999). Mientras que en las madres se encontró que experimentan más estrés relacionado a la capacidad de cuidar de sus propias necesidades de salud, de las restricciones impuestas por su mismo rol parental y de la relación con su esposo.

En relación a las *subescalas del Dominio de la Percepción del Niño*, las subescalas de reforzamiento, que es la percepción que tiene el padre en relación a la aceptación de su hijo, y la adaptabilidad que es la facilidad que tiene el menor a adaptarse a los cambios, de acuerdo con Montiel (1998), mostraron una relación directa con el embarazo no planeado o planeado. Como menciona Abidin (1995) altos puntajes en las escalas de Reforzamiento son producidos cuando el niño, por complicaciones orgánicas o psicológicas, de su propia condición, es incapaz de responder a la interacción con sus padres fallando en el reforzamiento de la crianza o de los cuidados maternos que se le

brindan, prueba de ello es la relación con la significancia de la subescala en Apego, también involucrada en el proceso de aceptación y deseo del hijo planeado o no.

Las características del niño, vistas con un cierto grado de vulnerabilidad (el ser un hijo no planeado) en su desarrollo, temperamento o conducta del niño, han sido relacionadas al estrés en la crianza. El niño con un comportamiento claro, muestra la habilidad de sus padres para la toma de decisiones en la relación padre-hijo, a la vez el padre promueve esta competencia como una destreza al cuidar e interactuar con su hijo (Loretta, Askin & Yu, 2006). Para los niños el ser visto como un hijo no planeado, debido a la falta de la buena toma de decisiones o planificación en este caso, generan en el padre un déficit en la competencia ante esta buena interacción con el menor.

En cuanto a la subescala de Adaptabilidad, se menciona en la literatura que cuando existen varias situaciones de la vida o problemáticas en las que los niños se ven involucrados, como ejemplo, cuando son expuestos a la violencia intrafamiliar, coincide con un número importante de conductas de respuesta negativas por parte de los niños, además de problemas emocionales (Hurth-Bocks & Hughes (2008). El estrés en la crianza tiene un efecto directo en el ajuste de los problemas del niño y en la conducta parental; entiéndase que el embarazo y su planificación como se ha visto anteriormente, representa un papel clave en esta conducta; a la vez ésta ha sido repetidamente relacionada con las conductas respuesta de los niños, y si de acuerdo con Abidin (1992) existe una relación entre el estrés parental y el comportamiento del menor, problemas emocionales y de conducta, esto significa que la crianza de los hijos es un mediador entre ambas cosas.

Es esencial que los padres desde el momento de la planificación, estén dispuestos a comprometerse con el rol de padres protectores y guías en la crianza de los menores, la adaptabilidad de un niño a su ambiente nace desde el momento en que se sabe aceptado y valorado, ya que como lo afirma la literatura de entre las posibles consecuencias de la fecundidad no controlada se encuentran: el nacimiento de niños no deseados y no amados, la ilegitimidad, entre otros (Schawrtz, 1970, en Mc Callister, 1975).

Si bien las subescalas antes mencionadas se encuentran significativamente relacionadas (prueba t) con el embarazo no planeado los resultados arrojaron que las subescalas de: Hiperactividad/Distractibilidad, Relación con el Espos(a) y Aislamiento, obtuvieron una alta puntuación para el Grupo A en cuanto a la media del instrumento, lo que indica ser un factor indirectamente relacionado al embarazo no planeado. Esto coincide con lo que afirmaron Hoffman y Wyatt (1960) al mencionar que las presiones por

tener un hijo, o la decisión de tenerlo para sentirse más autónomos o independientes genera discusión en la relación de pareja, incluso la misma situación de presentarse el embarazo no planeado.

La disposición hacia la paternidad puede verse influida por diversos factores tales como la *salud mental de los padres* de acuerdo con Pohlman (1973), y en relación a la subescala de Aislamiento, el padre puede encontrarse en este estado debido a cambios familiares o en este caso, un embarazo no planeado, provocando un impacto a un nivel emocional deteriorando así su disposición ante la crianza. Respecto al puntaje de Hiperactividad/Distractibilidad se dice en la literatura que, cuando el padre mantiene una mala relación y una mala disposición ante la crianza (en consecuencia de un embarazo no planeado), incrementa la percepción en tanto a comportamientos relacionados a un déficit de atención en el menor o una hiperactividad, entonces el caos reina en el hogar, y los padres aumentan su estrés en la crianza.

Como se observado, existe una cadena de eventos que surgen a partir de un embarazo no planeado que son: una mala *relación con el esposo*, *aislamiento* de los mismos y por ende problemas de *salud*; una mayor *competencia* con el otro esposo en el sentido de quien es mejor la interacción con el menor, generando apegos inseguros; se genera que el padre perciba a su hijo con mayor *distractibilidad y/o hiperactividad*, así como una mala percepción en cuanto a la *aceptación* que el padre recibe de su hijo no pudiendo discrepar si se trata de un *reforzamiento* positivo o negativo. Como consecuencia a todo ello, el menor aumenta sus conductas disruptivas generando una mala *adaptabilidad* ante las diferentes situaciones.

