



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA Y SALUD**

**MADUREZ Y RECURSOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS CON EL MALESTAR
PSICOLÓGICO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

EDGAR CUAUHTÉMOC DÍAZ FRANCO

TUTOR PRINCIPAL

**DR. FRANCISCO A. MORALES CARMONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

**DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**DR. FELIPE VADILLO ORTEGA
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.

MAYO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Micro-diálogo.

Después de un relato abigarrado y dramático, una adolescente embarazada con toda genuinidad me pregunta:

-¿Cómo ve Doctor?

-No sé... veamos.

Agradecimientos

La presente investigación doctoral fue posible gracias al apoyo sin restricción de personas e instituciones. Quede nuestro reconocimiento incondicional y profundo agradecimiento a:

El Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.

La Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Coordinación de Estudios de Posgrado, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.

El Instituto Carlos Slim de la Salud.

La Universidad Iberoamericana. FISAC (Patronato Económico y de Desarrollo)

A los miembros del Comité Académico, tutor de este trabajo, por su compromiso en la guía de esta investigación:

Dr. Francisco A. Morales Carmona (Tutor principal).

Dra. Gabina Villagrán Vázquez (Tutora adjunta).

Dr. Felipe Vadillo Ortega (Tutor externo).

Dra. Bertha Blum Grynberg.

Dra. Catalina González Forteza.

Al Mtro. Jesús Cisneros Herrera, por la revisión de estilo de este trabajo.

Este trabajo científico queda dedicado a:

Marco Saulo, “mi único hijo único”. Recibo con nitidez tu mensaje de amor al decidir estar, ahora, más cerca. No es la primera vez que por amor rebasas tus convicciones y conflictos, esos actos de valor, en el pasado, han dado serenidad y vida, a ti te darán sabiduría. Gracias por ofrecerme lo mismo. Para ti mi producción científica.

Fátima, con todo respeto te confieso que no he sabido decirte: “cómo yo valoro su sencillo coraje de quererme” (M.B.) por eso cito al poeta. A nadie más que a ti dedico este producto realizado en el seno de tú apuesta, de tú creencia, de tú amar con el alma, de tú inyectarme juventud y de darnos la oportunidad de trascender fundiendo nuestra esencia en nuestros hijos. A tu lado confirmo que la riqueza, también, es producto del amor maduro.

Mateo y Ámbar ambos nacidos durante el doctorado, quienes han contribuido con su desarrollo, espontaneidad y amor tierno a enriquecer el sentido de realizar este trabajo. Los dos, tan pequeños, valientemente han tenido que esperar. Gracias por hacerlo; Papá.

Paco Morales, pues con pretexto de hablar de; Alumnos Problema (Licenciatura), Fertilización Asistida (Especialidad), Embarazo Adolescente (Maestría y Doctorado) y de Psicología Clínica Institucional, nos hemos acompañado por la vida. Una amistad distante, cercana, profunda, pero, sobre todo, sintética, pues con pocas palabras, silencios respetuosos y conductas nítidas nos mantenemos, solidarios, al tanto de la intimidad de nuestras vidas.

A mi familia; Abue Telín, Eloy, Beatzy, Emilio, Adamar, Jó, Lú, Erick, Danny, Claudia, Olivia. También a los que se fueron pero están; Papá, Tía Coca, la Chela, El tío Ray y el Tío Alfredo.

A mis amigos, de todos los tiempos y de todos los momentos, que en términos de elección también son otra familia.

A las Adolescentes Embarazadas quienes, siempre anónimas, nos siguen enseñando. México tiene desde hace muchos años una deuda que no ha podido saldar con ellas.

A mis alumnos.

Introducción general.....	1
Capítulo 1. Embarazo y maternidad adolescente	5
Introducción.....	6
Sexualidad adolescente.....	12
Sexualidad adolescente en México.....	17
Transición a la maternidad	25
Embarazo adolescente	28
Embarazo adolescente en México	40
Capítulo 2. Madurez en la adolescencia	49
Introducción.....	49
Edad cronológica	57
Edad subjetiva	63
Etapas de la adolescencia	75
Capítulo 3. Recursos psicológicos (relacionales, cognoscitivos). Malestar psicológico.....	87
Recursos psicológicos	88
Recursos relacionales	90
Relación con la familia.....	91
Relación con la pareja	94
Recursos cognitivos.....	97
Malestar psicológico.....	117
Método.....	131
1. Planteamiento del problema.	131
1.1 Justificación.....	132
1.1.1 Justificación teórica.	132
1.1.2 Práctica.	134
1.2 Pregunta de investigación.....	136
1.3 Objetivos.....	136
1.3.1 Objetivo General.	136
1.3.2 Objetivos específicos.....	137
1.4 Hipótesis.....	138
1.4.1 Hipótesis conceptual.....	138
1.4.2 Hipótesis de trabajo.	138
1.4.3 Hipótesis nulas.....	139
1.4.4 Hipótesis alternas.....	140

2. Definición conceptual y operacional de las variables	140
2.1 Variable independiente atributiva.....	140
2.2 Variables independientes activas.....	141
2.3 Variable dependiente.....	147
3. Método.....	148
3.1 Tipo de estudio.....	148
3.2 Tipo de investigación.....	148
3.3 Tipo de diseño.....	148
3.4 Sujetos.....	148
3.5 Escenario.....	150
3.6 Materiales.....	150
3.7 Instrumentos.....	151
3.8 Procedimiento.....	155
Resultados.....	157
Estadística descriptiva	158
Malestar psicológico.....	158
Marcadores de madurez.....	159
Edad subjetiva.....	159
Edad cronológica	162
Actitudes de independencia.....	165
Recursos psicológicos	169
Recursos relacionales.....	169
Recursos cognoscitivos.....	178
Estadística inferencial.....	223
Variables de madurez psicológica	223
Malestar psicológico y edad subjetiva.....	223
Malestar psicológico, edad cronológica y edad subjetiva.....	225
Malestar psicológico y actitudes de independencia.....	227
Recursos psicológicos.....	228
Recursos relacionales y malestar psicológico.....	228
Recursos cognoscitivos y malestar psicológico.....	230
Discusión y Conclusiones.....	233
Primera parte	234
Malestar psicológico.....	234

VARIABLES DE MADUREZ	236
Edad subjetiva.	236
Edad cronológica.	238
Actitudes de independencia	239
RECURSOS PSICOLÓGICOS	241
Recursos relacionales.	241
Recursos cognoscitivos.	245
SEGUNDA PARTE	258
Malestar psicológico y edad subjetiva.....	259
Malestar psicológico, edad cronológica y edad subjetiva.	261
Malestar psicológico y actitudes de independencia.....	262
Malestar psicológico y recursos relacionales.	262
Malestar psicológico y recursos cognoscitivos.	263
CONCLUSIONES.....	265
REFERENCIAS	267
ANEXOS.....	287
TEXTO INFORMATIVO	287
Cuestionario de Edad subjetiva.	291
Cuestionario de la percepción de las relaciones con el padre, la madre y la pareja.	292
CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE INDEPENDENCIA PSICOLÓGICA DEL ADOLESCENTE	293
Recursos cognitivos.....	297

Introducción general

El embarazo durante la adolescencia es un fenómeno complejo que constituye un problema de salud pública, por lo que varias disciplinas se han dado a la tarea de estudiarlo. Involucra dos de los cuatro procesos con los que clásicamente se ha definido el ciclo vital humano: crecer y reproducirse. Desde la óptica de la psicología, aún no sabemos con total certeza la manera en que el crecimiento se interrumpe, suspende o posterga; por otra parte, tampoco sabemos cuáles son las consecuencias más graves de una reproducción anticipada.

Las adolescentes que se embarazan en nuestro país necesitan de un abordaje multidisciplinario que favorezca intervenciones especializadas, efectivas y oportunas para afrontar su experiencia y adquirir los recursos indispensables para adaptarse favorablemente a su situación. Ello exige contar con conocimientos científicos que guíen el diseño de estrategias; lamentablemente, en México, aún es dudoso si las personas involucradas en el diseño de programas dirigidos a los adolescentes se basen en datos científicos o en ideas erróneas producto del sentido común, si hacen un manejo incorrecto de los indicadores o una lectura apresurada y no razonada de los datos científicos disponibles (Gayet y Solis, 2007).

El presente trabajo se llevó a cabo con el propósito de proporcionar evidencia científica que contribuya a la comprensión del malestar psicológico de las adolescentes embarazadas tomando en cuenta su madurez y sus recursos

psicológicos. Esto es, se busca describir la manera en que la edad subjetiva, la edad cronológica y las actitudes de independencia (variables de madurez) en combinación con la comprensión verbal, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento (recursos cognoscitivos), así como con la percepción de las relaciones de afecto con el padre, la madre y la pareja (recursos relacionales), se relacionan con el malestar psicológico de las adolescentes embarazadas.

Este trabajo doctoral consta de tres capítulos donde se aborda los conceptos que le dan sustento teórico. El primero inicia presentando el problema de definición de la adolescencia y la importancia investigar el tema; trata sobre la práctica sexual adolescente por ser el elemento fundamental del riesgo de embarazo. Se señala el proceso de tomar la decisión de iniciar la vida sexual activa, los factores protectores y de riesgo, así como el fracaso de los programas preventivos. Presenta también un panorama del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos, hombres y mujeres, en relación con la edad, educación, conocimientos de métodos anticonceptivos y la práctica sexual ineficaz. Se especifican los factores psicosociales relacionados con el embarazo adolescente y las recomendaciones para reducir los riesgos para la salud de estas adolescentes y sus recién nacidos; también se describen diferentes etapas adolescentes tomando en cuenta la edad cronológica y el riesgo que implica en cada una de ellas el embarazo. Por último, se puntualiza sobre el problema en México y se caracteriza a las adolescentes mexicanas que se embarazan de acuerdo con variables psicosociales.

El segundo capítulo inicia con una reflexión sobre la dificultad que representa conceptualizar la madurez en la adolescencia. Expone las variables de madurez elegidos para este trabajo, la edad cronológica, la edad subjetiva y las metas de maduración propuestas por Peter Blos (1992) en cada una de las etapas en las que divide la adolescencia. Finalmente se hace referencia al Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica realizado por la Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez (2001) por ser el instrumento con que se evaluó la madurez psicológica de las adolescentes.

El tercer capítulo se compone de dos partes; la primera trata sobre las relaciones familiares y de pareja, y de las capacidades cognoscitivas consideradas como recursos psicológicos que ayudan a que una adolescente embarazada enfrente su situación de mejor manera. De las capacidades cognoscitivas se expone la Escala Wechsler de inteligencia para niños versión IV (WISC-IV) –elegida por haber sido estandarizada en México– y las 10 sub-pruebas empleadas en la evaluación de las capacidades cognoscitivas: 7 sub-pruebas esenciales para obtener los índices de Comprensión verbal, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento, y 3 sub-pruebas suplementarias, 2 del Índice de Comprensión verbal y 1 del Índice de Velocidad de procesamiento. En la segunda parte se trata el malestar psicológico en adolescentes embarazadas y el Cuestionario General de Salud en su versión de 15 reactivos, que fue normalizado para el tipo de población que acude al INPer.

En el apartado de Método, se describe el planteamiento del problema, la justificación, la pregunta de investigación, los objetivos (general y específicos), las

hipótesis, la definición de variables, la muestra, participantes, escenario, materiales, instrumentos, procedimiento.

En la sección de Resultados, se presentan los datos que se obtuvieron en esta investigación por medio tanto de la estadística descriptiva como de la estadística inferencial.

El siguiente apartado es el de la discusión de los resultados obtenidos. A continuación aparecen las conclusiones y las sugerencias para futuras investigaciones sobre el tema. Por último se presentan las referencias y, en anexos, los materiales que se usaron en esta investigación.

Capítulo 1.

Embarazo y maternidad adolescente

Este capítulo se divide en seis partes; en la primera, se introduce el tema de la adolescencia presentando los problemas para definirla y la importancia de seguir investigando sobre el tema para atender las necesidades emergentes en esta población. El segundo apartado presenta el fenómeno de la sexualidad en la adolescencia haciendo hincapié en el proceso de tomar la decisión de iniciar la vida sexual activa, los factores protectores y de riesgo, así como el fracaso en los programas preventivos. En la tercera parte aparece un panorama del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos, tanto hombres como mujeres, y su relación con la edad, educación y conocimiento de métodos anticonceptivos, resaltando el riesgo de embarazo por una práctica sexual sin los debidos cuidados. En la cuarta parte, se puntualiza esta transición en las adolescentes embarazadas. En la quinta parte, se reflexiona sobre los factores psicosociales relacionados con el embarazo adolescente y las recomendaciones para reducir los riesgos para la salud de estas adolescentes y sus recién nacidos; además, se describen diferentes etapas adolescentes tomando en cuenta la edad cronológica y el riesgo de embarazo en cada una de ellas. En la última parte, se aborda el problema del embarazo adolescente en México y se describen las variables psicosociales de las adolescentes mexicanas que se embarazan.

Introducción

Tomando en cuenta los parámetros de crecimiento y desarrollo, la infancia es una etapa comprendida entre el nacimiento y la pubertad, y se identifica como una fase natural, cuyas metas de maduración, sean de carácter biológico, psicológico o social, se han descrito con claridad. Es decir, se cuenta con parámetros que hacen relativamente fácil su definición, entendiéndose que el desarrollo infantil está determinado biopsicosocialmente y favorecido por la situación ambiental. De hecho, existen descripciones operacionales que permiten evaluar a un infante y determinar si su desarrollo (biológico, psicológico y social) es normal o no (Philibert&Wiel, 1998).

Sin embargo, en el caso de la adolescencia, a pesar de que también se cuenta con definiciones operacionales que caracterizan esta etapa biopsicosocialmente, encontramos diferentes concepciones. Por ello, es necesario partir del hecho de que la etapa adolescente es un producto de la civilización (Erikson, 1993), pues su concepción varía no sólo de acuerdo con la disciplina que la estudia, sino también de cultura en cultura, al grado de que en algunas sociedades el término adolescencia no existe.

Tomemos como ejemplo la definición de adolescencia en sociología, donde hay un consenso más o menos generalizado, que la considera una construcción histórica asociada estrechamente con la prolongación de la vida escolar y la democratización de la educación (Menkes y Suárez, 2003): “la adolescencia es

ese campo abierto a la educación de latencia social que crea la evolución de las sociedades modernas” (Philibert & Wiel, 1998).

No obstante, sí parece claro que el inicio de la adolescencia está identificado con los cambios sexuales secundarios característicos de la pubertad. En cambio, el final de la adolescencia parece más difícil de definir aunque, en términos generales, se asocia con la adquisición de recursos psicológicos que permiten al sujeto enfrentar con autonomía la vida adulta.

Incluso definir por cuánto tiempo se prolonga la etapa adolescente representa una dificultad aun cuando se tome como criterio de definición una variable tan clara como la edad, pues a nivel mundial tenemos dos definiciones. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la celebración del Año Internacional de la Juventud, definió la adolescencia como la población comprendida entre los 15 y 24 años (CONAPO, 2000); mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la etapa adolescente abarca las edades entre 10 y 19 años.

Para este trabajo doctoral, por ser una definición de carácter meramente psicológico, adoptamos la definición de adolescencia de Blos (1980): “el término adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad” (p. 16).

Por otro lado, también nos interesa señalar la importancia que ha tenido la indagación tanto de la salud psicológica como de la salud física en los adolescentes. La investigación en psicología tiene como una de sus tareas primordiales la estimación epidemiológica de las alteraciones clínicas en distintas

poblaciones. Ejemplo de ello son las evaluaciones tanto del bienestar como del malestar psicológico en las diferentes etapas de desarrollo: infancia, adolescencia, adultez y vejez.

Más allá de eso, se ha estudiado el impacto que una etapa del desarrollo pueda tener sobre otra. En el caso de la relación entre la salud psicológica en la adolescencia y en la adultez existe evidencia científica de una correlación relativamente fuerte entre estas dos etapas, lo que indica que quienes tienen mayor salud psicológica en la adolescencia muestran también una mejor salud psicológica en la adultez (Jones & Meredith, 2000). Este argumento alienta los esfuerzos por seguir describiendo las reacciones emocionales ante situaciones vividas durante la adolescencia con el propósito de predecir y, en su caso, prevenir el estado emocional en las siguientes etapas de desarrollo.

Sin embargo, tampoco se puede confiar del todo en estos argumentos, porque en la investigación científica la interpretación de los resultados no es un problema menor, pues depende de diversos factores, en particular, de las definiciones conceptuales y operacionales de los constructos teóricos. Tal es el caso del concepto "salud psicológica": dependiendo de su definición y de la manera en que se mida, la interpretación de los datos es diferente o, incluso, contradictoria.

Mostramos, como ejemplo, dos investigaciones cuyo propósito fue evaluar la relación entre la salud psicológica y la edad. En una de ellas (Aldwin, Spiro, Levenson & Boussé, 1989), se evaluó la salud psicológica con La Lista Sintomática de Hopkins, El Inventario de Depresión de Beck, La Escala de

Depresión del Centro De Estudios Epidemiológicos, y El Índice Médico Cornell; al interpretar sus datos, los autores concluyeron que la salud psicológica decrece con la edad. En la otra investigación (Mroczek & Kolarz, 1998), la salud psicológica fue evaluada con medidas de afecto positivo/negativo, emocionalidad positiva/negativa, fuerza del impulso, expresividad positiva/negativa, y control; en este caso, los autores llegaron a una conclusión contraria con base en sus resultados: la salud psicológica se incrementa con la edad. Pese a estos resultados, es importante seguir investigando sobre la salud psicológica de los adolescentes, pues eso nos permite reconocer a los adolescentes que requieren de programas preventivos o de intervención psicológica.

Jones y Meredith (2000), para evaluar la salud psicológica en la población adolescente, diseñaron el “Índice de Salud Psicológica” (ISP). Este índice mostró estabilidad en la presencia de salud psicológica de adolescentes de 14 a 18 años; aun cuando pueden existir diferencias de grupo y género respecto del nivel y variabilidad de la salud psicológica, estas diferencias no son importantes cuando hay estabilidad en la salud psicológica.

La adolescencia es una etapa importante en el desarrollo y puede ser, algunas veces, un periodo abrupto de transición, lo cual favorece el desarrollo de alteraciones psicológicas. Jones y Meredith (2000) explican que la estabilidad encontrada mediante el ISP a los 14 y 18 años de edad quizá ya no refleja los cambios que pudieran encontrarse en la transición de la infancia a la adolescencia, por lo cual los resultados sugieren que, una vez instaurada la adolescencia, el nivel de salud psicológica de los individuos no se incrementa ni

disminuye de manera sistemática. Sin embargo, puntualizan las diferencias de género: en las mujeres, el incremento en los síntomas se da principalmente antes de los 14 años de edad, mientras que en los hombres, los síntomas se incrementan después de los 18 años de edad (Jones & Meredith, 2000).

Se han realizado trabajos que señalan diferencias respecto de la salud psicológica entre las mujeres adolescentes y sus pares hombres. Esto fue sustentado por un meta análisis acerca del desarrollo del yo (Cohn, 1991), donde se encontró que las adolescentes presentaron un desarrollo del yo mayor que el de los hombres. A pesar de esta evidencia, parece que los adolescentes con un desarrollo normo-evolutivo no muestran sistemáticamente niveles altos o bajos de salud psicológica al comparar a las mujeres con los hombres (Jones & Meredith, 2000). Es decir, en general, es esperado que la transición adolescente no represente mayor riesgo psicológico en la población abierta.