Es importante destacar el papel que juega la familia, concretamente los padres, para el desarrollo favorable de cualquier individuo; pues es, en su acogimiento en el que a distintos niveles pueden cubrirse sus necesidades de ser humano y social. Los padres tienen como funciones: proteger de riesgos, al infante, impartir crianza y fungir como base segura para que el infante conozca la realidad y se desarrolle psicológicamente en un nivel adaptable (Heredía, 2005).

En relación a lo obtenido en los *Dominios de Percepción del Padre*, *Percepción del Niño* y *Puntaje Total del IEC*; y como resultado de esta investigación, el embarazo no planeado es una variable importante que genera estrés en la crianza, y de acuerdo con Webster-Stratton (1990) cuando se obtiene un alto puntaje en el IEC desarrollado por Abidin (1986), en la escala de Percepción del niño, significa que el niño no es una fuente

de reforzamiento del padre; sino que al contrario, los niños tienen ciertas características que contribuyen considerablemente al estrés en la crianza, o como la autora lo llama, un sistema padre-hijo.

Al obtenerse un alto puntaje en el Dominio de Percepción del padre indica, de acuerdo con Abidin (1983), que el estrés parental además de provenir directamente de problemas con el niño o de las características del niño (que tan distraído, temperamental o demandante sea), proviene igualmente de: el rol mismo de ser padre, del cual devienen las restricciones causadas por el rol parental, la habilidad de los padres para hacerse cargo de sus propias necesidades, y llevar una buena relación marital, esto último puede verse afectado debido a una situación especialmente detonante como lo es un embarazo no planeado. El aumento de las demandas de los niños ha incrementado al igual el estrés parental de las madres, disminuyendo la armonía familiar (Keller & Honing, 2004). Si los padres no están contentos con el balance de sus roles y su habilidad para satisfacer exitosamente las necesidades de su familia, el estrés puede aparecer (Mc Cubbin & Patterson, 1983).

Desde los años sesenta es bien sabido en la literatura (Beasley, 1969, en Mc Callister, 1975) que entre mejores sean las condiciones emocionales en las que se concibe y planea un embarazo, la salud mental de la madre, del niño y de la unidad familiar parecen mejorar; por ende el llevar un embarazo no planeado mantiene como consecuencias un aumento en: el estrés en la crianza, conflictos familiares y en la conducta negativa de los menores.

Esto concuerda con lo encontrado por Abidin en 1982 cuando gracias a su investigación y la de otros demostró que una simple relación lineal no puede existir entre el nivel de estrés y el mal funcionamiento de la práctica de la crianza. Abidin, encontró que niveles muy bajos de estrés en la crianza son asociados con una crianza disfuncional, como ejemplo, debido a la separación de los padres, es decir, existen diferentes variables que se encuentran involucradas en el proceso de estrés en la crianza, tales como lo es el embarazo no planeado.

De acuerdo con el modelo propuesto por Abidin (1992), en el que incluía variables sugeridas a su interpretación de la literatura como la mejor apuesta para predecir el comportamiento de los padres, esta investigación permite incluir al embarazo no planeado como una nueva variable para explicar este modelo.

Desglosando el modelo este propone:

- a) Que el comportamiento de los padres y el ajuste del niño, son influenciados por un número de variables sociológicas, ambientales, comportamentales y de desarrollo; esta investigación intentó analizar y comprobar que el embarazo no planeado es una variable de tipo sociológica y comportamental;
- b) Los intentos que hace el modelo por aprovechar esas relaciones entre variables, sugieren que el camino de estas influencias entre variables es a través del componente: personalidad de los padres, relacionada al *rol parental*. Ante esto esta investigación demostró que el total del IEC y sus principales escalas, son significativas en cuanto a factores relacionados a la disposición ante la crianza, y por ende el estrés generado, y su relación con el embarazo no planeado, variable que influencia el rol parental.
- c) La variable *papel en la crianza o rol parental* representan en el modelo de Abidin (1992) una serie de creencias y auto expectativas que sirven de regulación de influencias más distantes; es a través de este trabajo interno (el entender y saber cuál es su rol parental) como los padres evalúan los daños o beneficios que los confrontan con el rol.

Ante esto, la planificación de un embarazo esta visto como un proceso en el que las motivaciones y actitudes son un papel clave para la toma de decisiones ya que los componentes cognitivos de las actitudes, son el foco central de las mismas. Pohlman (1973) hizo una clasificación de los motivos más frecuentes y estudiados, de entre los que destacan: por parte de los padres varones la evidencia de su virilidad o de la facilidad en la procreación; el conformarse con las normas sociales en cuanto al número de hijos a procrear; factores que envuelven y mejoran la relación en la pareja, o continuar la procreación tras haber tenido un hijo o tras buscar el sexo deseado.

- d) En acuerdo con Abidin (1992) el Estrés en la Crianza es, por lo tanto, el resultado de una serie de evaluaciones hechas por cada uno de los padres en el contexto de su nivel de compromiso con el rol parental; es visto como una variable motivacional que energiza y alienta a los padres a utilizar recursos disponibles a

ellos para apoyarse en su crianza con los hijos, en este caso las variables motivacionales también giran a rededor de sucesos importantes y piezas claves que suceden en sus vidas tal y como es el ejercicio adecuado de su salud reproductiva.

Para finalizar, esta investigación arrojó otras variables anteriormente estudiadas en la literatura y que mantienen una relación con el estudio del estrés en la crianza:

- 1) *Motivo de consulta* por el cual los padres de familia y sus hijos asistieron a recibir atención psicológica. Se encontró una relación entre el embarazo no planeado y el motivo de consulta, los principales problemas que obtuvieron una puntuación alta en el IEC son Ansiedad y Depresión, presentados mayormente en padres con embarazo no planeado, y en padres con embarazo planeado se observó solamente un alto puntaje del IEC en Depresión. En cuanto a los problemas de conducta, se observa que entre ambos grupos no fue mucha la diferencia por lo que puede afirmar, comparten la problemática. Además de que el nivel del IEC se encuentra determinado por la variable embarazo no planeado, se puede observar que la variable motivo de consulta también determina el nivel del IEC.

Lo anterior también se observó en los resultados del estudio de Gupta (2007) que revelaron que el nivel de estrés de padres con hijos con necesidades especiales está determinado por la naturaleza de la enfermedad; los padres de su estudio, de niños con TDAH y discapacidades del desarrollo, reportaron un mayor nivel de estrés en la crianza que los padres con hijos con VIH, asma y controles de salud.

- 2) *La escolaridad de los padres* que demostró que los padres que habían planeado un embarazo eran los que mantenían un nivel educativo mayor y una menor puntuación en el puntaje total el IEC. Mientras que los padres que no planearon su embarazo mostraron niveles más altos en el puntaje del IEC, además de mostrar, al menos, un nivel educativo por debajo de los padres que si lo planearon.

A pesar de lo anterior también se observa que por sí sola, la variable de escolaridad determina el estrés en la crianza, ya que en los padres que si planearon el embarazo se observó que los que tenían el nivel educativo en bachillerato, mostraron el nivel de IEC más alto en comparación con los demás padres del grupo. Esto coincide con

distintas investigaciones que han demostrado que el nivel de estrés en la crianza, además de encontrarse afectado por características familiares como: la capacidad de afrontamiento y el nivel de apoyo social; *los ingresos familiares*, el nivel de educación y por ende la disponibilidad de recursos médicos y psicológicos, son igualmente importantes determinantes del estrés (Copeland & Harbaugh, 2005; Tak & McCubbin, 2002).

- 3) *La edad y género del hijo: En cuanto a la edad*, se observó que al pasar los años, la edad de los niños se convierte en un marcador de la presencia de estrés en la crianza en los padres. Los niños, como todo individuo en desarrollo, pasan por etapas importantes en su vida o críticas como se conoce en la literatura. El estrés en la crianza, como se observó, aparece principalmente elevado cuando estas etapas aparecen, y decrementa en función de la ausencia de estas, es decir, que el estrés de los padres fluctúa de acuerdo a la etapa de desarrollo de los niños. Esto está claramente relacionado al porque existen varios tipos de instrumentos que miden el IEC, esto es, de acuerdo a la edad del hijo se aplica un instrumento diferente.

Una de las ventajas de acuerdo a Wheatley y Wille (2009) de usar, por ejemplo, ambos instrumentos (IEC y IEPA: Índice de Estrés de para Padres de Adolescentes) es el poder medir longitudinalmente el estrés de los padres ya que esta medida da continuidad a diferentes constructos, como la adolescencia. De acuerdo con los resultados de este estudio sugieren que la estabilidad del estrés en los padres es relativa, tan pronto como los niños maduran desde la infancia hasta la adolescencia, además de que se muestra poca diferencia en el nivel del estrés experimentado por madres y padres.

También esto se observó cuando los mismos investigadores vieron en sus resultados que los padres reportan mayor estrés en cuanto a sus relaciones de Apego cuando sus hijos tienen alrededor de ocho años que sus esposas, sin embargo las esposas reportaron mayor estrés en la relación con sus Esposos que ellos; y cuando sus hijos están cerca de los 14 años, en la relación entre ellos la Incompetencia es una diferencia significativa entre madres y padres, las madres reportan mayor incompetencia que los padres (Wheatley & Wille, 2009).

Mientras que en otra investigación, en una aplicación del IEPA también se encontró, que la variable de la edad era determinante, al observar que el estrés parental de las madres es más elevado cuando los adolescentes desean más autonomía, siendo consistente con los resultados del IEC que han sugerido un mayor estrés en los padres con respecto a las características de los niños y a su rol parental; aunque la fuente de este estrés por el rol parental parece tener que ver más con aceptar la autonomía de sus hijos pequeños convirtiéndose en adolescentes que con el simple hecho de criarlos en la infancia (Eastman & Cornelius, 1998).

En cuanto a la variable de *género*, se observó que el sexo masculino en los hijos guarda una relación con el elevado nivel de IEC en los padres, además de la edad. Como también se observó en el estudio realizado por Wheatley y Wille (2009) donde también encontraron que los padres con hijos varones, mayores de ocho años, reportan mayor estrés en el área de Distractibilidad/Hiperactividad a diferencia de padres con hijas mujeres. Cuando los niños llegan a la edad de 14 años, los padres de hijos varones reportan un mayor Aislamiento y estrés en general, que padres de hijas mujeres.

De manera general se puede observar que los resultados arrojados en esta investigación representan una nueva propuesta de generar otras nuevas, al observar que distintas variables pueden estudiarse por separado o en conjunto para explicar un mismo fenómeno. Además de que el estudiar por separado variables que explican un fenómeno, permite al investigador mantener una visión actualizada y dinámica del objeto de estudio, generando así resultados comparables, analizables y confiables.