El punto fundamental es que la investigación dirigida a describir la salud psicológica en adolescentes debe incluir el diseño de grupos que permitan comparar variables como género, edad, escolaridad y nivel socioeconómico. Así, tendríamos mayor especificidad acerca de cómo se comporta la salud psicológica en poblaciones de adolescentes con características socio demográficas diferentes.

Para finalizar la introducción de este capítulo, haremos mención de la salud física en los adolescentes puesto que juega un papel fundamental para el cuidado de su salud general. Particularmente en el caso de la mujer adolescente, los médicos han insistido en la importancia del primer nivel de atención, pues en un primer

contacto con ellas se pueden cubrir cuatro objetivos para ofrecer servicios de carácter preventivo: a) evaluar de las condiciones tanto físicas como del comportamiento; b) con esa información, ofrecer una consejería encaminada a reducir los riesgos para la salud (incluidos, por supuesto, los de la práctica sexual); c) ofrecer todas las inmunizaciones disponibles; y d) ofrecer por anticipado una guía de salud general (Boatwright et al., 2005).

Para que los médicos encargados de vigilar la salud de los adolescentes puedan ofrecer una intervención efectiva, su planeación debe apoyarse en el conocimiento cada vez mayor de esta etapa del desarrollo: cómo enfrentan los adolescentes los riesgos que comprometen el cuidado de la salud y cuáles son los recursos disponibles para ayudar en su cuidado. Se reconoce que la investigación psicológica continua de estas áreas permitirá mantener una conducta preventiva focalizada en la salud para las adolescentes, y a los médicos les permitirá construir una relación cercana con las pacientes adolescentes, conduciendo las entrevistas médicas en una forma adecuada para su edad y respetando la confidencialidad de su información. Vale la pena mencionar que los médicos dedicados a los problemas de la adolescencia opinan que el cuidado de las pacientes adolescentes puede ser muy gratificante aunque muchas veces sea muy difícil (Boatwright et al., 2005).

Este trabajo, cuyo interés fundamental se centra en la adolescente que se embaraza en México, tiene el objetivo de comprender los elementos que intervienen en ello, como las prácticas sexuales, que a continuación se abordan.

Sexualidad adolescente

Sin lugar a dudas, a partir de los consabidos cambios biológicos que se desencadenan en el cuerpo del adolescente emerge el impulso sexual genital y, por lo tanto, el deseo de tener experiencia sexual también aumenta. Por otra parte, se reconoce en nuestra sociedad una atmósfera sexual a la que están expuestos los adolescentes quienes, tarde o temprano, se verán en una situación donde habrán de enfrentar la disyuntiva de elegir si inician su práctica sexual o no.

Para los adolescentes, tomar la decisión de iniciar la práctica sexual y la de llevarla a cabo deberían ser dos procesos separados y secuenciados, porque ambos impactan en su desarrollo psicológico. Depende de muchos factores, que todavía son objeto de investigación, el hecho de que la toma de decisión y el inicio de la práctica sexual tengan un impacto saludable en los adolescentes.

Además, es importante tomar en cuenta el momento, dentro del periodo adolescente, en que se decide e inicia la práctica sexual, es decir, si esto ocurre en una etapa inicial, intermedia o final, pues parece que, entre más temprano inicia la vida sexual, existen más riesgos. Tener una mejor comprensión de la forma en que los adolescentes más jóvenes toman la decisión de iniciar su actividad sexual es vital para quienes nos encargamos de diseñar intervenciones que fomenten un desarrollo adolescente saludable, ya que permitiría reconocer y reducir los riesgos sociales, psicológicos y de salud física del inicio temprano del ejercicio de la sexualidad. Quienes se han dedicado al estudio de la toma de decisiones en ese periodo de transición describen este proceso como complejo,

dinámico y subjetivo, pues implica modificaciones a nivel cognitivo, físico, contextual y psicosocial (Gordon, 1996; Beyth-Marom & Fischhoff 1997; Byrnes, 1998; Jacobs & Klaczynski, 2002).

Las investigaciones que tratan específicamente la toma de decisiones de los adolescentes sobre su sexualidad se han focalizado en dos situaciones: a) si el adolescente debe o no involucrarse en el inicio sexual y b) si debe o no usar métodos seguros de protección como el condón (Hulton, 2001). Estudios cuantitativos al respecto han descrito tanto los factores protectores como los factores de riesgo que parecen influir en la toma de decisiones de adolescentes respecto del inicio de las relaciones sexuales y del uso de métodos anticonceptivos eficaces. Los factores influyentes que han sido descritos son: autoeficacia, valores paternos, reglas entre los pares, supervisión y orientación en la toma de decisiones, y comunicación paterna (Cohen, Farley, Taylor, Martin & Schuster, 2002; Dilorio, Dudley, Soet & McCarty, 2004).

También se han diseñado estudios cualitativos para profundizar en el conocimiento de los factores que influyen en la toma de decisiones para iniciar la vida sexual y usar métodos seguros de anticoncepción durante la adolescencia. Se ha encontrado que, si el adolescente percibe el mundo como permisivo, con una doble moral, que tiene control de la sexualidad y que es romántico, entonces éste será el contexto en que tomará la decisión sobre el ejercicio de su sexualidad (Michels, Kropp, Eyre & Halpern-Felsher, 2005).

Por otra parte, se ha explorado si las reglas de comportamiento que los adolescente han asimilado como propias (normatividad subjetiva) predicen la intención de iniciar una práctica sexual. Para ello, se exploraron las creencias conductuales, normativas y de control personal. Tanto la actitud como la normatividad subjetiva predijeron en los adolescentes la intención de iniciar su vida sexual activa. Disfrutar el sexo, esperar ser padre y conseguir parejas sexuales predijeron dicha actitud. Los adolescentes africanos que tenían la intención de iniciar su práctica sexual creían que tener sexo y esperar ser padres han sido factores importantes en sus vidas, aunque sentían que contraer sida o enfermedades de transmisión sexual podría tener consecuencias negativas (Anjejo, Modeste, Lee & Wilson, 2007).

Aunque la literatura ya ha señalado la relevancia del contexto social, comienza a señalarse la necesidad de explorar el significado de la sexualidad para los adolescentes. Hay modelos que muestran que los adolescentes jóvenes tienen claros límites sexuales y que evalúan la experiencia sexual mediante un proceso dinámico de toma de decisión considerando seis puntos relevantes: a) factores contextuales (relaciones y características personales), b) consideraciones del riesgo y el beneficio, c) delimitación en los espacios de encuentro, d) límites claros expuestos en la comunicación, e) la experiencia sexual, y f) la evaluación activa del evento sexual (Michels et al., 2005).

Como ya hemos señalado, el incremento en el interés sexual, típico del periodo adolescente, es resultado de los cambios, biológicos, sociales y psicológicos de esta etapa evolutiva. Este interés puede hacer que los adolescentes inicien una

práctica sexual sin el proceso de toma de decisión, lo cual implica aumentar el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados. Las consecuencias de ello obligarán a los adolescentes, sus parejas, sus familias y su comunidad a enfrentar diversas dificultades. Por ejemplo, no es desconocida la asociación entre la maternidad temprana y el impacto económico, social y de salud, sobre todo si la maternidad no es deseada, pues aparte del gran costo social y financiero, se agrega un costo emocional.

Ante esta situación, la comunidad científica ha respondido generando conocimientos para implementar estrategias con el fin de prevenir el embarazo en la población adolescente. Sin embargo, la evaluación de estos programas ha puesto en duda su efectividad, pues sus resultados son controversiales. DiCenso, Guyatt, William y Griffith (2002) realizaron un meta análisis con el objetivo de revisar la efectividad de las estrategias de intervención primaria para retrasar el inicio de la vida sexual, mejorar el uso de métodos anticonceptivos y reducir los índices de embarazos no deseados en adolescentes. En el estudio se tomaron en cuenta procesos de intervención controlados, al azar, publicados y no publicados, para adolescentes de 11 a 18 años de edad, cuyo propósito era la prevención del embarazo. Se incluyeron clases de educación sexual, clínicas escolares, clínicas de planificación familiar y programas en la comunidad. El análisis de los programas de intervención preventiva dirigidos a mujeres y hombres adolescentes reveló que en ningún grupo de participantes se retarda el inicio de la vida sexual, no mejora el uso de métodos anticonceptivos en la práctica sexual cotidiana ni en el último contacto, y no se reducen las tasas de embarazo.

Llama particularmente la atención, en este meta análisis, el señalamiento sobre cuatro programas basados en la abstinencia y un programa escolar de educación sexual, pues se encontró que estaban asociados con el incremento en el número de embarazos entre las parejas de los jóvenes que participaron en ellos. El estudio también señala que han sido pocos los embarazos que han recibido un programa multifásico de intervención, por lo que los autores están a favor de planear intervenciones. La conclusión de este estudio es contundente y obliga a realizar investigaciones que ofrezcan conocimientos más válidos para poder diseñar intervenciones más efectivas: “las estrategias de prevención primaria evaluadas al principio del siglo XXI no retardan la iniciación de la actividad sexual, ni mejoran el uso de control natal entre jóvenes hombres y mujeres, ni reducen el número de embarazos en las mujeres jóvenes” (DiCenso et al., 2002).

Por otra parte, se ha demostrado que el riesgo del inicio sexual temprano en adolescentes está asociado a estructuras familiares no convencionales. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América, para la gente de raza blanca, el riesgo del inicio sexual temprano en los adolescentes es más bajo en estructuras familiares con los dos padres biológicos en comparación con las demás tipos de familia (Moore, 2001).

Sin embargo, vale la pena señalar que, de acuerdo con Klein (2008), postergar el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes con familias tradicionales y rígidas no es necesariamente un asunto saludable. Esto se debe a que la subjetividad adolescente parece incapaz de ejercer confrontación generacional por el predominio del deseo de “proteger” a la familia (“mesianismo exacerbado”) a

través de una fantasmática que actúa como “escena de enhebramiento” capaz de anular la búsqueda de autonomía y crecimiento.

De manera general podemos decir que actualmente existen posturas antagónicas para resolver el problema. Por un lado, hay quienes, para controlar el riesgo del inicio de la vida sexual en edades tempranas, se inclinan por promover la abstinencia como método anticonceptivo (LaVern Bishop, 2002). Por otro lado, hay quienes promueven métodos de protección efectiva como el uso del preservativo en adolescentes (García, Cortes, Vila, Hernández & Musquia, 2006).

No es propósito de este trabajo entrar en este debate, sino resaltar que es necesario, tanto para una alternativa como para la otra, tener el aval de datos científicos para debatir las políticas que deben dirigirse a los adolescentes a nivel mundial y particularmente en el contexto mexicano.

Sexualidad adolescente en México

Para los adolescentes mexicanos, los problemas derivados de un inicio temprano y riesgoso de la vida sexual están lejos de quedar resueltos todavía, pues este fenómeno depende de distintas variables: condiciones biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas, educativas, lugar de residencia, etc. La combinación de esas variables implica diferentes problemas para las poblaciones de adolescentes mexicanos, por lo que deben ser estudiadas en sus particularidades.

Se ha mencionado que la década de 1970 marcó la ruptura del comportamiento tradicional en relación con la vida familiar, la sexualidad y, por tanto, el comportamiento sexual no sólo en los Estados Unidos de América, sino en América Latina y, particularmente, en México. La oportunidad de tener una conducta sexual más libre planteó la necesidad de proveer a los jóvenes de una cultura anticonceptiva (Pérez de la Barrera & Pick, 2006).

Es indiscutible que, desde esa época, en México no sólo se han implementado campañas de educación sexual dirigidas a los adolescentes, sino también se ha desarrollado investigación al respecto. No obstante, no se ha resuelto la cuestión de que quienes están inmersos en el debate sobre la conveniencia de programas de educación sexual dirigidos a los adolescentes se basen en datos científicos o en ideas erróneas producto del sentido común, del manejo incorrecto de indicadores o de una lectura apresurada y no razonada de los datos científicos (Gayet y Solís, 2007).

Por lo tanto, para la implementación de los programas de educación sexual, las políticas deben estar basadas necesariamente en una información científica interpretada de forma adecuada. Por ejemplo, Gayet y Solís (2007) señalaron que, contra la creencia basada en el sentido común, las investigaciones científicas muestran que hay una tendencia a iniciar vida sexual a edades cada vez mayores y que las estrategias múltiples han llevado a un aumento del uso del condón por la población adolescente. Sin embargo, también señalan que las investigaciones muestran la necesidad de redoblar esfuerzos para que se inicie la vida sexual de manera protegida.

A partir de la publicación de La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA, 2000), contamos con datos epidemiológicos del comportamiento sexual en los adolescentes en México. La encuesta, por su representatividad, permite hacer estimaciones tanto nacionales como regionales, pues su muestreo fue de tipo probabilístico, polietápico, estratificado y de conglomerados con un tamaño de muestra de 45 726 viviendas. El tratamiento que se ha dado a los datos obtenidos en la ENSA ha permitido describir: las características del comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos, su grado de conocimiento sobre la anticoncepción, las variables que se relacionan con el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual y las que se asocian con el embarazo.

La encuesta revela que 16.4% de los adolescentes mexicanos ya han tenido relaciones sexuales; particularmente, en los adolescentes de 12 a 17 años, hombres y mujeres, se observa un incremento sostenido en la proporción de actividad sexual. No obstante, el porcentaje de mayor actividad sexual lo tiene el grupo de 18 a 19 años de edad; de este grupo, los hombres reportaron tener mayor actividad sexual. No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto de la edad promedio de la primera relación sexual (15.7 años).

Es importante señalar que se identificó claramente que el embarazo en la adolescencia está estrechamente ligado con el inicio de la actividad sexual antes de los 16 años de edad. De estos adolescentes, únicamente 37% usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Más alarmante resulta el dato de que 55.7% de las adolescentes de 12 a 19 años de edad que han tenido

relaciones sexuales reportaron que habían estado embarazadas alguna vez, lo cual revela la dimensión del problema.

En la actualidad ha quedado claro que, del total de adolescentes que iniciaron su vida sexual, el mayor porcentaje se caracterizó por tener un menor nivel de escolaridad, no tener acceso a servicios médicos y vivir en poblaciones urbanas. El 69.2 % de los adolescentes refirió conocer al menos un método de control de la fecundidad. Quienes tuvieron mayor probabilidad de usar métodos anticonceptivos en su primera relación sexual fueron los adolescentes hombres, con mayor escolaridad, que poseían información de algún método anticonceptivo, e inician la práctica de la sexualidad a una mayor edad. En contraste, los adolescentes que requieren de mayor información sobre métodos anticonceptivos son los que tienen menor edad y menor escolaridad, viven en áreas rurales, tienen menor ingreso y no cuentan con acceso a servicios médicos.

La distancia entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es muy significativa. Desde el siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud (Grunseit & Kippax, 1993) propuso enfocar los esfuerzos en diseñar programas de educación sexual especializados y dirigidos tanto a adolescentes que no han tenido relaciones sexuales como a aquellos que ya las tuvieron.

Es necesario subrayar que la población de adolescentes es la que necesita mayor difusión de la educación sexual y que mejoren o se refuercen las estrategias ya empleadas. Quienes nos dedicamos al estudio de la sexualidad en los

adolescentes debemos desarrollar metodologías uniformes y estandarizadas que permitan abarcar las complejidades de la sexualidad en su dimensión subjetiva, cultural y social (González-Garza, Rojas-Martínez, Hernández-Serrato y Olaiz-Fernández, 2005).

Vale la pena mencionar que actualmente, en México, se están diseñando programas efectivos de intervención para reducir riesgos en las conductas sexuales adolescentes. Un ejemplo es un estudio cuyo objetivo específico fue determinar si la intervención conductual educativa para adolescentes denominada “Reducción de riesgo de VIH-SIDA” producía un mayor incremento en la intenciones de tener sexo y usar condón y anticonceptivos en comparación con las pláticas tradicionales de “promoción para la salud”. Los resultado indicaron que no hubo diferencias en las intenciones de tener relaciones sexuales, pero si mayor nivel de intención de usar condón y métodos anticonceptivos (Gallegos, Villarruel, Lovenland-Cherry, Ronis & Zhou, 2008).

Además de correr el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual, una sexualidad sin protección puede terminar en un embarazo no deseado. Para la población adolescente que se inicia en la vida sexual, este resultado obliga, en la mayoría de los casos, a hacer cambios radicales, pues el proyecto de vida deseado debe ajustarse a la situación o, incluso, abandonarse. La investigación sobre el embarazo en la adolescencia todavía tiene mucho por decir para amortiguar el impacto de esta experiencia en las adolescentes que se embarazan, sus hijos, sus familias de origen y a las que se integrarán y, en general, la sociedad donde viven.

Es evidente también que el aumento del riesgo de embarazos en la adolescencia está íntimamente relacionado con tres hechos: el ejercicio de la sexualidad, el deficiente conocimiento de métodos anticonceptivos y su uso inadecuado o su no uso. Con respecto al ejercicio de la sexualidad en adolescentes, ha quedado demostrado que la edad de iniciación sexual de las mexicanas ha disminuido en las últimas décadas; además, se reporta un aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales en parejas no unidas (CONAPO, 1996, 2000).

Hay dos factores de la sexualidad temprana de las mujeres mexicanas a tomar en cuenta: por una parte, tenemos un número importante de mujeres que provienen del área rural y que tradicionalmente se han unido en pareja a más temprana edad; por otra parte, en las ciudades el comportamiento de las mujeres es distinto, pues existe una mayor libertad sexual. Concretamente en el contexto urbano, las mujeres de menores niveles de escolaridad tienen una iniciación sexual promedio a los 15 años, mientras que la media nacional de inicio de la vida sexual es de 16.1 años (INEGI, 2000b).

En el caso de los varones de 15 a 19 años de edad, también se presenta el inicio de la práctica sexual en edades aun menores que las mujeres. Aquí la escolaridad también juega un papel interesante y quizá contradictorio, pues, en los hombres, una edad menor en la primera relación sexual se relaciona con mayor escolaridad, es decir, los varones, que tienen más escolaridad inician más temprano la vida sexual.

Esto puede significar que la educación formal no está ejerciendo una presión social y/o ideológica en el comportamiento sexual de los hombres. Las mujeres que se inician en la vida sexual poseen poco conocimiento sobre los métodos anticonceptivos; por lo tanto, la gran mayoría no utiliza ninguno. Muestra de ello es que, en México, de todos los adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron una relación sexual, únicamente 20% de las mujeres y alrededor de la mitad de los hombres refirieron haber hecho algo para evitar embarazarse en su primera relación sexual (ENSA, 2000). Aun cuando los jóvenes reportan que el uso del preservativo ha ido en aumento en la primera relación sexual, sigue siendo muy reducido su uso.

Ahora, con respecto al conocimiento y uso específico de los métodos anticonceptivos, las adolescentes en general refieren conocer en mayor medida las pastillas, las inyecciones y el condón masculino en comparación con otros métodos. No obstante, solamente la tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años de edad dijo tener un claro conocimiento del condón (sin ayuda del entrevistador), y cerca de 20% jamás había escuchado hablar de un preservativo.