## *VI. Conclusiones*

Como se observó en esta investigación, el embarazo no planeado mantiene una relación ante la disposición de la crianza por parte de los padres, las demandas del niño y del entorno, es decir ante el estrés en la crianza.

Además de lo anterior se puede afirmar que dentro del modelo propuesto por Abidin (1992) acerca de factores sociológicos, ambientales y comportamentales que influyen en la personalidad y rol de los padres; el embarazo no planeado es un factor que engloba los tres anteriores ya que el hecho de planificar implica un proceso conductual y cognitivo de toma de decisiones, además de ser un fenómeno de índole social.

Está claro que la relación entre padre/madre e hijo se ve influenciada por la planificación de un embarazo de manera que el padre percibe un mayor estrés y por consecuencia se produce un deterioro en la calidad de interacción con el menor.

Además también se concluye que existe una estrecha relación, de variables como: el Reforzamiento o esta percepción que el padre tiene en relación a la aceptación de su hijo; la Adaptabilidad del menor a la crianza y a situaciones adversas de la vida cotidiana; la Competencia de los padres y el apego mostrado por la interacción con el hijo; con la decisión de haber planificado un embarazo, a lo que también el factor de Salud, deteriorada al aumentar el estrés en los padres y por ende transformar el desarrollo de su rol parental.

También se afirma que existen otras variables involucradas en el proceso de la crianza y planificación familiar y por ende en el nivel de estrés de los padres como son: la escolaridad de los padres, la edad y género de los hijos y el motivo de consulta por el que asisten a atención psicológica; variables encajan igualmente en el modelo propuesto por Abidin (1990).

### **Alcances**

Esta investigación, ha demostrado que el embarazo no planeado es un fenómeno ampliamente estudiado por demógrafos, psicólogos, sociólogos y especialistas de diversas áreas con metas a fin, estudiar las causas y consecuencias que lo originan.

Aunque esta investigación fue aplicada a una población en específico; padres de familia que solicitan apoyo psico-emocional para ellos y sus hijos; el tema de la planificación familiar es un problema muy común en estos días, ya que es visto como un tema de salud pública.

Sin embargo, esta investigación puede generalizarse a otros contextos ya que de acuerdo a los resultados obtenidos, el estrés en la crianza, al igual que el planificar un embarazo, son fenómenos que acompañan a los padres de familia en el transcurso de su ejercicio en este rol. Además, la mayoría de los padres de este estudio, en concordancia con investigaciones estadísticas demográficas, muestran que el 80% de los padres no planifican sus embarazos, por lo que es otra razón por la cual esta investigación se podría generalizar.

Es por ello que claramente se plantea el aplicar una réplica en otro contexto y con una población o muestra estratificada, como por ejemplo aquel en donde los padres no soliciten la atención psicológica y no entre en juego variables como motivo de consulta; permitiendo la exploración de algunas otras como zona donde viven y estrato socioeconómico, ya que los resultados muestran que el fenómeno de planificación familiar es una variable detonante en la disposición de los padres en la crianza, independientemente del hecho que, debido a problemas en la crianza se generen diversas problemáticas en las que se requiera un apoyo para resolverlas adecuadamente.

### **Limitaciones**

Las principales limitaciones de la investigación fueron dos: la primera fue que la población para crear el Grupo B, que es el de embarazo planeado, era difícilmente de localizar, ya que la mayoría de la población, como se mencionó antes, mantiene un comportamiento reproductivo y una tendencia a no planificar su embarazo. Esto aunado a que la mayoría de las personas que acuden a recibir atención psicológica, presentan características socio demográficas o factores de riesgo que los llevaron a solicitar la atención y que no necesariamente se encuentran en el estándar "ideal" de familia planificada.

La segunda limitación es el hecho de que el instrumento no se encontraba validado para una población mexicana, sin embargo por ello se dio a la tarea de llevar a cabo una validación preliminar o piloteo para comprobar la confiabilidad del mismo, la cual resultó ser favorable para el estudio.

### **Sugerencias**

A pesar de que se puede generalizar y replicar la investigación, el instrumento sería demasiado largo por lo que se recomienda trabajar con uno del mismo autor en una versión más corta como el IEP, que incluye las mismas dimensiones necesarias para investigar el rol parental y su disposición ante la crianza.

Es necesario llevar a cabo además de lo anterior una validación extensa, para poder continuar con la exploración de otras variables, como las encontradas en este estudio, que tienen una relación estrecha con el estrés en la crianza.

Es necesario replantarse la pregunta de: ¿qué tan importante es la planificación familiar en relación con el estrés en la crianza?, como ya se vio es muy importante debido a los factores que se desencadenan a partir del inadecuado ejercicio de la salud reproductiva. La recomendación principal es la creación de programas que permitan al padre no solo estar consciente de que tiene un derecho a este ejercicio reproductivo y de cómo llevarlo a cabo; es llevarlo de la mano en esta toma de decisiones al momento de planificar su familia, con un trasfondo más psicológico, explorando sus motivaciones y deseos, sus cogniciones y comportamientos, y de entrenarlo a aceptar el compromiso que significa asumir un rol como padre, y este preparado para llevar a cabo una buena disposición ante la crianza.



## *VII. Referencias*

Abidin, R. R. (1982). Parenting Stress and the utilization of pediatric services. *Children's Health Care*. (2), 70-73.

Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.

Abidin, R. R. (1986). *Parenting Stress Index (PSI) manual* (2da ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.

Abidin, R. R. (1986). Manual del Índice de Estrés en la Crianza. *Parenting Stress Index (PSI) manual*. Versión en español. Ayala, H. & Gutiérrez, M. (traductores). Universidad Nacional Autónoma de México. Manuscrito, 1992.

Abidin, R. R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 21(4), 407-412.

Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index*. *Psychological Assessment Resources, Inc.* (3era ed.). Florida: Odessa.

Abidin, R. R., Jenkins, C. L., & MacGaughey, M. C. (1992). The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 60-69.

Ayala, V. H., Pedroza, C. F., Morales, C. S., Chaparro, C.L.A., & Barragán, T. N. (2002) Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25(3), 27-29.

Amuchástegui, A. (2007). Ética, deseo y masculinidad: La difícil relación entre lo sexual y lo reproductivo. En: Amuchástegui, A. y Szasz, I. (Coordinadoras). *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombre y masculinidades en México*. México: El Colegio de México, 121-139.

Barry, H., & Barry, H. (1967). Birth order, Family Size and Schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiat*, 17, 435-440. En: Mc Callister, D. (1975). *Hacia mejores programas de planificación familiar*. México: PAX, 97-112.

Barry, T. D., Dunlap, S. T., Cotten, S. J., Lochman, J. E. & Karen, C. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 44. No. 3.

Beasley, J. D. (1969). Beneficios de la planificación familiar para la salud de la familia. En: Mc Callister, D. (1975). *Hacia mejores programas de planificación familiar*. México: PAX, pp. 75-95.

Beck, S. J., Young, G. H., & Tarnowsky, K. J. (1990). Maternal Characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 558-565.

Beckman, P. J. (1991). Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 585-595.

Belsky, J., & Hsieh, K. H. (1998) Patterns of marital change during the early childhood years: Parent personality, co-parenting, and division of labor correlates. *Journal of Family Psychology*, 12, 511-528.

Belsky, J., Lerner, R. M., & Spanier, G. B. (1998). *The child in the family*. Reading, MA: Adisson-Wesley.

Bustamante, M., Viesca, C., Vargas, A., Castañón, R., & Martínez, X. (1982). *La salud pública en México, 1952-1982*. México: Secretaría de Salud. En: Sánchez, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: PUEG-UNAM, pp. 38.

Bogue, D. J. (1967). Mass communication and motivation for birth control: Proceedings of the summer workshops at the University of Chicago. Chicago: Community and Family Study Center, University of Chicago. En: Fawcett, J. T. (1970) *Psychology and population*. New York: The population Council. Pp. 63-65

Burgess, E. W. & Cottrell, L. S. (1939). Predicting success or failure in marriage. New York: Prentice Hall. En: Pohlman, J. M. (1973). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Calderone, M. S. (1958). Abortion in the United States. New York: Hoeber-Harper. En: Pohlman, J. M. (1973) *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman. Pohlman, J. M. (1973). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Candia, B., Gómora, A. & Valencia, A. (2010). Validación del Índice de Estrés en la Crianza en padres usuarios del Juego del Optimismo: Resultados preliminares del

piloteo. Cartel presentado en el XVIII Congreso Mexicano de Psicología, 2010, Octubre 21; México.

Carbajal, M. & Vera, N. (1998). Análisis pormenorizado de las propiedades psicométricas del Índice de Estrés en la Crianza en una población rural. *La psicología Social en México* 7(2),86-90.

Celsam de México (2007). Embarazos no planeados. [En red]. Recuperado el 23 de octubre de 2007. Disponible en: [http://www.celsam.org/home/info.asp?cve\\_info=10](http://www.celsam.org/home/info.asp?cve_info=10). En: Fuentes, N (2008) *Estilo de crianza y calidad de apego en el infante producto de embarazo no planeado. Aportaciones recientes a la investigación nacional*. Tesina Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Clinton, J.F. & Kelber S. T. (1993). Stress and coping in fathers of new borns: Comparisons of planned versus unplanned pregnancy. *Int. J. Nurs Stud.*, 30, 437-443. En: Grussu, P., Quatrato, R. M. y Nasta, M. T. (2005). *Profile of Mood States and Parental Attitudes in Motherhood: Comparing Women with Planned and Unplanned Pregnancies*. BIRTH 32:2 June 2005, pp. 107-114. Presentado en: 1st World Congress on Women's Mental Health, Berlín: Alemania, Marzo (2001), 27-31.

Copeland, D., & Harbaugh, B. L. (2005). Differences in parenting stress between married and single first time mothers at six and eight weeks after birth. *Issues in Comprehensive Pediatrics Nursing*, 28, 139 – 152.

Crawford, T. J., Stocker, E., & Heredia, R. (1968). Family planning attitudes and behavior as a function of the perceived consequences of family planning. Paper presented at the meeting of the Population Association of America, Boston. En: Fawcett, J. T. (1970). *Psychology and population*. New York: The population Council, pp. 68

Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 393-406.