Más alarmante resulta el hecho de que 40% de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años que estuvieron alguna vez unidas y 20.5% de las de 20 a 24 años nunca ha utilizado un método de regulación natal. En general, las mujeres más jóvenes tienen menor conocimiento sobre los métodos de anticoncepción, lo cual, quizá, les dificulta obtenerlos e, incluso, tener acceso a los servicios de salud para estos propósitos. Además, lamentablemente aún existen tabúes y presiones sociales de

género que contribuyen al hecho de que las jóvenes se vean limitadas en el uso de algún método de regulación natal.

La investigación socio-cultural sobre el significado del uso de métodos anticonceptivos y, en particular, del condón por parte de las mujeres ha encontrado que se asocia a tener relaciones sexuales ocasionales y a que las mujeres son poco comprometidas y expresivas de sus deseos, comportamiento que el ideal-socio cultural de lo femenino aún reprime.

En los contextos tradicionales de México, el erotismo y la sexualidad se consideran propios del hombre, mientras que la identidad de las mujeres se define en torno al afecto, al matrimonio y a la familia; por lo tanto, la moral sexual y la desigualdad de género limitan a las jovencitas en el uso de un método anticonceptivo o bien imponen la negociación con el compañero del uso del preservativo (Szasz, 1995).

La escolaridad también tiene influencia en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Se encuentra una diferencia en mujeres adolescentes de 15 a 19 años, pues la mayoría de las que tenían menores niveles de escolaridad declararon no conocer algún método. Las adolescentes con un nivel de escolaridad de secundaria o mayor dicen que no usaron nada, porque buscaban embarazarse, mientras que una cuarta parte de ellas declaró no haber usado un método anticonceptivo, porque no planeaba tener relaciones sexuales; además, argumentan que no usaron porque no creyeron salir embarazadas.

Finalmente, llama la atención la falta de conocimiento sobre el uso del condón entre aquellas mujeres que ya iniciaron su vida sexual, pues su porcentaje de desconocimiento (36.7%) es mayor en comparación, incluso, con las adolescentes que nunca se han iniciado sexualmente (26.5%). Quizá esto se debe a que muchas mujeres que inician su vida sexual en edades tempranas provienen de contextos socioeconómicos y educativos bajos (ENSA, 2000).

En definitiva, el riesgo del embarazo no deseado en la adolescencia tiene relación con el comportamiento sexual de esta población y, como se ha mostrado, queda mucho camino por recorrer en la comprensión del comportamiento psicológico de los adolescentes mexicanos para poderles ofrecer estrategias que les permitan un desarrollo saludable hacia la adultez y, particularmente, que la experiencia del inicio de la sexualidad también contribuya a un desarrollo saludable, favoreciendo, así, el crecimiento y no un deterioro en la vida del adolescente.

Transición a la maternidad

La transición hacia la maternidad inicia con la experiencia del embarazo, especialmente si es el primero; es decir, la manera en cómo la mujer se involucra, se prepara y vive su embarazo condiciona lo que será su auto concepto como madre, el cual influye en la forma de desempeñar este nuevo rol.

A diferencia de las mujeres adultas o de aquéllas que conscientemente planean su maternidad, las adolescentes que se embarazan no necesariamente experimentan

de manera uniforme la transición hacia la maternidad. Aun cuando se ha estudiado las variaciones individuales entre adolescentes embarazadas, no se tiene claridad sobre cuál será la consecuencia psicológica del embarazo y el ejercicio de la maternidad. En concreto, los resultados de las investigaciones no han permitido entender claramente qué características psicológicas pueden predecir el resultado tanto en el embarazo como en la maternidad.

Aunado a las diferencias psicológicas individuales, los factores psicosociales también juegan un papel importante en la transición del embarazo hacia la maternidad. Con la identificación de los factores psicosociales y de las diferencias individuales se podrán generar e implementar programas de intervención dirigidos hacia la asistencia de la transición del embarazo a la maternidad en adolescentes. En las condiciones más favorables, es muy importante que la adolescente embarazada tenga éxito en esta transición, pues una adolescente en esta experiencia de vida debe identificar y enfrentar varias tareas de desarrollo: las del embarazo, las de la maternidad y las de la adolescencia.

Las adolescentes embarazadas, que posteriormente deberán cuidar de sus hijos, necesitan tener una capacidad adaptativa exitosa en la transición hacia la maternidad. Son un foco de interés para los investigadores por tres razones importantes: a) el embarazo adolescentes está lejos de disminuir, b) se ha detectado que los hijos de madres adolescentes frecuentemente experimentan circunstancias que no favorecen un adecuado desarrollo, llegando, incluso, a presentar problemas de conducta desde la infancia y hasta la adolescencia, y c) las adolescentes con hijos cambian el curso de su desarrollo normal, lo cual las

llevar a enfrentar dos tareas evolutivas paralelas, las de la adolescencia y las que implica ser madre (Kaiser & Hays, 2004).

Kaiser y Hays (2004) mencionan cuatro circunstancias que pueden tener una influencia tanto positiva como negativa en la transición hacia la maternidad:

1. La aceptación del embarazo es un factor decisivo que influye en la transición hacia la maternidad. Una pobre aceptación o una aceptación ambivalente del embarazo, y probablemente del producto, por parte de la adolescente y su familia puede crear desequilibrio en la dinámica familiar y ser causa de conflicto, lo cual terminará impactando en la percepción de la adolescente del apoyo familiar que necesita para lograr el éxito en esta transición.
2. La conciencia de la adolescente sobre la necesidad de desarrollar un sentido de responsabilidad hacia su embarazo y hacia la maternidad, pues esto le permitirá comprender, esperar y tolerar los cambios tanto en el embarazo como en la maternidad. No tener conciencia de esto puede traducirse en alteraciones que afecten el cumplimiento de estas tareas de su desarrollo.
3. Los planes de la adolescente pensados antes del embarazo muy probablemente deberán alterarse, pues ahora tendrá que tomar en cuenta a su bebé en sus metas y aspiraciones.
4. La dificultad para verse a sí misma como madre es un factor a tomar en cuenta, pues perder de vista la conciencia del significado de haberse embarazado en la adolescencia y el efecto que tendrá en su vida puede

deteriorar el desarrollo de la identidad materna, causar conflicto en su desempeño como madre y afectar su bienestar emocional.

Se ha intentado desarrollar instrumentos válidos y confiables para evaluar los factores psicosociales que influyen en la transición a la maternidad durante en la adolescencia. Por ejemplo, mediante un estudio descriptivo y correlacional se creó el Cuestionario Prenatal para Adolescentes, cuyo propósito fue identificar los factores psicosociales para comprender las diferencias individuales entre las adolescentes que eligen quedarse con sus hijos (Kaiser & Hays, 2004).

A pesar de que estos estudios han contribuido para entender esta transición, se debe seguir trabajando en la comprensión de las adolescentes que se embarazan. Mientras más temprano se puedan hacer intervenciones en quienes deciden tener su bebé, más pronto se podrá contrarrestar el impacto inmediato de saberse y estar embarazada, y el tránsito hacia la maternidad será mayormente adaptativo. La maternidad implica un rol diferente al del embarazo y en ella emergen diversas responsabilidades que cambian durante toda la vida.

Embarazo adolescente

Los factores psicosociales involucrados en el embarazo adolescente son muy importantes, puesto que el embarazo y la maternidad adolescentes constituyen un problema de salud pública (Ahued, Lira y Simon, 2001). La evaluación de la dimensión psicosocial es relevante, porque, si el embarazo adolescente se da en

un marco psicosocial no problemático y, además, es parecido al de los grupos donde existe control sobre el riesgo biológico perinatal, el resultado es similar al de los embarazos de mujeres adultas.

En la literatura científica sobre el embarazo en adolescentes, dependiendo de las definiciones teórico-conceptuales y operacionales, se ha mencionado una gran variedad de factores psicosociales. De ellos, vale la pena destacar la enumeración que hacen León y Lupiani (2003):

1. Aproximadamente la mitad de las madres adolescentes tienen una pareja estable.
2. Cuando se obliga a la adolescente a iniciar precipitadamente una vida en pareja, aumenta la probabilidad de fracaso matrimonial.
3. Elevados porcentajes de embarazos en la adolescencia se presentan en clases sociales y económicas bajas o muy bajas con los consabidos problemas añadidos de marginación, desempleo, dinámicas y estructuras familiar disfuncionales.
4. También se ha destacado el uso y abuso de sustancias como tabaco y alcohol; incluso se ha investigado en poblaciones de adolescentes drogadictas que se han embarazado. En este mismo marco psicosocial se mencionan adolescentes embarazadas VIH-positivas y enfermas de SIDA.
5. La ruptura o separación tanto con el grupo de iguales como con la trayectoria planeada para su vida.
6. El abandono escolar o de la formación profesional o técnica repercute en las posibilidades de encontrar un empleo bien remunerado.

7. Se reporta maltrato frecuente a las embarazadas adolescentes.
8. También se menciona el aborto provocado, incluso más de una vez antes del embarazo actual.
9. La adolescente puede dar en adopción al bebe, abandonarlo o, en casos extremos, llegar al infanticidio.
10. Es frecuente la expulsión o el abandono del hogar con los riesgos de no contar con redes de apoyo, como la prostitución y/o el ejercicio delictivo. Además, se enfrentan a la maternidad en solitario.

Esta gran cantidad de factores psicosociales asociados al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias muy probablemente están relacionados con la inmadurez física, psicológica y social de la adolescente. En conjunto, le dificultarán desempeñar el rol adulto que demanda la maternidad, pues, para poder asumir toda la responsabilidad requerida, la adolescente necesitaría organizar un contexto que favorezca la gestación y el desarrollo óptimos de sus hijos. Empero, la mayoría de las veces el escenario es que la adolescente cuenta con pocos apoyos sociales, pocos recursos económicos y un bajo nivel educativo. Todo ello hace que el embarazo y la maternidad durante la adolescencia supongan un verdadero riesgo psicosocial y que los bebés de estas adolescentes sean identificados como, “los niños de los niños”. “Niños” en el sentido de que la adolescente no ha terminado su desarrollo cuando ya tendrá que hacerse cargo de un hijo propio.

Es un hecho frecuente que las condiciones biopsicosociales óptimas que deben regir en el embarazo y la maternidad no están presentes en el caso de la

adolescente. De hecho, tanto el embarazo como la maternidad adolescente pueden, muchas veces, aflorar en un marco social e interpersonal de marginación, inestabilidad e inmadurez.

En un intento por que el escenario psicosocial del embarazo durante la adolescencia cambie, se han hecho recomendaciones (León y Lupiani, 2003) que en esencia implican:

1. Una mejor educación sexual, estructuras de planificación familiar que impliquen cambios a nivel legislativo, servicios psicosociales de atención e intervención para estos casos, programas específicos que tengan su impacto tanto en el ámbito familiar como en el escolar, y el amparo de los medios de comunicación de masas, sobre todo la televisión.
2. También se ha recomendado llevar a cabo estudios epidemiológicos de cada marco geográfico y en cada sector socio demográfico para cuantificar y estimar, de manera precisa, la realidad de este problema en poblaciones específicas.
3. Promover una educación sexual más extensa e intensa, desterrando, de una vez por todas, el tabú y el prejuicio de que a mayor información, mayor precocidad sexual.
4. Estructuras de planificación familiar más idóneas que eliminen los obstáculos y permitan un acceso fácil a los anticonceptivos.
5. Una educación a las jóvenes que incluya conceptos y valores tales como responsabilidad de sí mismas, compromiso, asunción de consecuencias, relaciones causa efecto, etc.

6. Servicio psicosociales de atención e intervención a estos casos, bien ajustados y que doten de buenos apoyos instrumentales y emocionales.
7. Programas de planificación familiar específicos para adolescentes y jóvenes en el seno de la red de centros de atención primaria.
8. Utilización de programas específicos de educación para la salud centrados en la prevención de embarazo indeseado en adolescentes.

A la par que se hacen estas recomendaciones para mejorar el entorno psicosocial, en la investigación sobre el embarazo adolescente también se han estudiado las diferentes respuestas que los adolescentes tienen ante esta situación. Tal es el caso de las parejas de adolescentes que optan por practicar un aborto. Por ejemplo, en Sudáfrica, la legislación ha permitido desde 1996 que sus adolescentes tengan la opción de elegir terminar con el embarazo sin permiso de sus padres (Bennett, 1999). Un razón para plantear esta ley fue prevenir la práctica de abortos clandestinos, además de mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres en Sudáfrica. De modo que, si una mujer, adolescente o no, considera por cualquier razón que el embarazo es un obstáculo para su salud y calidad de vida, puede practicarse un aborto en los servicios de salud de su país (Poggenpoel & Myburgh, 2006).

Aun en países donde abiertamente se pone a disposición el aborto para la mujer embarazada, se ha explorado y descrito la experiencia tanto de la propia adolescente como de sus parejas con el propósito de ofrecer servicios psicológicos. Por medio de un estudio cualitativo con entrevistas focalizadas a las adolescente y sus parejas, cuya pregunta principal fue “¿cómo fue la experiencia

de tu aborto?”, se caracterizó tanto la experiencia de dolor por vivir un aborto como sus consecuencias. Se llegó a la conclusión de que, efectivamente, la experiencia del aborto provoca un sentimiento doloroso tanto en las adolescentes como en sus parejas. Este dolor lleva a la adolescente a apartarse de otras personas con quienes convive, centrarse en sí misma y romper definitivamente la relación con su pareja. Por otra parte, la consecuencia para sus parejas fue la pérdida de la relación con la chica, la pérdida de un posible bebé, lo cual impacta en su capacidad para construir relaciones posteriores con mujeres y los hace sentirse incapaces de tener planes para su vida y para enfrentar los cambios hacia la adultez (Poggenpoel & Myburgh, 2006).

A pesar de que en varios países existe la posibilidad de abortar para las adolescentes, como lo hemos visto, muchas de ellas continúan con su embarazo por diferentes razones y se hace indispensable conocer, describir y evaluar las características psicológicas de las adolescentes que enfrentan tanto el embarazo como la maternidad, incluso con la intención de estimar el impacto del embarazo adolescente en nuestras sociedades.

La investigación sobre este fenómeno se ha ido especializando en la descripción de variables. Últimamente se toma en cuenta la edad, porque sabemos que los resultados psicológicos de la experiencia del embarazo y la maternidad en la adolescencia dependen de ella, pues está relacionada con la madurez psicológica.

Los estudios se han enfocado en la descripción de los hábitos de salud general y, especialmente, en la conducta sexual y el empleo de métodos anticonceptivos.

Entender estas particularidades de comportamiento en las diferentes edades de las adolescentes que se embarazan o que están en riesgo de hacerlo permitirá hacer avances en los programas y políticas dirigidas tanto a prevenir los embarazos tempranos como los embarazos repetidos durante la adolescencia.

Como lo hemos dicho, entre la población de adolescentes embarazadas los riesgos varían con la edad. Hay un acuerdo generalizado, entre los que estudiamos el tema, en que las adolescentes de menor edad experimentan los peores resultados de sus embarazos y partos en comparación con adolescentes de mayor edad o con mujeres adultas (Phipps, Rosengard, Weitzen, Meers & Billinkoff, 2008).

Clarificar las diferencias entre las adolescentes embarazadas más jóvenes y las mayores respecto de sus características psicológicas, la experiencia de la sexualidad, el parto y la maternidad permitirá diseñar una intervención más pertinente para cada edad que impacte en la prevención de embarazos tempranos, el cuidado prenatal y el ejercicio de la maternidad.

Con el objetivo de comprender las diferencias con respecto a la edad en adolescentes embarazadas, Phipps et al. (2008) dividieron a las adolescentes que participaron en su estudio en tres grupos de edad: 12-15, 16-17 y 18-19. En esta investigación se reconocieron perfiles típicos de comportamiento en los tres grupos. Los autores advirtieron que algunas diferencias en las variables pueden atribuirse exclusivamente al incremento de la experiencia que da la edad, por ejemplo, el número de parejas sexuales.

En este estudio los resultados indicaron que los factores de riesgo que tipificaron a las adolescentes más jóvenes (12-15 años) fueron: a) aparición de la menarca a una edad más temprana, b) inicio sexual a una menor edad, c) mayor diferencia de edad entre la adolescente y su primera pareja sexual, d) pocas parejas sexuales, y e) menor frecuencia de uso de anticonceptivos.

Las razones que dieron las adolescentes de este grupo etario para explicar por qué no usaron métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no incluían el deseo de querer embarazarse, sino que estaban inseguras o definitivamente creyeron que no tendrían sexo. Vale la pena apuntar que, para diseñar programas de intervención para este grupo de adolescentes, se debe tener presente la idea de protegerlas del riesgo de participar en una práctica sexual que no han planeado.

Las adolescentes embarazadas intermedias (16-17 años) tuvieron como características de su perfil: a) ser el grupo que menos iba a la escuela, b) vivir con sus padres biológicos, quienes tenían una instrucción de bachillerato terminado, c) tener la más alta proporción de fumar y consumir alcohol y drogas, ya sea antes del embarazo o durante éste, y d) en el caso de la mitad de estas adolescentes, la razón por la que no usaron anticonceptivos fue pensar que no podrían quedar embarazadas. Quizá estas adolescentes se perfilaron como las más vulnerables, porque no están en la escuela y tienen menos oportunidad de recibir apoyo prenatal.

Las adolescentes mayores (18-19 años de edad) se distinguieron por conductas de riesgo para ellas y sus hijos, pues se caracterizaron por: a) dejar la escuela, b) tener infecciones de transmisión sexual, c) embarazos previos, d) estar expuestas a fumar, beber y drogarse, e) nunca usar anticonceptivos (solamente una de cada tres adolescentes los usó), y f) querer abiertamente embarazarse (25%). Por lo tanto, estas adolescentes requieren de una intervención que contenga mayor información acerca de anticonceptivos y de la reflexión sobre el deseo adolescente de embarazo (Phipps et al., 2008).

Un tema muy difundido en la literatura sobre el embarazo adolescente son los riesgos de salud que sufren los recién nacidos (Ahued, Lira y Simon, 2001; Herbst, Mercer & Beazley, 2003; Lira et al., 2006), particularmente el bajo peso al nacer. En realidad, no está claro que este alto índice se deba o se relacione únicamente con la edad de la madre, pues los factores ambientales, como la falta de cuidado prenatal, el uso de drogas y tabaco, un menor nivel educativo o la pobreza también pueden contribuir a ello. Incluso existen evidencias de que controlando el estado socio económico de la madre adolescente se reducen o se eliminan las diferencias del bajo peso al nacer. Sin embargo, también hay evidencia de que la falta de acceso al cuidado prenatal está relacionada no sólo con el bajo peso al nacer, sino con otras complicaciones.

A propósito del cuidado prenatal para prevenir riesgos de salud en la adolescente y su hijo por nacer, una investigación, llevada a cabo en Estados Unidos de América, se ocupó del cuidado prenatal en las adolescentes embarazadas (Hueston, Geesey & Diaz, 2008). Se tomó la decisión de agrupar a las

adolescentes embarazadas tomando en cuenta categorías que pudieran mostrar las diferencias en los factores de riesgo que explican por qué las adolescentes postergan el inicio de su cuidado prenatal. Así, quedaron tres grupos definidos de edad de la siguiente manera: preadolescentes, de 10 a 14 años; adolescentes jóvenes, de 15 a 16 años; y adolescentes mayores, de 17 a 19 años.