Cox, M. J, Paley, B., Burchinal, M, & Payne, C.C. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *J. Marriage Fam.*, 61, 611-625. En: Grussu, P., Quatrato, R. M. & Nasta, M. T. (2005). *Profile of Mood States and Parental Attitudes in Motherhood: Comparing Women with Planned and Unplanned Pregnancies*. BIRTH 32:2 June 2005, 107-114. Presentado en: 1st World Congress on Women's Mental Health, Berlín: Alemania, Marzo (2001), 27-31.



Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychologist*, 5, 314-332.

Deater-Deckard, K. (2005). Parenting stress and children's development: Introduction to the special issue. *Infant and Child Development*, 14, 111-115.

Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? . *Journal of Family Psychology*, 10, 45-59.

Dempsey, K. C. (2000). Men's share of child care: A rural and urban comparison. *Journal of Family Studies*, 6, 245-266.

Dyson, L. L. (1993). Response to the presence of a child with disabilities: Parenting stress and family functioning over time. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 207-218.

ENADID (1999). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. En: Sánchez, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: PUEG-UNAM, p.250

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton. En: Pohlman, J. M. (1973) *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Farina, A., Barry, H., & Garmezny, N. (1963). Birth Order of Recovered and Nonrecovered Schizophrenics, *Arch. Gen. Psychiat*, 9, 224-228. En: Mc Callister, D. (1975). *Hacia mejores programas de planificación familiar*. México: PAX, 97-112

Fawcett, J. T. (1970). *Psychology and population*. New York: The population Council.

Feinholz-Klip, D. (1994). Embarazo no deseado, una propuesta para su abordaje. En: *Perinatología y reproducción humana*, 8(2), 101-112.

Feinholz-Klip, D. (2001). Consecuencias psicosociales en lo(a) s, hijo(a) s, producto de un embarazo no previsto: una mirada transcultural. En: *Perinatología y reproducción humana*, 15(1), 60-68.

Floyd, F. J., & Gallagher, E. M. (1997). Parental stress, care demands, and use of support services for school-age children with developmental disabilities and behavior problems. *Family Relations*, 46(4), 359 – 371.

Freedman, R. (1959). Family planning, sterility and population growth. New York: McGraw-Hill. En: Pohlman, J. M. (1973) *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Greca, V. (1979). The influence of social class on socialization. En: W. R. Burt, R. Hill, F. I. Nye, y I. L. Russ (Edit.). *Contemporary theories about the family*. New York: Fiel Press, 1, 365-404.

Greene, M. E. y Biddlecom, A. E. (2000) Absented problematic men: demographic accounts of male reproductive roles. *Population and Development Review*, (26)1.

Greep, R, O. (1963) Human fertility and population problems. Cambridge, Massachussets: Schenkman. En: Pohlman, J. M. (1973). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Gregory, I. (1958) . An Analysis of Family Sice, Birth Order, and Ordinal Position, Brit. J. Prev. Soc. Med, 12, 42-59. En: Mc Callister, D. (1975). *Hacia mejores programas de planificación familiar*. México: PAX, 97-112

Grussu, P., Quatrato, R. M. & Nasta, M. T. (2005). *Profile of Mood States and Parental Attitudes in Motherhood: Comparing Women with Planned and Unplanned Pregnancies*, 32(2),107-114. Presentado en: 1st World Congress on Women´s Mental Health, Berlín: Alemania, Marzo (2001), 27-31.

Gupta, B. V. (2007). Comparison of Parenting Stress in Different Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Psysical Disabilities*, 19, 417-425.

Hadadian, A. (1994). Stress and social support in fathers and mothers of young children with children with and without disabilities. *Early Education and Development*, 5, 226-235.

Halme, N. Tarkka, M. T., Nummi, T. & Astedt-Kurky, P. (2006). The effect of parenting stress on fathers' availability and engagement. *Child Care in Practice*, 12, 12-26.

Heredia, B. (2005). *Relación madre-hijo*. México: Trillas.

Himes, N. E. (1936). Medical history of contraception. Baltimore: Williams y Wilkins. Reimpreso, 1963. New York: Gamur. En: Pohlman, J. M. (1973) *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Hill, C., Stein, J., Keenan, K. & Wakschlag, L. S. (2006). Mother's Childrearing History and Current Parenting: Patterns of Association and the Mothering Rule of Current Life Stress. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 402-419.

Hill, E. J., Hawkins, A. J., Martinson, V., & Ferris, M. (2003). Studying "working effects fathers": Comparing fathers' and mothers' work-family conflict, fit, and adaptive strategies in a global high tech company. *Fathering*, 1, 239-261.

Hurth-Bocks, A. & Hughes, H. (2008). Parenting stress, parenting behavior and children's adjustment in families experiencing intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 243-251.

Hoffman, L. W. & Wyatt, F. (1960). Social change and motivation for having larger families: Some theoretical considerations. *Merrill-Palmer Quarterly*, 6, 235-244. En: Fawcett, J. T. (1970). *Psychology and population*. New York: The population Council, p. 61

Holden, G., & Ritchie, K. L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development*, 62, 311-327.