El grupo de las preadolescentes (10-14) representaban a la población que probablemente todavía depende de sus padres, a quienes les ocultan el embarazo, y que no han completado su educación media. El grupo de adolescentes mayores (17-19) representaban a la población que ya pudo haber terminado la educación media y que probablemente vive de manera independiente. Los resultados mostraron que en las adolescentes mayores fue más alta la probabilidad de iniciar su cuidado prenatal en el primer trimestre de embarazo, en comparación con las jóvenes, y éstas, a su vez, iniciaron más tempranamente su cuidado prenatal que el grupo de preadolescentes. En este caso, el inicio del cuidado prenatal en las adolescentes embarazadas tuvo relación con su edad.

De manera más específica y en un seguimiento de 25 años, estos investigadores notaron que, en los tres grupos, el porcentaje de inicio en el cuidado prenatal durante el primer trimestre se ha incrementado. Sin embargo, cuando se analizaron a las adolescentes que no recibieron cuidados prenatales durante su embarazo o que esperaron hasta el tercer trimestre, se encontró que tanto las preadolescentes (10-14) como las adolescentes jóvenes (15-16) se demoraban significativamente más que las adolescentes mayores (17-19) en el inicio de su

cuidado prenatal. Las adolescentes jóvenes (15 a 16 años) tuvieron 1.22 veces más probabilidad de postergar el cuidado (95% IC = 1.21-1.24), pero las preadolescentes tuvieron 1.61 veces más probabilidad de retrasar su cuidado prenatal (95% IC = 1.56-1.65).

En suma, en el embarazo adolescente, el incremento en la probabilidad de postergar el cuidado prenatal se relaciona con la edad, con el estado civil (no estar unida) y con tener menos educación. También este retraso en el cuidado prenatal, se debe a que algunas adolescentes no están familiarizadas con los servicios disponibles o no comprenden qué clase de cuidados médicos se esperan durante el embarazo. Además, influye el temor en las preadolescentes (10-14 años) de que sus embarazos terminen por ser descubiertos aun cuando lo hayan ocultado lo más posible.

A pesar de que el cuidado prenatal cada vez inicia más temprano para las adolescentes embarazadas, todavía hay quienes retrasan su atención o bien no la reciben. Este hecho tiene una explicación multifactorial que incluye tanto determinantes biológicos como factores socioeconómicos. Por otra parte, se puede suponer que las mujeres embarazadas que retrasan el cuidado prenatal o que fallan en obtenerlo, están inmersas en un caos social que pudiera caracterizarse por pobreza, relaciones inestables, abuso de sustancias y violencia intrafamiliar.

Los responsables del cuidado de la salud deben estar conscientes de que, ampliando la cobertura de cuidados prenatales en las mujeres embarazadas,

particularmente en las adolescentes, el porcentaje de mujeres que retrasan su cuidado prenatal disminuye, y deben procurar que el cuidado inicie desde el primer trimestre de embarazo. Por último, en este estudio realizado en Estados Unidos de América durante 25 años (de 1978 a 2003), se demostró que la falta de cobertura en salud fue un impedimento significativo para el cuidado prenatal temprano en adolescentes embarazadas (Hueston et al., 2008).

En la población de adolescentes que se embarazan, hemos visto que se han estudiado las características psicosociales asociadas a las respuestas frente al embarazo, como la disyuntiva de abortar o continuar con el embarazo; incluso se han hecho recomendaciones al respecto. Sin embargo, aún queda por explorar más detalladamente las características psicológicas de las adolescentes embarazadas; particularmente se necesita definir criterios y proponer definiciones operacionales para estimar su madurez psicológica, como el caso mostrado de la edad cronológica, pues se perfila como distinta la respuesta hacia el embarazo dependiendo de si las adolescentes, cuando se embarazan, está en la etapa inicial, intermedia o final de la adolescencia.

Los resultados de investigaciones que tomen en cuenta estas especificaciones, con toda seguridad, repercutirán en el diseño de mejores programas de atención a los adolescentes con el propósito no solamente de incrementar el cuidado prenatal y, con ello, reducir los riesgos de salud para el producto y la madre, sino de contribuir a restablecer un proceso de desarrollo psicológico saludable para la adolescente.

Finalmente, la adolescencia no puede seguir siendo entendida como una etapa global de desarrollo, donde la descripción de conductas “típicas” adolescentes puede favorecer una inadecuada valoración por parte de los profesionales que están en contacto con población adolescente y que tienen que detectar a los adolescentes en riesgo. Parece que hay una visión superficial de la adolescencia donde un niño entra en una caja negra por un periodo de aproximadamente 10 años y sale convertido en un adulto joven. Es en esa caja oscura (también para la ciencia) donde ocurre la transformación y donde podemos encontrar la explicación de por qué algunos adolescentes se enganchan en el consumo de sustancias, conductas delincuenciales o en una práctica sexual que los expone a infecciones de transmisión sexual y a embarazos precipitados y no deseados.

Embarazo adolescente en México

En México, son diferentes los contextos en los que se presenta el embarazo adolescente; también son diferentes las disciplinas que se encargan de describir y abordar el fenómeno. De hecho, para nuestro país es un tema fundamental en las políticas de población, pues implica la reflexión sobre el volumen de población adolescente, su ritmo de crecimiento y de reproducción, etc. Incluso se han diseñado investigaciones y políticas orientadas a mejorar la salud de los adolescentes en general y, en particular, de aquellas adolescentes que se embarazan, pues se reconoce que tanto el embarazo como la maternidad en las adolescentes implican un riesgo de carácter biopsicosocial. También es importante

no perder de vista que el embarazo y la maternidad tempranos en nuestro país responden a diferentes contextos de orden económico, social y cultural.

Podemos mencionar tres puntos de reflexión a propósito de algunos datos demográficos relacionados al embarazo en la adolescencia: a) la proporción elevada de jóvenes de 10 a 19 años (de los 21 966 049, 10 898 315 eran mujeres en 2010); b) los altos porcentajes de nacimientos de madres adolescentes, 16.9% en 2003, 17.3% en 2004, 14.4% en 2005, 17.2% en 2006, 17.8% en 2007 (INEGI, 2008), y 18.3 en 2008 (INEGI, 2009); y c) las evidencias del riesgo biopsicosocial tanto para la madre como para el recién nacido, reflejado por ejemplo, en una mayor mortalidad materno-infantil y en menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de las adolescentes y sus hijos.

En México, los niveles de fecundidad han bajado a lo largo del tiempo; quizá este descenso, que inició en la segunda mitad del siglo pasado, en las últimas décadas presenta un menor ritmo. Por ejemplo, en la década de 1990 se estimó que en promedio cada mujer tenía 3.2 hijos (1991); para la mitad de la década, ya se estimaban 2.6 hijos por cada mujer (1995); en el año 1999 la estimación era de 2.5 hijos (CONAPO, 1999).

En el caso de la fecundidad y del embarazo adolescente, los datos también han presentado esta tendencia. En 1974 se contaban 130 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes; en contraste, para 1997 solo se contaban 74 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes (Menkes y Suárez, 2003).

Particularmente se ha dicho que las adolescentes de 15 a 19 años aportan más embarazos que las adolescentes más jóvenes; no obstante, también en este grupo se ha observado un descenso en el número de embarazos. Por ejemplo, en 1982 había 119 embarazos por cada mil mujeres adolescentes de estas edades, y para 1996 solo se contaron 81 embarazos por cada mil adolescentes; es decir, en esos 14 años disminuyó el número de embarazos en una tercera parte aproximadamente, descensos similares se han observado en la población de jóvenes de 20 a 24 años de edad (CONAPO, 2000b).

Un factor que hay que tomar en cuenta para profundizar en el análisis de la fecundidad adolescente es el estado conyugal. A pesar de que nuestro país, en las últimas décadas, ha sufrido transformaciones de orden socioeconómico y cultural, no se han presentado cambios significativos en la edad a la que se casa gran parte de las mujeres mexicanas. Al parecer, únicamente las mujeres urbanas y con elevados niveles de escolaridad muestran cambios significativos en la edad de su primera unión (CONAPO, 2000a).

Al comparar las uniones de la población adolescente de 15 a 19 años de edad en un periodo de 15 años (de 1982 a 1997), solamente se observa un descenso de 3%, lo cual indica que no hay cambios significativos para estas edades. En 1997, casi 16% de las adolescentes de 15 a 19 años, ya se encontraban unidas. Es importante señalar que parece haber aumentado el porcentaje de uniones por motivo del embarazo, pues ha aumentado el porcentaje de mujeres adolescentes, que han tenido un hijo 6 meses (o menos) después de que se unieron.

En 1997, cerca de 16% de las mujeres de 15 a 24 años se casaron estando embarazadas; también se ha observado que el número de hijos nacidos vivos sin unión se ha duplicado de 3.2% a 6.7% de 1976 a 1997. Entonces, el embarazo en la adolescencia se encuentra estrechamente relacionado con la unión conyugal y marital, probablemente, porque en algunos sectores de nuestra población el concepto de unión familiar es un valor importante y determina el proyecto de vida de la adolescente embarazada (INEGI, 1997).

Expresado de otra manera, para algunos grupos poblacionales el embarazo durante la adolescencia responde a un contexto cultural y social que valora en forma importante el hecho de ser madre y esposa, por encima incluso de otros proyectos de desarrollo individual relacionados con la superación escolar. Menkes y Suárez (2003) reportaron que la gran mayoría de las adolescentes entrevistadas en su estudio estaban unidas o casadas (87%).

En esta última parte, se han presentado los cambios en las tasas de embarazo adolescentes haciendo hincapié en el descenso; también hemos mencionado que el estado conyugal impacta en el embarazo adolescente sin perder de vista que nacen hijos de adolescentes fuera de una unión conyugal. Sabemos también que, al finalizar su vida, las mujeres que iniciaron la maternidad a temprana edad terminan con tres hijos más que las que inician después de cumplir los 19 años (Welti, 2000).

Resumiendo, el embarazo adolescente ha mostrado una reducción importante aunque el descenso es menor al que se da en otras edades, en particular en las

mujeres mayores de 30 años. Asimismo, no se observan cambios importantes en la edad de la primera unión de pareja, aunque sin duda existe un aumento de los embarazos fuera de la unión y de las mujeres que se unen estando embarazadas.

Además de la situación conyugal, se reconocen claramente dos factores asociados al embarazo en la adolescencia: los servicios y la educación. El estudio de la carencia de ellos ha ayudado a una explicación más profunda del embarazo en las adolescentes. Sirva un dato como ejemplo: más de una cuarta parte (28.1%) de las mujeres con una pobreza educativa extrema han estado embarazadas alguna vez (INEGI, 1997).

Ya se ha presentado evidencia de que el embarazo en la adolescencia depende de las variables estado conyugal o de unión, la edad y el nivel de educación o escolaridad. Los datos han mostrado que, si una mujer adolescente ha estado unida con una pareja, aumenta en 70 veces el riesgo de quedar embarazada con respecto a las adolescentes solteras.

Respecto de la edad, se ha observado que a mayor edad mayor es el riesgo de embarazo. Tomando como punto de comparación a las adolescentes de 15 a 16 que se embarazan, las de 17 a 18 años tienen un riesgo de embarazo tres veces mayor, mientras que a los 19 años aumenta 5.3 veces. Considerando el nivel de escolaridad y el riesgo de embarazo, las adolescentes que reportan un bajo nivel de escolaridad tienen un riesgo de embarazo 2.5 veces mayor con respecto a quienes tienen secundaria terminada o estudios superiores, y en las adolescentes que tienen una escolaridad mediana aumenta 1.8 veces el riesgo de quedar

embarazadas con respecto a las de mayor educación formal (Menkes y Suárez, 2003).

Estudiando la combinación de estas tres variables (edad, escolaridad, y estado conyugal), Menkes y Suárez (2003) encontraron que la probabilidad de embarazo es muy elevada en, por ejemplo, una mujer de 19 años de edad, con escolaridad de primaria o menor, que, además, está unida o casada; la probabilidad de que se embarace es de .85. En cambio, una mujer de 17 o 18 años de edad en las mismas condiciones de escolaridad y estado conyugal tiene una probabilidad de embarazo de .77. Es decir, aproximadamente el 80% de las adolescentes mayores de 16 años, con primaria incompletas y casadas, pueden quedar embarazadas.

En el caso de las mujeres solteras, también se observa que a mayor edad, mayor es la probabilidad de quedar embarazadas; de manera que una adolescente de 19 años soltera está 9 veces más expuesta a quedar embarazada, que una de 15 o 16 años. De igual forma, cuando el nivel educativo en las adolescentes solteras es bajo, el riesgo de embarazo aumenta 4 veces con respecto a aquellas adolescentes solteras que tienen un nivel educativo mayor. En suma, podemos decir que, tanto en las adolescentes unidas como en las solteras, el riesgo de embarazo ha aumentado quizá porque el proyecto de vida se relacione con estar con una pareja. Si bien es cierto que el nivel educativo disminuye el riesgo de embarazo en ambos casos, definitivamente el riesgo de embarazo sigue siendo muy elevado en el caso de las adolescentes unidas (Menkes y Suárez, 2003).

Recapitulando los párrafos anteriores, podemos decir que el embarazo en las mujeres más jóvenes de nuestro país ha disminuido notablemente en fechas recientes tomando en cuenta que responde primordialmente a un contexto social. El embarazo adolescente se relaciona directamente con la edad, el nivel educativo y la unión conyugal. Además, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es muy limitado en los adolescentes en los diferentes contextos sociales, especialmente en la primera relación sexual. También resulta alarmante que existe un mayor desconocimiento del condón entre aquellas mujeres que ya han tenido una relación sexual. Por su parte, los adolescentes hombres declararon haber tenido relaciones a edades más tempranas, incluso los que tenían altos niveles educativos y mayor conocimiento del uso del condón.

Parece reconocerse el perfil de las mujeres adolescentes que están más expuestas a un embarazo a temprana edad y a infecciones de transmisión sexual; son aquellas que se caracterizan por ser las más pequeñas cuando tienen su primera relación sexual, la cual no fue planeada, y tener menores niveles de escolaridad y menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. De manera general, llama poderosamente la atención que el nivel de conocimiento de los estudiantes de educación media y media superior sobre biología de la reproducción sea tan bajo (Menkes y Suárez, 2003).

En México, hemos logrado describir el fenómeno del embarazo en la población adolescente con datos surgidos del estudio de variables socio demográficas que nos permiten hacer un perfil de los factores que se combinan para que una adolescente que ha iniciado su vida sexual esté en riesgo de quedar embarazada;

esto, dicho sea de paso, ha permitido proponer estrategias de intervención. Empero, todavía falta profundizar en la subjetividad de estas adolescentes, pues la forma en que enfrentarán el embarazo y la maternidad depende de la manera en que construyen su realidad interna, es decir, de la manera en que perciben al mundo y a sí mismas.

Una aproximación al estudio de esta realidad interna es describir indicadores de madurez que permitan predecir el resultado emocional del embarazo en estas adolescentes, pues ello permitiría plantear objetivos terapéuticos focalizados en la adquisición de recursos psicológicos para que la adolescente embarazada pueda lograr una adaptación a su situación. En los siguientes capítulos abundaremos sobre el tema.

Capítulo 2.

Madurez en la adolescencia

Cuando una persona deja atrás la adolescencia, debe de contar con recursos psicológicos que le permitan enfrentar su vida con madurez, es decir, durante la adolescencia debió haber conquistado metas de madurez intermedias. Sin embargo, definir la madurez en la adolescencia representa un problema que en este capítulo se pretende esbozar. Para ello, consta de cuatro apartados, a saber: el primero introduce el tema reflexionando sobre la dificultad de conceptualizar la madurez en la adolescencia, en el segundo se aborda la edad como criterio de madurez, en el tercero se reflexiona sobre el concepto de edad subjetiva como un marcador de madurez en la adolescencia, y en el último apartado se exponen las metas de maduración que propone Peter Blos (1992) para cada una de las etapas en las que divide el periodo de la adolescencia, y se hace referencia al Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica realizado por la Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez (2001) con base en las conceptualizaciones teóricas de Blos.

Introducción

Para estudiar el desarrollo de la madurez psicológica durante la adolescencia se deben tomar en cuenta distintos factores, tanto internos como externos, así como

la manera dinámica en que se combinan. Ejemplo de los factores internos son los biológicos, pues ellos, además del desarrollo físico, condicionan también el desarrollo cognitivo, el cual a su vez determina habilidades intelectuales como la toma de decisiones, el razonamiento introspectivo, la solución de problemas de la vida cotidiana, la autocrítica, el juicio, la planeación y anticipación, la capacidad analítico-sintética, la atención y concentración, la autocrítica, etc. Evidentemente dentro de los factores internos se cuentan los procesos intrapsíquicos que determinan el desarrollo singular de cada adolescente, particularmente su forma de pensar, sentir y actuar.

Respecto de los factores externos podemos mencionar el contexto en que el individuo se desarrolla, pues éste adquiere capacidades mediante el aprendizaje que el ambiente ofrece. Entre estos, se encuentran los factores familiares como estructura, dinámica, solución de los conflictos y comunicación; la interacción con los pares del mismo y del sexo opuesto, que poco a poco van cubriendo la necesidad de agruparse; los factores socioeconómicos más amplios, que determinan otras oportunidades como salud, educación o trabajo; y finalmente la cultura, la cual transmite valores, creencias, normas éticas y morales.

De la manera dinámica en que se organicen estos factores internos y externos dependen las características particulares del desarrollo de cada adolescente, es decir, el matiz propio con el cual cada sujeto se traslada de la infancia a la adquisición de los compromisos adultos. En otras palabras, la madurez se adquiere utilizando recursos internos y externos mediante un proceso que lleva al adolescente a ser capaz de percibir el mundo de manera correcta, ejerciendo un

dominio activo sobre él, modificando de manera oportuna y coherente su estilo de vida o comportamiento cuando cada estadio de la etapa adolescente se lo requiera.

Es indudable que la investigación del periodo adolescente se especializa cada vez más con la intención de profundizar en las conductas que ponen en riesgo a los adolescentes y que pueden llegar a comprometer su futuro. Entre otras cuestiones, se ha puesto atención principalmente en la conducta delincinencial, el abuso de sustancias (alcoholismo, drogadicción) y la sexualidad temprana; de esta última, son relevantes las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

La investigación del embarazo durante la adolescencia data de mediados de la década de 1980. Se comenzó con la descripción de los factores psicosociales, hasta la descripción tanto de las causas como de las consecuencias (Davidson & Felice, 1992; Satin et al., 1994; Goldenberg & Klerman, 1995; Fraser, Brockert & Ward, 1995; Molina, Salinas, Fernández, Pérez & Ferrada, 1997; Akinbami, Schoendorf & Kiely, 2000). No obstante la amplia producción científica sobre los problemas a los que se enfrentan los adolescentes, todavía se tiene dificultad para definir conceptualmente la madurez durante la adolescencia. En seguida mostramos como se ha intentado resolver el problema de definir la madurez en esta etapa.

Desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica al concluir la fase de latencia, la persona posee los recursos psicológicos para poder enfrentar los cambios

biopsicosociales y elegir un objeto de amor extra familiar (Bloss, 1992). Por lo tanto, puede suponerse que el adolescente podrá enfrentar con éxito todas aquellas vicisitudes que definen a la adolescencia como un periodo crítico, incluyendo las situaciones en que verdaderamente pueda estar en riesgo, comúnmente presionados por el entorno afectivo más cercano: el grupo adolescente.

Dicho de forma más precisa, una persona tiene una respuesta adaptativa favorable en el periodo adolescente cuando ha adquirido los recursos psicológicos en las etapas previas del desarrollo. Poseer esos recursos implica ser capaz de identificar situaciones que representen riesgos y contemplar alternativas para resolverlas con éxito, en otras palabras, actuar con madurez. Por ejemplo, una buena parte de las conductas reconocidas como típicas en los adolescentes están motivadas por el incremento en la impulsividad sexual que, tarde o temprano, conduce al adolescente a enfrentar situaciones de acercamiento sexual. Sin lugar a dudas, una adolescente que practica la sexualidad corre los riesgos de infectarse y quedar embarazada.

Podemos decir que, con independencia de la información que un adolescente posea acerca de la sexualidad y sus riesgos, los estadios de madurez juegan un papel importante tanto en la práctica sexual como en el riesgo de infección y embarazo. Hemos podido reconocer tres circunstancias en las que diferentes estadios de madurez se relacionan con un embarazo durante la adolescencia:

1. La adolescente no es madura para iniciar su práctica sexual en el sentido de no poseer los recursos psicológicos para enfrentarla con responsabilidad, es decir, que sea parcialmente consciente de admitirse como una mujer sexualmente activa y busque establecer una relación de pareja (embarazo por inmadurez).
2. Aun cuando posee los recursos psicológicos, carece de la experiencia para la práctica sexual concreta (embarazo por pseudomadurez, inexperiencia).
3. La posibilidad del deseo genuino de embarazo por parte de la adolescente, como es el caso de adolescentes que residen en áreas rurales, donde la maternidad y el embarazo temprano no sólo son aceptables, sino también son deseables (embarazo por madurez).
4. El embarazo ocurre por factores externos y ajenos a la madurez (y voluntad) de la adolescente. En particular, nos referimos a la violación y el incesto (embarazo por evento traumático).

Parece claro que, durante la adolescencia, la respuesta emocional frente a la práctica sexual, el embarazo y la maternidad tiene relación con la madurez psicológica y, por ende, con la capacidad adaptativa. Sin embargo, como hemos estado señalando, el concepto de madurez en la adolescencia ha representado un problema en la investigación tanto en el aspecto teórico como en el aspecto operacional. En el intento de definir la madurez, se ha mencionado que la percepción del propio adolescente se debe estudiar para hacer mejores conceptualizaciones: “es imperativo que los investigadores tomen en cuenta la

auto percepción del adolescente para verdaderamente comprender el proceso por el cual el adolescente madura” (Galambos, Kolaric, Sears & Maggs, 1999).

Tomando en cuenta la percepción de madurez del propio adolescente, en algún momento del desarrollo emergerá la expectativa por adquirir autonomía, y puede serantes de lo que sus padres esperan; es decir, impera un deseo consciente por crecer, en donde la autonomía, entendida como autogobierno, se convierte en la meta más importante de la adolescencia (Galambos et al., 1999). La madurez psicosocial de un adolescente puede ser inferida tomando como criterio el nivel general de funcionamiento adaptativo y de competencia socioemocional, lo cual implica que el adolescente deberá tener una gran variedad de éxitos en el funcionamiento independiente, la comunicación interpersonal y la responsabilidad social (Galambos, Mac Donald Stuart, Naphtali, Cohen & de Frías, 2005).

Para definir el concepto de madurez en la adolescencia se han llevado a cabo estudios que encuestan a los propios adolescentes acerca de su concepción de llegar a ser adultos. Barker y Galmbos (2005) exploraron las diferentes concepciones de la madurez en adolescentes tomando en cuenta sus teorías implícitas acerca de la transición hacia la adultez. Estos autores plantean que las teorías implícitas de los adolescentes son creencias que tienen acerca de cómo sus atributos personales se estabilizan o bien cambian con el tiempo. Las teorías implícitas contribuyen al sentido de identidad o percepción de sí mismo a lo largo del tiempo que, en el caso de los adolescentes, los guía en su transición a la adultez. Los resultados del estudio revelaron que las creencias implícitas acerca de la madurez (como aceptar la responsabilidad de las propias acciones o decidir

de manera independiente en qué creer y qué valores adoptar) son tomadas por los adolescentes como un criterio necesario para la adultez, más importantes que ciertos roles de transición como incorporarse a un trabajo de tiempo completo o casarse. El 87% de los adolescentes consideraron que aceptar la responsabilidad de los propios actos era necesario para llegar a la adultez.

Barker y Galmbos (2005) concluyeron que las teorías implícitas de madurez en los adolescentes difirieron según la edad, el sexo y la madurez psicológica: los adolescentes mayores piensan que el futuro se extiende más allá de un futuro inmediato, pero no los más jóvenes; las mujeres se orienta más hacia la familia y los hombres se dirigen más hacia el plano material; tanto los adolescentes maduros como los inmaduros obtuvieron puntajes menores al promedio en el cuestionario de problemas conductuales. En contraste, aquellos adolescentes que fueron descritos como pseudomaduros obtuvieron puntajes superiores al promedio en el mismo cuestionario, lo que sugiere que los adolescentes pseudomaduros tienen más problemas conductuales que los otros adolescentes.

En otro trabajo cuyo propósito fue estudiar la relación entre el desempeño cognoscitivo y diferentes estadios de madurez en la adolescencia (Galambos, Mac Donald Stuart et al., 2005), se definieron tres estadios de madurez, a saber: a) adolescentes pseudomaduros (o adolescentes adultoides), quienes se caracterizaron por sentirse más grandes de lo que en realidad son, tener problemas conductuales y menor madurez psicosocial; b) adolescentes inmaduros, caracterizados por sentirse más chicos respecto a su edad, mostrar pocos problemas conductuales y bajos puntajes en las medidas de madurez

psicosocial; y c) adolescentes maduros, que se distinguen por sentirse un poco más grandes de su edad, no tener problemas conductuales y obtener los más altos puntajes en la escala de madurez psicológica.

Con respecto a cada categoría de madurez, Galambos, Mac Donald Stuart et al. (2005) concluyeron que los adolescentes pseudomaduros, con mayor probabilidad, tenían hermanos y amigos mayores que ellos con quienes se involucraban, aunque también se relacionaban con sus pares de la misma edad, realizaban actividades culturales populares y mostraban el peor desempeño en habilidades cognitivas. Estos adolescentes parecen estar en un camino rápido hacia la adultez sin adquirir las responsabilidades y conductas típicas asociadas a la madurez genuina. Los adolescentes inmaduros parecen moverse a un paso más lento hacia la madurez, pues les parece que es un destino desconocido; en particular, se caracterizaron por importarles menos los compañeros, es decir, no se involucraban tanto con sus pares y su desempeño respecto de algunos aspectos de su ambiente fue malo. No obstante, tanto los adolescentes pseudomaduros como los inmaduros tuvieron un deseo significativamente más fuerte de ser grandes. Por último, los adolescentes maduros tuvieron el mejor desempeño en su ambiente; las adolescentes maduras preferían gastar su tiempo de manera individual y establecer relaciones individuales (Galambos et al., 1999; Galambos, Mac Donald Stuart et al., 2005). Además, la madurez psicológica se relacionó con un desempeño cognitivo mejor: los adolescentes maduros poseían mayores puntajes de cociente intelectual y presentaron ventajas en el desempeño tanto de la inteligencia fluida como de la inteligencia cristalizada.

Definir la madurez psicológica en la adolescencia seguirá siendo un reto para la investigación en esta área. A pesar de diversas aproximaciones, como a) la definición conceptual de los teóricos, b) la investigación de la propia percepción de los adolescentes o c) la selección de marcadores de madurez, como el desempeño cognoscitivo, todavía hay mucho trabajo por hacer. No obstante, en esta tesis se comparte la idea de que la madurez en la adolescencia puede ser evaluada a partir de diferentes marcadores. Por esta razón, nos interesamos en estudiar la madurez psicológica a partir de los marcadores de la edad subjetiva y la edad cronológica (Galambos et al., 1999), además de las etapas del desarrollo adolescente (Blos, 1992).

Edad cronológica

La edad cronológica es una variable comúnmente empleada en la investigación psicológica para hacer comparaciones y, a pesar de que puede resultar relativamente fácil hacer una definición operacional de ella, no escapa a la dificultad de definir la madurez psicológica cuando se elige como indicador, aun cuando la Real Academia de la Lengua (2001) la define de manera clara y precisa como el “tiempo que la persona ha vivido; se cuenta desde el día que nació.” Por eso no es de extrañarse que la definición de la madurez psicológica durante la adolescencia sea tan difícil.

Ejemplo de las dificultades de definición son las discrepancias con respecto a la edad cronológica cuando se trata de establecer el periodo de la etapa

adolescente. Como se mencionó en el capítulo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) proponen dos intervalos de edad diferentes para definir el periodo adolescente. Mientras que la OMS considera el intervalo entre los 10 y los 19 años de edad, la ONU en el año internacional de la juventud estableció el periodo entre los 15 y los 24 años de edad.

No obstante, el criterio de la edad cronológica ha sido útil para definir ciertas características de maduración en adolescentes. Por ejemplo, Portella, De Arruda y Cossio-Bolanos (2011) valoraron el rendimiento físico de jóvenes futbolistas en función de la edad cronológica. Para ello, diseñaron un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 369 atletas varones practicantes de fútbol entre 11 y 18 años, a quienes se evaluó las variables antropométricas de masa corporal, estatura y pliegues cutáneos, así como las variables de rendimiento físico de flexibilidad, velocidad en 30 m, salto vertical con contra-movimiento y salto horizontal. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) a partir de los 13 a los 14 años, tanto en la fuerza explosiva y en la velocidad. Sin embargo, la flexibilidad de los 14 a los 15 años comienza a estabilizarse hasta los 18 años. Por lo tanto, las pruebas físicas de fuerza explosiva y la resistencia aeróbica aumentan de forma progresiva y el tiempo en la prueba de velocidad disminuye con el transcurso de la edad. Por el contrario, los valores de la flexibilidad involucionan de forma regresiva con el pasar de los años. Cuando se compararon con otros estudios, los resultados de esta investigación mostraron mayor nivel de rendimiento en las pruebas de velocidad y fuerza explosiva. Sin embargo, no se

encontraron estudios que permitieran comparar las pruebas físicas de flexibilidad. Portella et al. (2011) concluyeron que la edad cronológica durante el periodo adolescente es un buen indicador para apreciar las variaciones significativas en el rendimiento físico en pruebas de velocidad, flexibilidad, fuerza explosiva y potencia aeróbica de futbolistas hasta los 13/14 años, y también permite observar que, después de estas edades, este rendimiento se mantiene relativamente estable hasta los 18 años.

En el ámbito médico-legal, la solicitud de estimar la edad cronológica de un individuo vivo es motivada por muchas razones, entre las cuales destacan: el aumento de la violencia, los problemas socio-culturales, el abandono durante la infancia y la inmigración. Por ello, recientemente en nuestro país, Aquino, Bojorge, Granados y Ramírez (2011) fundamentaron la elaboración de un nuevo procedimiento para estimarla edad cronológica analizando el cierre apical de los segundos molares mandibulares por medio de la ortopantomografía o radiografía panorámica. Para ello, diseñaron un estudio observacional, retrospectivo, con una muestra de 568 ortopantomografías seleccionadas de los expedientes de pacientes entre los 14 y 20 años. Se evaluaron los segundos molares estableciendo por observación directa el cierre apical y se pudo comprobar que este cierre se presenta en distribución porcentual de acuerdo al grupo de edad. Concluyeron que el cierre apical se lleva a cabo a partir de los 18 años de edad en un 35.5%, y después de los 18 años (19 y 20) en un 52.3 %, edad con la cual, en México, se define legalmente la mayoría de edad.

Otro ejemplo de la importancia de la edad cronológica como un indicador de la madurez en la adolescencia son las descripciones de metas de madurez biológica esperadas para cada grupo edad en la infancia y adolescencia. Tal es el caso de la estimación de la maduración ósea mediante la radiografía de Mano-Muñeca, que permite incluso distinguir diferencias entre género y raza (Bedoya, Salcedo, Villavicencio y Acosta, 2009), y de los indicadores que emplea la medicina forense para estimar la edad cronológica de los cadáveres. Finalmente, baste recordar el debate actual en nuestro país a propósito de poder establecer una edad cronológica a partir de la cual se puedan juzgar los actos criminales de algunos adolescentes.

Nos parece que, desde el punto de vista de la psicología, cada vez está más claro que es un mito suponer que a mayor edad cronológica mayor madurez psicológica en cualquier época de la vida, principalmente en el periodo adolescente. No obstante, la relación existe y está influida multifactorialmente.

La adquisición de muchos privilegios en la sociedad están marcados por criterios de edad cronológica que determinan legalmente la adultez; por lo tanto, a medida que los adolescentes adquieren responsabilidades sociales, también desean tener acceso a los privilegios de adultos, por lo que su auto percepción de madurez podría cambiar. Es posible que el acceso precipitado a esos nuevos “privilegios”, como tomar alcohol o comprar cigarrillos, ponga en riesgo a un adolescente que no tiene la madurez para enfrentarlos.

Sin embargo, los investigadores interesados en el desarrollo durante la adolescencia se han preguntado si hay alguna edad cronológica en donde la adolescencia termine (Arnett & Taber, 1994). Aunque podría pensarse que el final de la adolescencia está marcado más bien por la conquista de metas de maduración (Bloss, 1992), hay evidencia de que, alrededor de los 20 años de edad, los adolescentes no reportan diferencias entre la edad subjetiva y la edad cronológica (Arnett, 2004; Galambos, Turner & Tilton-Weaver, 2005). Sin embargo, queda la duda de si es un buen criterio de madurez psicológica el hecho de que una persona, al final de su adolescencia, refiera que se siente de la misma edad cronológica que tiene.

Algunas investigaciones señalan que los adolescentes de mayor edad tienen problemas conductuales más serios, en parte, porque la edad cronológica está asociada con un estado puberal más avanzado. Es decir, la apariencia corporal es más completa y, si se agrega la percepción de sentirse mayor, caer en conductas de riesgo es más probable (Galambos et al., 1999).

La Investigación sobre la edad subjetiva ha hecho hincapié en el papel que juega la edad cronológica como un indicador en la percepción de madurez (Barnes-Farrell & Piotrowski, 1989; Baum & Boxley, 1983; Galambos et al., 1999; Galambos, Turner et al., 2005; Heckhausen, 1997; Hubley & Hultsch, 1994; Markides & Boldt, 1983; Montepare, 1996; Montepare & Clements, 2001). Aunque es común encontrarse con la idea de que diferentes estadios de madurez deberían ser atribuidos a diferentes edades cronológicas –a mayor edad mayor madurez–, se ha demostrado que la relación entre la edad cronológica y madurez psicológica

no necesariamente tiene la misma dirección. De hecho, las investigaciones han reportado una relación inversa en los adolescentes; por ejemplo, los adolescentes de 9 a 17 años de edad, por lo general, se sienten mayores a su edad cronológica (Galambos et al., 1999), y los cambios en esta percepción se modifican cuando el adolescente llega a ser un adulto joven (Galambos, Turner et al., 2005). En contraste, los adultos de 30 años o mayores generalmente se describen como más jóvenes o bien como de la misma edad que tienen (Barnes-Farrell & Piotrowski, 1989; Baum & Boxley, 1983; Heckhausen, 1997; Hublely & Hultsch, 1994; Montepare, 1996).

Describir a los adolescentes por su edad cronológica ha permitido establecer diferencias en cuanto a su rendimiento físico, el periodo de años que dura la adolescencia, estimar la edad mediante indicadores biológicos de crecimiento, etc. A pesar de los argumentos anteriores, sigue habiendo dudas acerca de tomar como criterio de madurez psicológica la edad cronológica; pensamos que el error está en tomar la edad como único criterio para estimar la madurez. Coincidimos con la posición científica de que la madurez psicológica durante la adolescencia debe ser estimada a partir de la interacción de varios criterios en donde la variable edad cronológica es muy importante, pues permite establecer criterios de comparación entre diferentes grupos de adolescentes. En este trabajo doctoral tomaremos la edad cronológica, la edad subjetiva y la etapa adolescente como marcadores de madurez para evaluar el malestar psicológico en adolescentes que están embarazadas.

Edad subjetiva

En el apartado anterior quedó implícita la idea de que el diseño de las investigaciones en psicología para hacer comparaciones por grupos de edad es un criterio común pues es relativamente simple, lógico e intuitivo, ya que a diferentes edades se pueden esperar acontecimientos específicos. Es decir, personas con edades similares tendrían estilos de vida y estados de salud física y mental similares. Por ejemplo, las personas que han llegado a la ancianidad experimentan cambios sociales a partir de la jubilación y, con ello, la reducción de los ingresos, la muerte de un cónyuge, el establecimiento de enfermedades, etc. En este caso, como en otros, la edad cronológica puede ser una base adecuada para la división por grupos de edad si se quiere explorar esa experiencia de vida particular.

Los psicólogos dedicados a la investigación gerontológica se han propuesto comprender el proceso de envejecimiento centrándose en los eventos del ciclo de vida, pues la experiencia subjetiva de estos eventos varía en las personas, y quienes son capaces de hacer frente a las transiciones de la edad se sienten de manera diferente a quienes no les pueden hacer frente.

A raíz de estas observaciones, algunos investigadores han sugerido el empleo del concepto de edad cognitiva (o edad subjetiva) como un mejor criterio que la edad cronológica para comparar la experiencia de vida, ya que refleja mejor la identidad de un individuo y su comportamiento. Aplicando este criterio, los investigadores observaron que la satisfacción en la vida, una mayor programación de actividades

cotidianas y una mayor cercanía con la familia se relacionan con tener una edad cognitiva más joven respecto de la edad cronológica.

La investigación psicológica sobre el desarrollo de la adultez ha tenido una larga historia, especialmente en torno a la auto percepción de la edad o “de la edad que uno se siente” (Blau 1956). Esta historia ha mostrado que muchas personas mayores, particularmente de mediana edad o adultos mayores, reportan sentirse más jóvenes que su edad real; en esta población, la percepción subjetiva de edad es un mejor predictor de la salud física y mental que la edad cronológica (Galambos et al., 1999; Zacarés González y Desfilis, 1996). Es decir, en términos generales, se ha observado que las personas con edad avanzada que poseen una mejor salud se sienten más jóvenes que las personas de la misma edad que son menos saludables.

A partir de la investigación con adultos mayores, tradicionalmente la edad subjetiva ha sido definida como la edad auto percibida o la edad que uno siente tener (Blau, 1956; Montepare & Lachman, 1989; Hubley & Hultsch, 1994; Galambos et al., 1999). Esta experiencia subjetiva de la edad es estimada por las personas con respecto a la propia edad cronológica y se refiere a la percepción de qué tan mayor o menor se sienten, ya sea respecto de la propia edad cronológica o en comparación con otras personas de la misma edad.