INEGI (2011). *Estadísticas a propósito del día de las madres*. México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Instituto Nacional de las Mujeres & Unicef (2001). Más vale prevenir que lamentar. Percepciones sobre el embarazo en la adolescencia. [En red]. Recuperado el 23 de octubre de 2007. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/php\\_general/muestra\\_docto.php?ID=100187](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/php_general/muestra_docto.php?ID=100187). En:

Fuentes, N (2008). *Estilo de crianza y calidad de apego en el infante producto de embarazo no planeado. Aportaciones recientes a la investigación nacional*. Tesina Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Jiménez, M., L. (2007). Sexualidad, vida conyugal y relaciones de pareja. Experiencias de algunos varones de los sectores medio y alto de la Ciudad de México. En: Amuchástegui, A. & Szasz, I. (Coordinadoras). *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombre y masculinidades en México*. México: El Colegio de México, 185-238.

Kazdin, A. E. & Whitley, M. K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 504-515.

Keller, D. & Honing, A. S. (2004). Maternal and paternal stress in families with school-aged children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatric*, 74, 337-348.

Krauss, M. W. (1993). Child-related and parenting stress: Similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 393-404.

Laosa, L., M. (1982). School, occupation, culture and family: The impact of parental schooling on the parent child relationship. *Journal of Educational Psychology*, 74, 791-827.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

LeCuyer-Maus, E., & Houck, G. (2002). Maternal characteristics and maternal limit-setting styles. *Public Health Nursing*, 19, 336-344.

Lieberman, J. E. (1964). Preventive psychiatric and family planning. *J. Marriage Fam.*, 26, 471-477. En: Pohlman, J. M. (1973). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Luna Matos, M. L., Salinas Piélago, J. & Luna Figueroa, A. (2009). *Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú*. *Revista Panamericana de la Salud Pública*; 26(4), 310-4.

Macias, M. M. (2001). Predictors of parenting stress in families of children with spina-bífida. *Children's Health Care*, 30(1), 57-65.

Mc Callister, D. (1975). *Hacia mejores programas de planificación familiar*. México: PAX, 97-112.

Mc Cubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1983). The Family stress process: The Double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.

MacDonald, Jr, A. P. (1970). Internal-external locus of control and the practice of birth control. *Psychological Reports*, 21, 206. En: Fawcett, J. T. (1973). *Psychological Perspectives on Population*. Nueva York: Basic Books, 3-18.

Mc Loyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53(2),185-204. En: Montiel, C. (1998). Estrés de la Crianza en cinco Contextos Socioculturales de Riesgo. *La Psicología Social en México*, 8, 200-2007.

Mier & Terán, M. (1989). La fecundidad en México, 1940-1980. Estimaciones derivadas de la información del registro civil y de los censos, en Figueroa, B. (comp.) La fecundidad en México. México, El Colegio de México, Population Council y Edamex. En: Sánchez, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: PUEG-UNAM, pp. 250.

Montiel, C. & Vera. J. (1998). Estrés de la Crianza en cinco Contextos Socioculturales de Riesgo. *La Psicología Social en México*, 8, 200-2007.

Nolasco, S. (1989). *O Mito da masculinidade*. Río de Janeiro, Brasil: Roco.

O'Leary, K. D., & Emery, R. E. (1984). Marital discord and child behavior problems. En: x Levine, M. D., & Satz, P. (Edit.) *Middle childhood: Development and dysfunction*. Baltimore: University Park Press, 345-364.

Oliva, L., Montero, J. & Gutiérrez, L. (2006) Relación entre el estrés parental y el niño preescolar. *Psicología y Salud*, 16(2), 171-178.

Pan, B. A., Rowe, M. L., Spier, E., & Tamis-Lemond, C. S. B. (2004). Measuring productive vocabulary of toddlers in low – income families: Concurrent and predictive validity of three sources of data. *Journal of child language*, 31, 587 –608.

Patterson, G. R. (1983). Stress: A chance agent for family process. En: N. Garmezy & M. Rutter (Edit.) *Stress, coping and development in children*. New York: Mc Graw-Hill, 235-264.

Pianta, R.. & Egeland, B. (1990). Life stress and parenting outcomes in a disadvantage sample: Results of the mother-child interactions project. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 329-336.

Pohlman, J. M. (1973). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Population Reference Bureau. (s/a). Cómo mejorar la salud reproductiva de los países en desarrollo. Resumen de las conclusiones del Consejo Nacional de Investigación de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos. [En red]. Recuperado el 23 de octubre de 2007. Disponible en: [http://www.prb.org/pdf/ImprovReproHlth\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/ImprovReproHlth_Sp.pdf). En:

Fuentes, N (2008). *Estilo de crianza y calidad de apego en el infante producto de embarazo no planeado. Aportaciones recientes a la investigación nacional*. Tesina Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Pratt, L. & Whelpton, P. K. (1955). Extra-familial participation of wives in relation to interest in and liking for children, fertility planning, and actual and desired family size. En: Pohlman, J. M. (1973). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

*Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994* (1991). Diario Oficial de la Federación, 17 de julio. En: Sánchez, A. (2003) *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: PUEG-UNAM, p.38.

Putnik, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. D. & Collins, A. W. (2008). Parenting Stress, perceived parenting behaviors, and adolescent self-concept in European American families. *Journal of Family Psychology*, 22, 752-762.

Quilodrán, J. (1990). Disparidades regionales, diferencias en el descenso de la fecundidad. En: *Memorias de la 3ra Reunión Nacional Sobre la Investigación Demográfica en México*. México, UNAM/SOMEDE, 36-45.