La edad subjetiva o auto percibida es un importante marcador para los estudios que intentan conocer diferencias en las características psicológicas esperadas en etapas y/o crisis específicas del ciclo vital, como la adolescencia, juventud,

ancianidad, y/o cambios de escuela, matrimonio, embarazo, jubilación, etc. Debido a su definición, la edad con que uno se siente respecto de su edad cronológica permite hacer comparaciones por grupos de edad (Settersten & Mayer, 1997). Además, los investigadores señalan que la edad subjetiva puede reflejar los aspectos motivacionales en las personas hacia la salud, identidad o satisfacción en la vida, porque el resultado de ello puede estar asociado a un deseo en las personas de ser más jóvenes o mayores (Galambos et al., 1999).

También hay evidencia de que la edad subjetiva está asociada a los acontecimientos importantes en la vida de un individuo, porque puede hacer referencia al deseo de conseguir metas personales o sociales (Montepare & Clements, 2001; Zebrowitz & Montepare, 2000), como adquirir personalidad jurídica o un título profesional, conductas asociadas con ciertas edades en la vida que caracterizan las crisis de maduración (cumplir 30, 40 o 50 años), o llegar a ser formalmente anciano. Por lo tanto, se puede esperar que la edad subjetiva y sus referentes reflejen los diferentes cambios que hay a lo largo de la vida.

Es importante señalar que la evaluación de la edad subjetiva ha variado dependiendo de cómo se formulan las preguntas de investigación. Algunos investigadores la han medido con un solo reactivo (Markides & Boldt, 1983), mientras que otros conceptualizan la edad subjetiva como un constructo global que se evalúa con varias preguntas (Galambos et al., 1999; Montepare & Lachman, 1989); otros conciben la edad subjetiva como un constructo multidimensional y evalúan varios subcomponentes como la edad psicológica y física (Montepare, 1996). No obstante, el factor común a todas estas mediciones

es cómo se sienten los sujetos en relación con su edad cronológica; la edad subjetiva tiene que ver, entonces, con el grado de correspondencia entre ese sentir y la edad. Por ello se pregunta a los sujetos de investigación qué tan grandes se sienten y se les propone, como opciones de respuesta, escalas Likert que van desde "mucho más joven que mi edad" a "mucho más grande que mi edad" (Galambos, Barker, & Tilton Weaver, 2003; Montepare, 1996).

Se sabe que los resultados publicados sobre la edad subjetiva son consistentes a pesar de las diferentes estrategias con las que se ha evaluado el constructo. Dichos resultados sugieren que, a medida que se avanza en la edad cronológica, la edad subjetiva cambia en un sentido inverso. Se ha descrito una transición de la percepción subjetiva de sentirse más grande, típica del periodo adolescente, a la percepción subjetiva de sentirse más joven, que en general caracteriza tanto a la mediana edad como a la edad avanzada. Parece que esta tendencia se comienza a invertir alrededor de los 20 años de edad, justo en el periodo en que se espera que la adultez comience a emerger.

Montepare y Lachmann (1989) llevaron a cabo un estudio transversal con el propósito de caracterizar diferentes grupos de edad en relación a la edad subjetiva; eligieron una muestra de sujetos de 14 a 83 años de edad. Los autores llegaron a la conclusión de que, durante los años del periodo adolescente, la mayoría de los sujetos tienden a sentirse más grandes respecto de su edad cronológica, mientras que los adultos jóvenes (con edad cronológica alrededor de los 30 años) tendieron a responder sentirse de la misma edad que realmente tienen; por su parte, los adultos mayores tuvieron la tendencia a sentirse más

jóvenes. Esta investigación mostró que la adolescencia es la única época de la vida en que las personas tienden a sentirse más grandes que su edad cronológica.

La edad subjetiva también ha sido evaluada en el periodo intermedio entre la adolescencia y la adultez. Este periodo representa una transición entre seguir siendo adolescentes e iniciar con los compromisos adultos; es un periodo donde, en realidad, ya no se es adolescente, pero tampoco adulto. Se ubica entre los 18 y 20 años de edad aproximadamente. Es un periodo posterior a la adolescencia en el cual la adultez emerge y que puede caracterizarse por situaciones de vida como la elección de una carrera profesional, el inicio de un trabajo formal o la consolidación de una relación de pareja que pasa de ser romántica a más madura (Arnett, 2000).

A propósito de este periodo es importante señalar que los indicadores tradicionalmente utilizados para ubicar el inicio de los compromisos adultos, como la finalización de la escolaridad, el matrimonio o la paternidad, no parecen seguir una secuencia estándar o tradicional en los jóvenes actuales, pues las metas individuales modernas imponen un retraso en esos indicadores de adultez. Por ejemplo, muchas mujeres postergan la maternidad para dar prioridad a su proyecto profesional, lo cual ha planteado un reto para la atención de mujeres primigestas con edades por encima de los 35 años.

Galambos, Turner et al. (2005) diseñaron un trabajo para estudiar la relación entre la edad subjetiva y la edad cronológica en la época en que la madurez emerge. Para ello, encuestaron a una muestra de 190 estudiantes universitarios (140,

mujeres y 50 hombres) con edades entre 17 y 29 años. Encontraron que había una relación lineal negativa entre la edad cronológica y la edad subjetiva. Identificaron, en esta población de jóvenes, una transición de sentirse más grandes, característico de la adolescencia, a sentirse más chicos; además señalaron que el cambio se produce alrededor de los 25.5 años de edad. Esta transición parece tener relación con que el adulto emergente debe redefinirse, pues el contexto en que ahora se desenvuelve es distinto al de su adolescencia debido tanto a la incorporación a nuevos grupos como a la necesidad de adaptarse a su autonomía recién adquirida.

En resumen podemos decir que, en la población de jóvenes que transitan a la adultez, la sensación subjetiva de edad pasa de sentirse más grande cuando se era chico (la adolescencia que termina) a sentirse más chico cuando se es más grande (la adultez que emerge). Esta transición de la edad subjetiva puede o no estar relacionada con la madurez percibida, la cual se centra en el tratamiento del deseo y la percepción individual de la madurez.

A pesar de la amplia investigación sobre el concepto de edad subjetiva en población adulta y su utilidad para diferenciar actitudes y conductas hacia la salud, se ha prestado poca atención a evaluar el concepto en la adolescencia, aun cuando ya se había señalado que, en contraste con la población adulta, la adolescencia es la única época de la vida en la que los individuos, por lo general, se sienten más grandes con respecto a su edad cronológica.

La edad subjetiva es un constructo teórico que puede destacar de manera importante entre las aproximaciones conceptuales que tratan de explicar el comportamiento de los adolescentes. Los modelos biopsicosociales afirman que la auto percepción de madurez media la relación entre el cambio puberal y el comportamiento adolescente (Stattin & Magnusson, 1990), mientras que las teorías de los problema conductuales (Jessor, 1992; Newcomb & Bentler, 1988) y la brecha maduracional (Moffitt, 1993) postulan que el participación en conductas como práctica sexual, delincuencia y consumo de drogas conduce al adolescente a una percepción gratificante de ser maduro o de ser más grande.

Estas posturas teóricas sugieren que la edad subjetiva es importante, porque, durante la adolescencia, un deseo profundo de tener mayor edad puede ser un factor altamente motivante para conducir al adolescente a involucrarse en conductas de riesgo, pues conllevan una sensación subjetiva de ser mayor que fortalece la tendencia a repetirlas. No obstante, a pesar de la importancia potencial de la edad subjetiva para explicar la aparición y el mantenimiento de comportamientos de riesgo, pareciera, que en realidad, la investigación sobre adolescencia ha descuidado el uso del concepto (Arnett, 1992a, 1992b; Jessor, 1992).

Un aspecto a considerar al caracterizar la relación entre la edad subjetiva y la conducta adolescente es qué comportamientos se esperan a una edad cronológica determinada. Por ejemplo, un adolescente que se involucra por primera vez en la actividad sexual a los 18 años de edad no puede experimentar la misma sensación de madurez comparado con un adolescente que inicia su vida

sexual a los 14 años. Si examinamos el vínculo entre edad subjetiva y el inicio de actividad sexual en un adolescente de 18 años, sería poco probable que la conducta sexual le diera la sensación subjetiva de ser mayor, pues se espera que a los 18 años posea la madurez para confrontar esta experiencia de vida. Empero, un sujeto que inicia su vida sexual más joven podrá tener una percepción subjetiva de ser mayor debido precisamente a esa conducta. De hecho, entre más temprano sea el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, se considera una conducta de mayor riesgo tanto para infecciones de transmisión sexual como para embarazos no deseados. De manera similar, puede haber una percepción subjetiva de ser mayor en aquellos adolescentes que se involucran tempranamente en conductas como fumar o beber, en lugar de iniciar las mismas conductas más tardíamente cuando se espera que el sujeto tenga una madurez que le permita el consumo racional de esas sustancias.

También se han estudiado las diferencias de género respecto de la edad subjetiva y su relación con la conducta adolescente. Por ejemplo, Galambos et al. (1999) encontraron específicamente en las mujeres adolescentes una correlación entre la edad subjetiva y el uso de sustancias, la desobediencia a los padres, una mala conducta escolar y comportamiento antisocial. En contraste, con los varones adolescentes la correlación se estableció entre la edad subjetiva y el uso de sustancias. Estos resultados indican la importancia de considerar las diferencias de género en el estudio de la edad subjetiva y su conexión con la conducta adolescente de riesgo.

Es un acierto postular que una de las metas más importantes al final de la adolescencia es adquirir un comportamiento autónomo respecto de los adultos que supervisan la conducta durante el desarrollo, sean padres, maestros, etc. Dado que la autonomía es, en un amplio sentido, un indicador de la transición hacia la adultez, puede pensarse que tener una percepción subjetiva de ser mayor está relacionado positivamente con una conducta autónoma o con una sensación de madurez.

No obstante, aunque la edad subjetiva puede ser un potencial marcador de madurez en la adolescencia, también puede estar relacionada con problemas conductuales. Se ha observado que algunos adolescentes que se perciben mayores se involucran en conductas “adultoides”; es decir, adquieren comportamientos característicos de gente mayor, sin supervisión, que les pueden hacer sentir “autónomos” y tienen una socialización intensa con sus pares y con personas mayores. Por ello, se afirma que en la adolescencia, tomando la edad cronológica como punto de partida, la edad subjetiva puede ser un predictor significativo de la conducta adolescente y no un indicador de madurez; en todo caso, sí es un indicador de la percepción de madurez en la adolescencia.

El concepto de edad subjetiva, entonces, se ha empleado como un indicador importante para observar diferencias individuales de la percepción de madurez en adolescentes. Una conducta considerada por ellos como propia de gente madura, que, crean, conlleve la imagen de un estatus adulto, como fumar, tomar alcohol o tener relaciones sexuales, ocurriría solamente en aquellos adolescentes que tuvieran una edad subjetiva mayor que su edad cronológica. De hecho, se cuenta

con evidencia de que adolescentes que han tenido experiencia de contacto sexual se sienten mayores que los que no la han tenido (Arbeau, Galambos & Jansson, 2007). Vale la pena anotar que conductas vandálicas o francamente antisociales en adolescentes están excluidas de tener una imagen o estatus adultos.

En la búsqueda de la explicación psicológica de la manera en que el adolescente pasa a la adultez, el concepto de edad subjetiva ha resultado ser un indicador incluso más importante que la edad cronológica o el estado de madurez física. Por ejemplo, el sentimiento de mayor madurez en mujeres adolescentes se ha asociado con la aparición de la menarca en edades más tempranas y con problemas conductuales (Galambos et al., 1999). También se ha mostrado que mayores puntajes de madurez psicosocial se asocian a una edad subjetiva mayor; es decir, la madurez psicosocial ha podido predecir la edad subjetiva (Galambos, Turner et al., 2005). Incluso se ha reportado que adolescentes víctimas de abuso sexual tienen una edad subjetiva mayor, lo cual sugiere que quizá esta percepción (edad subjetiva mayor) contribuyó a exponerse a situaciones de riesgo de abuso sexual (Turner, Runtz & Galambos, 1999).

Para profundizar en el papel que juega la edad subjetiva en la explicación de la conducta adolescente, Galambos (2009) realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar en una muestra aleatoria de 664 adolescentes de 12 a 19 años de edad la relación entre la edad subjetiva y algunas conductas: salir de cita, práctica sexual y uso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas). Tenían la hipótesis de que estas conductas están relacionadas con la edad subjetiva, pues da una imagen hacia la sociedad de ser mayor y/o una percepción subjetiva de mayor madurez. Los

resultados indicaron que tener una edad subjetiva mayor se relacionaba con adolescentes que tenían: mayor edad cronológica, citas con una pareja mayor, experiencia sexual, un elevado consumo de alcohol y drogas y, particularmente en los varones, el hábito de fumar. El estudio concluyó que estas conductas pueden ser importantes como indicadores de la forma en que los adolescentes experimentan su edad.

Anteriormente ya se había demostrado que tener la sensación de ser mayores, en la adolescencia, se ha asociado positivamente con: a) establecer relaciones con los pares del mismo y del sexo opuesto, particularmente con los que tienen problemas conductuales, b) relacionarse con adultos o con adolescentes que no asisten a la escuela o que trabajan, c) con la aceptación social y con parecer y actuar como mayores. Estas son evidencias de porqué el concepto de edad subjetiva se ha perfilado como un predictor de la conducta en adolescentes (Galambos et al., 1999).

En el estudio de la respuesta psicológica frente al inicio de la sexualidad durante la adolescencia, también podría emplearse el concepto de la edad subjetiva. Se puede partir de la idea de que ciertos adolescentes de las sociedades modernas inician temprano la actividad sexual, en parte, como un intento de superar la estigmatización de parecer ante los pares demasiado jóvenes cuando confiesan que no han tenido relaciones sexuales (Moffitt,1993).

La actividad sexual durante la adolescencia, en particular cuando inicia temprano, aparece en un contexto social donde las adolescentes se caracterizan por tener

una relación con novios mayores, socializar en grupos de adolescentes mayores en edad cronológica y tener pares o amigos que ya han iniciado su vida sexual. Además, la iniciación sexual temprana en la adolescencia se asocia con una mayor experiencia de coerción sexual (Marine et al., 2000).

Teniendo en cuenta que la actividad sexual en la adolescencia está asociada con una imagen mayor y con interacciones con compañeros de mayor edad, se puede suponer que los adolescentes que tienen relaciones sexuales bajo esta imagen han iniciado su actividad sexual a una edad más temprana, han tenido más parejas sexuales y probablemente tengan una edad subjetiva mayor.

Hasta donde sabemos, no existen estudios que examinen la manera en que se relacionan la edad subjetiva y la conducta sexual. Sin embargo, un estudio encontró que las niñas que habían sido víctimas de abuso sexual tenían una edad subjetiva mayor que las que no sufrieron el abuso, lo cual sugiere que, en los casos donde la actividad sexual fue forzada, puede provocar que las adolescentes se sientan mayores y se distancien de la percepción de vivir con plenitud su infancia (Turner et al., 1999). De igual manera, no sabemos si el concepto de edad subjetiva haya sido empleado en el estudio del fenómeno del embarazo adolescente, pero creemos que el concepto puede servir para profundizar sobre el estudio de la respuesta psicológica de las adolescentes que se embarazan.

Queda todavía la duda de si la edad subjetiva condiciona las conductas de riesgo o si esas conductas permiten al adolescente sentirse mayor: ¿Qué ocurre primero, los problemas conductuales seguidos de una edad subjetiva mayor, viceversa o se

desarrollan simultáneamente? Independientemente de seguir investigando para dar una respuesta a esta interrogante, se debe examinar los factores que influyen en la edad subjetiva y la manera en que se desarrollan e interactúan en la adolescencia. Sin embargo, lo indudable es que el estudio de la edad subjetiva tendrá importantes implicaciones prácticas para el abordaje con adolescentes, pues, con una adecuada intervención, la madurez –no la sensación de madurez– puede incrementar el bienestar en adolescentes. En particular, el estudio de la edad subjetiva en adolescentes embarazadas se perfila como un concepto que podría identificar a las adolescentes en riesgo de actuar erráticamente y a las que presentan malestar psicológico como consecuencia de ese actuar errático.

Etapas de la adolescencia

Sabemos que, en la adolescencia, están implicados procesos psicológicos que acompañan a los biológicos con el propósito de favorecer la adaptación al cambio físico. Ello implica cierta independencia entre el estado de maduración física y el proceso psicológico, de modo que la realidad psicológica en la adolescencia puede permanecer independiente del curso del estado de madurez física. Por ello, diferenciar los estadios del desarrollo psicológico durante la adolescencia es imperante. Existen aproximaciones teóricas que han descrito la secuencia psicológica de maduración en la adolescencia aunque esta secuencia, debemos insistir, no siempre coincide con la edad cronológica ni con el desarrollo físico. Además, la respuesta psicológica global en la adolescencia también depende de la historia de vida y del medio ambiente.

En este trabajo se plantea indagar si durante la adolescencia se puede reconocer etapas de maduración que predigan el estado emocional ante el embarazo y la maternidad temprana. Por ello, nos proponemos tomar como guía el trabajo de Peter Blos (1992), quien secciona la adolescencia en cinco etapas describiendo en cada una de ellas metas de maduración, y abre, así, la posibilidad de definir operacionalmente estas etapas. El autor propone dividir la maduración adolescente en preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia y posadolescencia.

Existen pautas que se pueden precisar en la secuencia de maduración de la adolescencia; aunque la relación con la edad y con el desarrollo físico sea débil, la conducta depende de la historia individual y del ambiente. Se ha definido tradicionalmente a la adolescencia como un periodo de cambios críticos en los ámbitos biológico, psicológico y social; también ha sido reconocida como un periodo intermedio entre la infancia y la adquisición de compromisos adultos, y se considera que una de las tareas fundamentales de la adolescencia tiene una estrecha relación con la identidad. En esta época, la tarea del adolescente se puede sintetizar en dar respuesta a la pregunta “¿quién soy yo?”

En el presente trabajo haremos hincapié en aquellas tareas de la dinámica psicológica que tengan relación, influencia o impacto en la vivencia de la sexualidad o en su expresión. Por ello, para facilitar la exposición de la sexualidad en la adolescencia, se ha tomado en consideración la división propuesta por Peter Blos:

1. La preadolescencia es un periodo que prepara al individuo desde el punto de vista psicológico para su ingreso a la adolescencia y es diferente en el varón que en la mujer. En esta etapa, hay un aumento del impulso sexual; en los varones también aumenta, con respecto a los años infantiles anteriores, la curiosidad sexual acompañada de un sentimiento de culpabilidad. Sin embargo, este sentimiento, que en el inicio es vivido como único e íntimo, puede encontrar una disculpa en la medida de que el varón empieza a socializar con los compañeros que cruzan por el mismo periodo y padecen la misma zozobra.

El grupo preadolescente permite socializar la culpa por esa curiosidad sexual, pues, al compartir sus inquietudes e intereses, pueden sentirse acompañados en esa situación en donde, además, se suma la angustia, uno de los sentimientos que caracterizan el periodo adolescente. En la preadolescencia, la angustia está ligada con el aumento del deseo sexual que se complica cuando las circunstancias sociales obligan a tolerar el contacto con el sexo opuesto. Por lo general, los varones tienen una actitud de reserva hacia las mujeres, lo que les protege de la angustia de entrar en contacto con las adolescentes e incluso pueden llegar al extremo de tener una actitud hostil hacia ellas.

En cambio, las mujeres tienen una orientación decidida hacia los hombres, no en el sentido de intercambio afectivo, como se presentará más adelante, sino en una actitud de competencia y de rivalidad. En realidad, esta actitud típica de la joven preadolescente implica un mecanismo defensivo de negación contra la angustia que provoca el hecho del cambio vertiginoso de su cuerpo. Es decir, esconde la

angustia provocada por asumir un papel femenino, socio-culturalmente determinado, del cual inconscientemente se siente incapaz.

2. La adolescencia temprana es cuando inicia el proceso de elegir un objeto de amor extra familiar y también un intento firme e incansable de autodefinirse. Es decir, los valores y reglas por los cuales se rige la conducta y la evaluación de los acontecimientos cotidianos adquieren independencia de la autoridad paterna. Así comienza un proceso de autonomía en los patrones conductuales y la separación emocional de los familiares cercanos; se instaura un intento decidido en el ejercicio de un círculo afectivo fuera de la familia.

En estos ensayos de relaciones afectivas también se observan diferencias entre los sexos. Los varones adolescentes buscan, para el inicio de esta relación, una persona que consideran ideal, pues en su apreciación posee las características que a él le gustaría tener. En la relación cercana con esas personas idealizadas encuentran satisfacción. En este periodo aún se observa la orientación hacia su mismo sexo, típica de la etapa anterior, aunque ahora no se trata de una relación diluida en un grupo, sino es una relación de pares.

Por su parte, la respuesta de la mujer adolescente se distingue por el ensayo en las emociones; ellas siguen en su orientación heterosexual de la etapa anterior, pero la respuesta emocional se caracteriza por ser súbita, como en los “amores a primera vista”, con sensaciones afectivas de gran intensidad. Sin embargo, la vivencia de estar enamoradas es breve. De hecho, este amor también

es idealizado, como en el caso del varón, y protege a la adolescente de entablar un vínculo con una persona real, ya que en general se enamoran de persona inalcanzables en su contexto sociocultural.

3. La adolescencia propiamente dicha implica la condición de haber, al menos, iniciado la separación emocional de los familiares en búsqueda de una independencia de carácter afectivo. Dependiendo de la historia personal, se puede o no internalizar la sensación de haber sido afectivamente provisto. Esta sensación de amor familiar se deposita en sí mismo y permite al individuo, en esta etapa por demás demandante, una tendencia al incremento de la autoestima y el valor personal cuando las metas así lo requieran. También condiciona en el adolescente la existencia de la disposición hacia el amor heterosexual.

Ahora podemos decir, en términos generales, que en la adolescencia propiamente dicha la meta psicológica tiene que ver con que el desarrollo emocional tienda hacia las relaciones de objeto estables con ambos sexos fuera de la familia y hacia la formación de una identidad sexual irreversible. En esta etapa, se consolidan los procesos psicológicos característicos en la adaptación a la nueva condición corporal y social. Tanto para los hombres como para las mujeres, el hallazgo de un amor heterosexual es una de las tareas importantes, lo cual se relaciona con la confirmación de la identidad sexual. Aunque estas primeras relaciones no corresponden a un amor maduro, están matizadas por un amor tierno y aún poseen una gran parte de idealización. Tampoco son relaciones en la fantasía con ídolos inalcanzables, sino que el amor se deposita en personas

totalmente susceptibles de ser alcanzadas dado que están menos idealizadas y se encuentran en su ambiente inmediato. En una forma de conocimiento popular, al amor que caracteriza a la adolescencia propiamente dicha se ha calificado como “platónico”.

4. En la adolescencia tardía se observa una conducta propositiva y una mayor capacidad para la socialización, lo que permite una adecuada integración en el ámbito social. Además, se posee la aptitud para identificar y expresar los afectos, lo cual implica una constancia en las emociones, la estabilidad en la autoestima y la consolidación del carácter. Esto permite una organización de la personalidad total que alcanza un grado de maduración óptimo, lo cual se refleja en la conducta del adolescente en los ámbitos extra familiares, como la escuela y el trabajo.

De esta conducta también se puede inferir una estabilidad en las preferencias y actitudes; además, las convicciones en la ideología adquieren independencia y solidez, las relaciones afectivas son estables y las personas son evaluadas con mayor objetividad que en las etapas anteriores tanto en las relaciones de amistad como en las de pareja. Por los logros alcanzados surge el reconocimiento social, al menos en el círculo de amigos más cercano, pero, dependiendo de las capacidades individuales, el reconocimiento se puede extender a un sector más amplio del medio social del adolescente. Todo esto indica que, por la consolidación de los procesos adolescentes, se refuerza el potencial adaptativo y se consolida el proceso de la individualidad.

5. La posadolescencia es un periodo que podríamos ubicar entre la adolescencia y la edad adulta. Se trata de una etapa de transición hacia la madurez, en donde se termina por armonizar las partes componentes de la personalidad, principalmente la dignidad personal y la autoestima.

De la propuesta de Peter Blos, nos interesan las etapas de la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha, porque en ellas se ubica la meta maduracional de encontrar un objeto de amor extra familiar que al principio es idealizado y, al final, objetivo y real. Las adolescentes de estas etapas son la población de interés para este trabajo, pues, pensamos, iniciaron su práctica sexual con parejas idealizadas, lo que pudo contribuir a tener una práctica sexual de riesgo y, por ende, quedar embarazadas.

Apoiada en la teoría de Blos, Mancilla Gómez (2001) llevó a cabo un estudio cuyo propósito fue responder a la siguiente pregunta: ¿Las características del (la) adolescente en la teoría de Peter Blos se manifiestan en adolescentes mexicanos (as) en el mismo periodo de edad que el autor plantea? Para ello, se propuso como objetivo general describir las características sociodemográficas, físicas y psicológicas, como el inicio del proceso de separación de ligas objetales tempranas, la falta de catexis en el objeto de amor incestuoso y la independencia de la autoridad parental.

Para ello, construyó, validó y confiabilizó el Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica en Adolescentes con el propósito de describir y comparar las características de adolescentes (hombres y mujeres) de 13 a 17

años de edad en cuanto a las tres características psicológica citadas. La construcción del cuestionario de actitudes de independencia psicológica del adolescente se realizó en dos etapas. En la primera, se buscó la teoría más adecuada para el estudio, y se elaboraron y estructuraron diversas preguntas pertinentes para integrar el cuestionario que posteriormente se aplicó a 300 adolescentes. Se calificaron los cuestionarios y se llevaron a cabo análisis estadísticos para determinar las características del instrumento.

La segunda etapa consistió en la reestructuración de los reactivos que no cumplieron con los criterios de confiabilidad y validez. Después, se aplicó nuevamente a 300 adolescentes. Se reportó una confiabilidad para el cuestionario total de .8327 y para las subescalas Separación de ligas objetales tempranas, de .5862; Falta de catexis en objeto de amor incestuoso, de .7500; e Independencia de la autoridad parental (valores, normas morales, reglas), de .7355.

La validez de constructo del instrumento fue obtenida mediante un análisis factorial de componentes principales Varimax partiendo de los tres factores generales. En este análisis estadístico, quedaron 25 reactivos de los 62 originales que se distribuyeron en las tres subescalas de la siguiente manera: Separación de ligas objetales tempranas, 10 reactivos; Falta de catexis en objeto de amor incestuoso, 11 reactivos; e Independencia de la autoridad parental (valores, normas morales, reglas), 4 reactivos. Las respuestas se estructuraron en una escala Likert con 5 opciones que van de “siempre”, con calificación de 5 puntos, a “nunca”, con calificación de 1 punto. En esta escala ordinal, a mayor calificación mayor presencia del atributo psicológico.

La fase de aplicación se llevó a cabo con 300 adolescentes que cursaban secundaria y preparatoria en escuelas privadas del norte y del sur del Distrito Federal. Es decir, la muestra de población abierta se conformó por 600 adolescentes entre hombres y mujeres con los siguientes criterios de inclusión: sexo masculino y femenino, edad de 13 a 17 años, alumnos de escuelas secundarias privada de población mixta. El muestreo fue intencional y no probabilístico. El escenario de aplicación fueron las escuelas de las delegaciones de Coyoacán, Tlalpan, Gustavo A. Madero y Miguel Hidalgo. Cabe aclarar que la autora no especifica si la escala aplicada fue la de 62 reactivos o los 25 reactivos que quedaron después del análisis estadístico.

El estudio concluye que la edad no influye en ninguna de las variables exploradas; la variable sexo es la que marca la diferencia en la población estudiada: los varones presentan más intensamente las características planteadas por Blos. También concluye que la teoría de este autor sí se aplica a los adolescentes mexicanos(as), pero no en su totalidad.

Las definiciones conceptuales de las tres dimensiones de independencia que mide la versión final del El Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica en Adolescentes son:

1. Inicio del proceso de separación de ligas objetales tempranas. “Establecer relaciones maduras de objeto” (Blos, 1971, p. 115).

Se refiere a que hombres y mujeres buscan en forma más intensa objetos libidinales extra familiares; es decir, este proceso inicia cuando el adolescente es

capaz de establecer un vínculo con otros objetos. Está dado en función de la elección de personas del sexo opuesto, de relaciones heterosexuales. El compañero no debe tener parecido alguno con ninguno de los progenitores. Este proceso concluye cuando se logra establecer relaciones maduras de objeto.

2. Falta de catexis en objeto de amor incestuoso. “La libido flota libremente y clama por acomodarse” (Blos, 1971, p. 115-116). Esta dimensión refleja tres características de funcionamiento del aparato psíquico:

- disminuye la eficacia del superyó
- superyó adversario
- empobrecimiento del yo

Esta característica, que surge como consecuencia del proceso de separación de los padres, se refiere a que el adolescente actúa con base en sus impulsos. El superyó es una agencia de control cuyas funciones son inhibir y regular la auto estimación, pero durante el proceso de separación disminuye su eficiencia y, en lugar de ayudar al yo, se convierte en su adversario, porque el yo ya no puede depender de la autoridad del superyó. Sus propios esfuerzos para mediar entre los impulsos y el mundo externo son torpes e ineficaces, por lo que queda sin la dirección y presión de la consciencia. Entonces, el adolescente empieza a actuar siguiendo sus impulsos, sin reflexionar ni valorar las tradiciones, normas, etc. Todo esto provoca un debilitamiento en el yo, que queda aislado e inadecuado frente a una situación problemática o conflictiva. Lo que se arriesga aquí son las representaciones de objetos y los valores morales internalizados en el superyó.

3. Independencia de la autoridad parental (valores, normas morales, reglas).

“Conducta delincuente, que está relacionada con la búsqueda de objetos de amor” (Blos, 1971, p. 116).

Durante la adolescencia temprana, se espera que los valores, las reglas y las leyes morales sean independientes de la autoridad parental, es decir, sean sintónicas con el yo y operen parcialmente dentro de él. Con esta característica, Blos se refiere a que el adolescente temprano se ve amenazado por la pérdida de autocontrol, lo que puede dar lugar a la delincuencia, que estaría relacionada con la búsqueda de objetos de amor. Las actuaciones “delincuentes” también ayudan al adolescente a escapar de la soledad, el aislamiento y la depresión que vive durante este proceso de separación, en el que se dan los cambios catécticos. Estas actuaciones pueden no ocurrir, pero en su lugar surge la fantasía, el autoerotismo, alteraciones en el yo (deflexión de la libido de objeto hacia el ser, regreso al narcisismo). El adolescente experimenta el empobrecimiento del yo como un sentimiento de vacío, de tormento interno.

El Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica en Adolescentes fue elegido para evaluar la madurez psicológica en adolescentes embarazadas por ser un trabajo llevado a cabo con adolescentes mexicanos que coinciden en edad con la población de adolescentes embarazadas que se estudiaron. Además, tiene coherencia teórica con los postulados de Blos, particularmente con la psicodinamia que se presenta en adolescentes tempranas.

Capítulo 3.

Recursos psicológicos (relacionales, cognoscitivos).

Malestar psicológico

Este capítulo consta de dos partes; la primera trata de las relaciones interpersonales (familiares y de pareja) de las adolescentes y de sus capacidades cognoscitivas, las cuales son posibles recursos psicológicos con los que puede contar para enfrentar su embarazo de mejor manera. De las capacidades cognoscitivas, se expone la Escala Wechsler de inteligencia para niños versión IV (WISC-IV), ya que fue estandarizada en México; se eligieron 10 sub-pruebas para evaluar las capacidades cognoscitivas: 7 sub-pruebas esenciales para obtener los Índices de Comprensión verbal, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento, y 3 sub-pruebas suplementarias, 2 del Índice de Comprensión verbal y 1 del Índice de Velocidad de procesamiento.

En la segunda parte se aborda el malestar psicológico en adolescentes embarazadas y el Cuestionario General de Salud versión de 15 reactivos, tanto por ser un instrumento con el que tradicionalmente se ha evaluado el malestar psicológico como por su normalización hecha para el tipo de población que acude al Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPerIER, donde se llevará a cabo el estudio).

Recursos psicológicos

En la introducción del capítulo 2, mencionamos la importancia de reconocer, dentro de la gran variedad de factores que intervienen en el desarrollo de la adolescencia, los factores internos y externos. De los internos, resalto los factores biológicos, pues participan en el desarrollo cognitivo. Un desarrollo neurológico adecuado favorece que el adolescente adquiera habilidades intelectuales como el razonamiento introspectivo, la capacidad para solucionar problemas de la vida cotidiana, planear y anticipar, analizar y sintetizar, entre muchas otras que, en conjunto, constituyen habilidades cognoscitivas que bien se pueden identificar como recursos psicológicos.

De los factores externos, aquellos que son determinados por el ambiente, queremos resaltar en esta ocasión las capacidades adquiridas mediante la interacción con los otros en la infancia, particularmente, las relaciones con los familiares, en especial con el padre y con la madre. Estas interacciones influyen en la capacidad para expresarse, comunicarse con claridad y, con ello, solucionar conflictos. En la adolescencia, estas habilidades permitirán la interacción con los pares del mismo sexo y del sexo opuesto. Las habilidades relacionales pueden entenderse también como recursos psicológicos, sin olvidar los factores ambientales más amplios que determinan otras oportunidades, como salud, educación y trabajo, relacionados con la cultura, que comprende valores, creencias, normas éticas y morales.

La transición de la infancia a la adultez, la adolescencia, está llena de vicisitudes que el sujeto debe sortear. El adecuado uso de sus recursos psicológicos permite tener éxito hasta adquirir los compromisos adultos, con la capacidad de enfrentar el mundo de manera adecuada, un dominio activo sobre él y un estilo de vida o comportamiento coherente.

La investigación sobre el embarazo durante la adolescencia inició describiendo los factores psicosociales involucrados e identificando algunos factores causales asociados y sus consecuencias (Goldenberg & Klerman, 1995; Molina et al., 1997). En la investigación pionera se resaltaron dos elementos que han permitido describir situaciones de protección y situaciones de riesgo: a) el tipo de relaciones que establecen con su entorno y b) las capacidades cognoscitivas con que cuentan para comprender las situaciones a las que están expuestos.

En este trabajo hemos agrupado en el término recursos psicológicos tanto las habilidades relacionales como las capacidades intelectuales de las adolescentes embarazadas. Evaluaremos la percepción que la adolescente tiene de las relaciones con sus padres (padre y madre) y la percepción de la relación que tiene con su pareja. También consideramos que la comprensión verbal, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento son capacidades cognoscitivas que ayudan a la adolescente embarazada a enfrentar satisfactoriamente las demandas de su situación.

Recursos relacionales

En intervención institucional, ya sea legal, social, médica o psicológica, la evaluación de las redes de apoyo se refiere a si la persona cuenta con recursos relacionales, es decir, con relaciones no conflictivas, funcionales y de calidad que le permitan enfrentar de manera efectiva sus problemas. Particularmente en el caso de los niños y adolescentes, es fundamental una relación saludable con la familia nuclear y con la familia extensa; conforme avanza el desarrollo, las relaciones afectivas cercanas con amigos, pareja o maestros cobran importancia. Las relaciones familiares y las extra familiares son poderosas redes de apoyo para personas vulnerables, en conflicto o en situación de crisis.

Cuando una adolescente se embaraza, se espera identificar al menos tres situaciones que podemos describir como conflictivas o críticas: a) el propio proceso de desarrollo durante la adolescencia, b) el proceso mismo del embarazo, y c) la situación particular de cada adolescente. Es posible que, por esta conjugación de situaciones, el embarazo durante la adolescencia adquiera dimensiones traumáticas, lo cual no es común.

Es común que el círculo relacional más cercano a la adolescente, familia y pareja, tenga como primera respuesta asombro, incredulidad, desilusión y coraje hacia la adolescente; la respuesta puede ser de carácter negativo e, incluso, hostil. Sin embargo, si la historia de esas relaciones permite que la percepción de la adolescente embarazada sea favorable, la reacción inicial cambiará a lo largo del embarazo y la adolescente contará con una red de apoyo verdadera y efectiva que

le permitirá vivir su embarazo de manera favorable. En otras palabras, la calidad en las relaciones se convierte en un recurso psicológico con el que contará la adolescente durante su embarazo.

No obstante, lo opuesto también puede ocurrir; es decir, tanto la familia como la pareja pueden convertirse en factores estresantes agudos que complican la adaptación a la ya conflictiva situación de embarazo. En este caso, podemos decir que las relaciones cercanas son una merma en la capacidad adaptativa para la adolescente y de ninguna manera se pueden considerar como recursos psicológicos. Con seguridad, la historia de esas relaciones se ha caracterizado por la disfuncionalidad y, por ende, la percepción que tendrá la adolescente de esas relaciones será conflictiva.

Relación con la familia

Se ha dicho que el embarazo durante la adolescencia llega a ser aceptado y tolerado tanto por la adolescente como por el ambiente sociocultural, en particular por la familia y la pareja (Menkes, 2004; Calderón, 2004). Incluso hemos estimado que sólo 1 de cada 3 adolescentes embarazadas presentan malestar psicológico (Díaz, 2007a). No obstante, tenemos la impresión de que las publicaciones científicas sobre la familia de la adolescente describen más familias disfuncionales que familias funcionales que ayudan a las adolescentes y sus parejas a enfrentar el embarazo.

A finales del siglo pasado, se describieron las características de la familia de origen de las adolescentes embarazadas. Se dijo que provienen de familias pobres, cuyos padres tuvieron hijos en su adolescencia y que tienen historias de abuso físico y sexual en la infancia, pero fue difícil establecer una relación causal entre maltrato infantil y embarazo adolescente (Alan Guttmacher Institute, 1994; Haffner, 1995).