Rainwater, L. (1965). *Family design*. Chicago: Aldine Publishing Co. En: Fawcett, J. T. (1970) *Psychology and population*. New York: The population Council, 58

Roach, M. A., Orsmond, G. I. & Barrat, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 422-436.

Romero, S., L. (1999). *Elementos de sexualidad y educación sexual*. Barranquilla, Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría.

Romero, S., L. (2000). *La Educación sexual como un derecho. Pronunciamiento a favor de la Educación Sexual*. Barranquilla, Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría.

Santelli, J., Rochat, R., Hartfield-Timajchy, K., Colley Gilbert, B., Curtis, K., et al. (2003) The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 95-101.

Secretaría de Salud de México (2002). Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. [En red]. Recuperado el 23 de octubre del 2007. Disponible en

<http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/IMG/pdf/220905-prevención.pdf>. En: Fuentes, N (2008). *Estilo de crianza y calidad de apego en el infante producto de embarazo no planeado. Aportaciones recientes a la investigación nacional*. Tesina Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Secretaría de Salud de México (2002). Salud sexual y reproductiva de la población adolescente. [En red]. Recuperado el 23 de octubre del 2007. Disponible en <http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/publin1/index/assoc/HASH013c.dir/doc.pdf>. En: Fuentes, N (2008). *Estilo de crianza y calidad de apego en el infante producto de embarazo no planeado. Aportaciones recientes a la investigación nacional*. Tesina Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Sheras, P. L., Abidin, R. R & Konold, T. R. (1998). *Stress index for parents of adolescents: Profesional manual*. Florida: Odessa: Psychological Assessment Resources.

Schooler, C. (1961). Birth Order and Schizophrenia, Arch. Gen. Psychiat., 4, 21-32. En: Mc Callister, D. (1975). *Hacia mejores programas de planificación familiar*. México: PAX, 97-112

Schwartz, R. A. (1970). El papel de la planificación familiar en la prevención primaria de enfermedad mental. En: Mc Callister, D. (1975). *Hacia mejores programas de planificación familiar*. México: PAX, 97-112.

Secco, M. L., Askin, D. & Yu, C. T. (2006). Factors affecting parenting stress among biologically vulnerable toddlers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 131-156.

Smith, M. B. (1965). A social – psychological view of fertility. En: Fawcett, J. T. (1973). *Psychological Perspectives on Population*. New York: Basic Books, 3-17.

SSA (2001). Secretaría de Salud, *Programa de acción: Salud Reproductiva*. México.

Speltz, M. L., Armsden, G. C. & Clarren, S. S. (1990). Effects of craniofacial birth defects on maternal functioning post-infancy. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 177-196.

Stoopen, M. (1993). Notas sobre la historia de la ultrasonografía y sus inicios en México. *Revista Mexicana de Radiología*, 47, 147-155. En: Sánchez, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: PUEG-UNAM, p.38.

Sody, K. (1964). The unwanted child. *J. Fam. Welfare*, 11(2), 39-52. En: Pohlman, J. M. (1973). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Tak, Y. R., & McCubbin, M. (2002). Family stress perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 39(2), 190-198.

Valencia, A. (2007). Programa de Apoyo Psicosocial para Niños con Cáncer y sus Familias. Tesis Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.

Vera, A., Moreno, J.M., Villagrana, C., Domínguez, S.E. & Yañez, C. (1998). Caracterización psicológica socioeconómica y nutricional en niños preescolares de una zona urbana y una rural en Sonora, México. En: *La Psicología Social en México*, 2, 222-258.

Vera-Noriega, J., Morales-Nebuay, D. & Vera-Noriega, C. (2005). Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. En: *Psico-USF*, 10(2), 161-168.

Vera-Noriega, J.A., Velasco-Arellanes, F. & Morales-Nebuay, D. (1998). Un estudio comparativo de familias urbanas y rurales: desarrollo y estimulación del niño. En R. Jiménez (Comp.). *La familia y su entorno*. Tlaxcala CUEF Universidad de Tlaxcala.

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A Potential Disruptor of Parent Perceptions and Family Interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312.

Webster-Stratton, C. (1998). Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: Roles of parent and child behaviors and parent adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 909-915.

Westoff, C. F. (1961). Family growth in metropolitan America. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press. En: Pohlman, J. M. (1973). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman.

Wheatley, M. & Wille, D. (2009). Changes in Parent's Stress as Their Children Become Adolescents: A Validation of the Stress Index for Parents of Adolescents. *Journal of Undergraduate Research*. The International Honor Society in Psychology, 14(3), 21-128.

Williamson, J. B. (1969). Subjective efficacy as an aspect of modernization in six developing nations. Unpublished Ph. D. diss., Harvard University. En: Fawcett, J. T. (1973). *Psychological Perspectives on Population*. Nueva York: Basic Books, 3-17.



Wyatt, F. (1967). Clinical notes on the motives of reproduction. *Journal of Social Issues*, 23, 29-56. En: Fawcett, J. T. (1970). *Psychology and population*. New York: The population Council, p.58

Zavala de Cosío, M. (1989). Niveles y tendencias de la fecundidad en México, 1960-1980. En: Figueroa, B. (comp.) *La fecundidad en México*. México, El Colegio de México, Population Council & Edamex. En: Sánchez, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: PUEG-UNAM, p.250.