También se reportó menor calidad en la comunicación (Arnold, Smith, Harrison & Springer, 2000; Guijarro et al., 1999) y cierto grado de disfunción familiar, como relaciones intrafamiliares complicadas y/o violencia (Short & Slusher, 1994). Asimismo, se señaló la ausencia de uno o ambos padres en el hogar (Guijarro et al., 1999; Brandell & Cifuentes, 2000; Short & Slusher, 1994) y un menor nivel educativo de los padres como factor predisponente del embarazo adolescente (Guijarro et al., 1999). Quizá estas investigaciones expliquen más sobre ese tercio de adolescentes embarazadas que presentan malestar, que sobre las que toleran y aceptan el embarazo y que presentan ese recurso relacional que las ayuda a metabolizar, psicológicamente hablando, la experiencia del embarazo.

En esa época de la investigación, también se reportó que adolescentes embarazadas con altos niveles de estrés en sus familias de origen consideraban el embarazo moderadamente estresante en comparación con sus familias. Esto indica que no necesariamente el embarazo es la situación más estresante que una adolescente debe enfrentar. Además, este hallazgo ayuda a entender cómo el embarazo, para algunas adolescentes, puede verse como una salida de esa

atmósfera estresante creada por relaciones familiares conflictivas (Ravert & Martín, 1997).

Sin embargo, en términos generales, una mayor disfuncionalidad familiar se asocia con riesgo de embarazo en la adolescencia. Incluso se ha observado que adolescentes embarazadas que difícilmente encuentran apoyo para sus problemas, ya sea dentro o fuera de sus familias, refieren tener pocas relaciones sociales que, además, perciben como de mala calidad (Guijarro et al., 1999).

Incluso se ha reportado que las adolescentes embarazadas que tienen una inadecuada comunicación y un nivel de confianza escaso con los padres, quienes reaccionan de modo negativo al embarazo, se sienten fuertemente presionadas, por lo que pueden tomar decisiones precipitadas. La mala comunicación y el bajo nivel de confianza están muy relacionados con el aborto provocado en estas adolescentes (Calderón & Alzamora de los Godos, 2006).

Por otra parte, también se ha demostrado que, cuando los familiares cercanos, en general, y los padres, en particular, se involucran en el cuidado y el apoyo de la adolescente embarazada, disminuyen las conductas de riesgo. Se debe insistir en que los familiares se involucren asistidos por programas de intervención para favorecer una interacción familiar saludable, pues una buena calidad de apoyo por parte de los padres es un predictor de apoyo social y familiar para las adolescentes (Arnold et al., 2000).

Tomando en cuenta la importancia que tienen las relaciones familiares para que una adolescente embarazada curse su embarazo sintiéndose contenida y sin un

impacto emocional grave, en el INPerIER exploramos la percepción de las relaciones de afecto con los padres que tienen las adolescentes embarazadas y encontramos que la percepción de la dinámica familiar, la relación entre los padres y las relaciones afectivas con la madre y el padre se asocian con malestar psicológico. Especialmente si la dinámica familiar se percibe entre mala y regular, la percepción de la relación tanto con el padre como con la madre es percibida entre muy mala y regular; en contraste, cuando se percibe entre buena y excelente, la relación con ambos se percibe entre buena y muy buena y no hay de malestar psicológico (Díaz et al., 2006). Por estos hallazgos, consideramos que la evaluación de la percepción de la relación afectiva con el padre y la madre reflejará si la adolescente cuenta o no con una red de apoyo familiar, en otras palabras, si cuenta con recursos psicológicos relacionales que neutralicen el malestar psicológico.

Relación con la pareja

Podemos decir que, en general, una relación de pareja de calidad representa un recurso relacional. Sin embargo, en el embarazo adolescente se han reportado problemas con respecto a la relación de pareja; por ejemplo, en Estados Unidos de América se estimó que 78.9% de los nacimientos en adolescentes ocurren fuera del matrimonio (Martin, 2002).

En México, se puede tener un panorama de las relaciones de pareja de las adolescentes a partir de los datos del censo de 2010 del INEGI. En el conteo de la

población femenina adolescente (de 12 a 19 años de edad), el censo mostró que la gran mayoría son solteras; no obstante, aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes tiene una relación de pareja, ya sea por estar casadas o vivir en unión libre (877,081 de 8, 722,798 adolescentes), de las cuales la mayoría se encuentra en el grupo de 15 a 19 años.

En este mismo grupo de edad, de las que tuvieron una relación y ahora están solteras, se reportaron 54,277 adolescentes que son separadas, divorciadas o viudas, cerca de 11,000 adolescentes más de las que se reportaron 10 años antes, 43,224 adolescentes (INEGI, 2000b). De las adolescentes que han tenido o tienen una relación de pareja, se contaron 767,015 hijos nacidos vivos. De esto, llaman poderosamente la atención dos cifras: primero, hay 55 adolescentes de 14 años o menos que tienen 4 hijos vivos; segundo, hay 86 mujeres adolescentes de 19 años o menores que tienen 8 hijos vivos.

Este panorama representa un problema que requiere de una intervención transdisciplinaria, en donde la psicología de la salud ofrezca apoyo para la pareja adolescente, los hijos nacidos vivos y las familias con el propósito de que la interacción familiar sea una verdadera red de apoyo. En otras palabras, se debe favorecer que estas adolescentes cuenten con recursos psicológicos relacionales, pues, aunque la mayoría de la población de adolescentes que nos ocupa está casada o unida, eso no significa que su situación relacional sea saludable. Además, tenemos otro grupo de adolescentes que probablemente tuvieron un fracaso relacional y que, por ello, están separadas, divorciadas o, incluso, son viudas.

En el INPerIER, hemos estudiado la repercusión de contar o no con una pareja estable en adolescentes embarazadas, pues notamos que no todas disponen de este recurso relacional. Hemos evaluado el auto concepto y el estado emocional (ansiedad y depresión), con lo cual hemos descrito un perfil tanto de las adolescentes que tienen una pareja como de aquellas que no la tienen (Díaz, 2007).

Una adolescente que se ha embarazado y tiene una pareja estable se caracteriza por un comportamiento adecuado, por lo que se siente satisfecha con la manera en que ha funcionado. También tiene sentimientos de satisfacción personal respecto del propio marco de referencia ético-moral, pues, a pesar de estar embarazada –hecho que la normatividad sociocultural tiende a juzgar como negativo–, contar con una relación de pareja estable para enfrentar el embarazo le permite no sentirse infractora de la normatividad moral. Por último, son favorables los sentimientos del mérito y valor de ser miembro de una familia, probablemente porque, al tener una pareja, está presente la idea de formar una familia propia.

En contraste, las adolescentes embarazadas que no contaban con una relación de pareja se distinguieron, en cuanto a la propia percepción, por tener sentimientos inadecuados de satisfacción personal y de auto aceptación. No tenían una adecuada percepción de sí mismas, tomando en cuenta su marco de referencia ético-moral, quizá debido a que fueron juzgadas por su entorno socio-familiar a propósito del embarazo y de no haber podido establecer una relación de pareja; por lo tanto, se sienten doblemente infractoras de la normatividad social. También tienen sentimientos inadecuados hacia el mérito y el valor como miembro de una

familia, en primer lugar, porque se encuentran en conflicto con su familia de origen y, en segundo, porque, al no tener una relación de pareja, no pueden formar una nueva familia con la cual puedan sentirse satisfechas. Finalmente, su estado emocional se caracteriza por una ansiedad con carácter de rasgo, que es congruente con todas las vicisitudes que una adolescente embarazada sin pareja tiene que enfrentar (Díaz, 2007).

Los resultados anteriores nos dejaron en claro que, en adolescentes embarazadas, contar con el apoyo de una pareja hizo diferencia en cuanto al bienestar psicológico. En este trabajo doctoral nos interesa evaluar la cualidad de esa relación de pareja para las adolescentes; pensamos que un indicador de dicha cualidad es la manera en que la adolescente percibe esa relación, lo cual podría representar un recurso relacional que le permita enfrentar en mejores circunstancias la situación de embarazo.

Recursos cognitivos

Las habilidades o recursos cognitivos son un constructo multidimensional que consiste en diversos procesos cognitivos de alto orden, incluyendo iniciación, planeación, generación de hipótesis, flexibilidad cognitiva, toma de decisión, regulación, juicio, etc., que son necesarios para una respuesta contextual apropiada y efectiva (Spren & Strauss, 1998). Se ha encontrado una asociación entre el funcionamiento cognitivo y la solución de problemas: una mejor capacidad intelectual permite evitar problemas de conducta y promueve una apropiada

interacción con el ambiente, lo que genera, particularmente en adolescentes, autoconfianza y un fuerte sentimiento de identidad.

No obstante, aunque el funcionamiento cognitivo está asociado con el funcionamiento psicosocial, se desconoce aún el proceso mediante el cual se establece esta relación. Por ejemplo, ha quedado demostrada la relación entre la capacidad de toma de decisiones de adolescentes y la madurez psicosocial. Los investigadores han recomendado estudios longitudinales para evaluar la relación entre el desarrollo cognitivo –particularmente las conductas de riesgo– y la madurez psicosocial (Galambos, Mac Donald Stuart et al., 2005; Adalbjarnardottir, 2002).

En definitiva, entender cómo los adolescentes comprenden, manejan y deciden llevar a cabo una conducta de riesgo es una contribución importante, pues un punto central para que los individuos tengan una mejor conducta adaptativa dentro de su contexto social es el desarrollo de la capacidad para diferenciar y coordinar perspectivas mediante la comprensión de la relación entre los propios pensamientos y sentimientos y los deseos de las otras personas. En los adolescentes, la habilidad para poder reflexionar sobre las propias necesidades y conductas en situaciones sociales se relaciona con correr menos riesgos (Adalbjarnardottir, 2002).

El estudio del desempeño cognoscitivo en la adolescencia ha sido ampliamente abordado en el fenómeno de la conducta delincencial; es decir, se ha descrito la relación entre delincuencia e inteligencia, entendiendo en la población adolescente

la conducta delincidencial como uno de los extremos más graves de los problemas de conducta. Se ha encontrado consistentemente que poblaciones de adolescentes no delincuentes han tenido un CI mayor –más de 8 puntos– que los adolescentes delincuentes. En particular, se ha encontrado en los adolescentes delincuentes coeficientes intelectuales menores tanto en el desempeño verbal – inteligencia cristalizada– como en las medidas de inteligencia fluida (Hirschi & Hindelang, 1977; Lynam, Moffitt, & Stouthamer Loeber, 1993, Moffitt & Silva, 1988). White et al. (1994) reportaron que una "impulsividad cognitiva" compuesta de la incapacidad para mantener la atención y de inhibir una respuesta automática se asoció con la presencia de una conducta delincidencial temprana de niños en riesgo. También se ha reportado que déficits verbales, visual-espaciales y de memoria están relacionados con los auto informes de conducta delincidencial (Moffitt & Silva, 1988).

En el estudio de los recursos cognoscitivos durante la adolescencia, la evaluación tanto de la inteligencia fluida y cristalizada como de las funciones ejecutivas se ha considerado un indicador adecuado del desempeño cognitivo. La inteligencia cristalizada se refiere a la amplitud y profundidad de los conocimientos adquiridos –por ejemplo las sub-pruebas de comprensión verbal de WISC-IV–, mientras que la inteligencia fluida refleja la capacidad de razonar y resolver problemas en situaciones nuevas (Horn, 1968; Horn & Cattell, 1966). Las medidas de inteligencia cristalizada representan el producto de la cognición, mientras que la inteligencia fluida es un indicador general de la habilidad cognitiva; ambas son indicadores importantes de la capacidad intelectual general. Por otra parte, la

medición de las funciones ejecutivas pueden ser más sensible a déficits cognitivos específicos (Kolb & Whishaw, 2003; Spreen & Strauss, 1998). Por ello, en la investigación sobre la relación entre madurez psicológica y desempeño cognoscitivo ambas evaluaciones han sido consideradas.

El funcionamiento ejecutivo es un constructo de carácter multidimensional que consiste en una serie de procesos cognitivos de alto orden vagamente relacionados; en principio no hay un consenso sobre su definición y estructura, ni sobre los componentes que se deben tomar para medir mejor el funcionamiento ejecutivo (Klenberg, Korkman, & Lahti Nuutila, 2001). Sin embargo, las funciones ejecutivas se han evaluado mediante los sub-pruebas de Memoria de trabajo (por ejemplo, Retención de dígitos), la capacidad para inhibir respuestas comunes ante situaciones novedosas, el control inhibitorio y el control de la atención (Barkley, 1997; Demetriou et al., 2002; Klenberg et al., 2001; Lezak, 1995; Miyake et al., 2000; Spreen & Strauss, 1998). Incluso la capacidad para resolver problemas, que implica establecer metas, iniciación, planificación y comportamiento estratégico, también se ha considerado como un componente de la función ejecutiva (Anderson et al., 2001; Zelazo, Müller, Frye & Marcovitch, 2003).

También ha sido señalada una asociación positiva entre los indicadores de desempeño cognitivo y la madurez psicológica. Poseer una mejor capacidad intelectual y, por lo tanto, mejores recursos cognoscitivos permite que los adolescentes eviten un comportamiento problemático y que interactúen de manera adecuada con su medio ambiente, de modo que se promueve la autoconfianza y un fuerte sentido de la identidad. A propósito Cauffman y Steinberg (2000)

reportaron una relación significativa entre la habilidad en la toma de decisiones de los adolescentes y aspectos de madurez psicosocial. Los adolescentes que demostraron tener una mejor habilidad para tomar decisiones tuvieron una capacidad mayor de beber –desde una perspectiva social–, controlar su impulsividad y el comportamiento agresivo. Por lo tanto, es sensato pensar que puntuaciones más altas en las medidas de inteligencia, particularmente en el funcionamiento ejecutivo y la capacidad para resolver problemas cotidianos, predice una mayor madurez psicológica en los adolescentes.

Por otra parte, parece lógico suponer que un mejor rendimiento cognitivo puede asociarse con la percepción subjetiva de la edad: adolescentes con avanzadas habilidades intelectuales pueden verse a sí mismos como mayores, o mejor dicho, más maduros que sus compañeros. Por lo tanto, cabe también la hipótesis de que el desempeño cognitivo puede diferenciar a adolescentes maduros de los adolescentes inmaduros, pues se esperaría que los adolescentes menos maduros tengan un peor rendimiento en las medidas de inteligencia verbal, funciones ejecutivas y la solución de problemas cotidianos. En las investigaciones que comparan diferentes grados de madurez en el periodo adolescente, se ha señalado que los adolescentes menos maduros presentan un bajo rendimiento en algunos aspectos de la capacidad cognitiva; por ejemplo, los adolescentes inmaduros han resultado ser menos eficaces en tareas de autorregulación (Galambos, Barker & Tilton Weaver, 2003).

Tomando en cuenta que, en anteriores investigaciones, evaluar las funciones ejecutivas en adolescentes había sido útil (Anderson et al., 2001; Demetriou et al.,

2002; White et al., 1994), se llevó a cabo una investigación sobre la relación entre el desempeño cognoscitivo y la madurez psicológica en adolescentes (Galambos, Mac Donald Stuart et al., 2005). Se midieron las funciones ejecutivas mediante cuatro evaluaciones; Retención de dígitos en orden inverso se utilizó para medir la memoria de trabajo, y la prueba Stroop de interferencia para la atención y la inhibición de respuestas automáticas. Se eligió la prueba de rastros de color 2 (CT2), porque evalúa un complejo conjunto de habilidades: atención dividida, velocidad de procesamiento, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva. Por último, aplicaron un inventario de solución de problemas cotidianos –derivado del EPSI, una prueba que evalúa razonamiento aplicado a la toma de decisiones de la vida real (Cornelius y Caspi, 1987)– para evaluar un conjunto más complejo de habilidades para resolver problemas de los que normalmente se ven en los estudios de la función ejecutiva.

En esta investigación el factor general de inteligencia fue evaluado mediante la Prueba Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT), que está compuesta por dos sub-pruebas: vocabulario, que mide la inteligencia cristalizada, y matrices, que mide la inteligencia fluida. La prueba ofrece una puntuación estandarizada de CI global. El estado de madurez psicológica (maduro, inmaduro y pseudomaduro) se estableció mediante la evaluación de la edad subjetiva, los problemas conductuales y una escala de madurez psicosocial.

Los investigadores encontraron que la relación entre el desempeño cognitivo y los componentes de madurez es negativa, es decir, a mayor participación en problemas conductuales, menores puntuaciones de inteligencia fluida y de

inteligencia cristalizada –resultado similar a las investigaciones sobre delincuencia de Lynam et al.(1993) y Moffitt y Silva (1988)–, aunque la relación específica entre la inteligencia fluida y los problemas conductuales fue más débil. Concluyeron que la medición de la inteligencia cristalizada puede ser un mejor predictor de la conducta problemática que la de la inteligencia fluida, y explicaron que las dimensiones verbales de inteligencia están asociadas con problemas de conducta. Moffitt (1990) había especulado que la capacidad verbal está relacionada con la delincuencia, porque contribuye al desarrollo del autocontrol en el comportamiento, el establecimiento futuro de un estilo cognitivo, y la comunicación y negociación en situaciones sociales. Con estas habilidades, los adolescentes pueden evitar involucrarse en problemas de comportamiento. En resumen, los investigadores postulan que una mayor inteligencia cristalizada predice, en parte, la madurez psicológica, posiblemente porque, en la medida en que los déficits verbales dificultan la autorregulación, el desarrollo de una orientación hacia el futuro y la competencia en situaciones sociales, también pueden impedir que se alcance una mayor madurez psicológica reflejada en autonomía, identidad y orientación laboral.

Estos investigadores también encontraron que los déficits en las funciones ejecutivas se asocian con una menor madurez psicológica. No obstante, la relación no es del todo clara, puesto que el rendimiento, por ejemplo, en la prueba de rasgos de color (CT2) depende de una gran variedad de habilidades cognitivas y es difícil saber si la madurez psicológica se puede atribuir a una o más habilidades cognitivas como velocidad de procesamiento o flexibilidad cognitiva.

Es factible pensar que una pobre flexibilidad cognitiva podría dar lugar a dificultades en la percepción de alternativas para enfrentar los problemas, o podría dificultar la auto comprensión que necesita un individuo para controlarse. Sin embargo, en esa investigación la prueba que indica flexibilidad cognitiva (interferencia Stroop), aunque se asocia, no fue significativa como predictor de la madurez psicológica. En cambio, la velocidad en el desempeño (CT2) sí predijo la madurez psicológica.

Cabe mencionar que, en esa investigación, la edad subjetiva no se relacionó con el rendimiento cognitivo. Los autores postularon que la edad subjetiva es un indicador de la madurez percibida y podría estar asociado más con factores no cognitivos como el estado puberal, la altura y el peso, las asociaciones con los hermanos mayores y amigos, y el uso de tabaco y alcohol (Galambos et al., 2003; Galambos et al., 1999; Galambos & Tilton-Weaver, 2000).

Los investigadores identificaron tres grupos de madurez en su muestra de adolescentes, maduros, inmaduros y pseudomaduros, y compararon su rendimiento cognitivo. Los resultados indicaron que los adolescentes maduros obtuvieron un cociente intelectual significativamente más alto (CI= 109); tuvieron 15 puntos más que los adolescentes pseudomaduros (CI=94) –diferencia mayor a la reportada en un estudio que comparó adolescentes delincuentes con no delincuentes (Hirschi & Hindelang, 1977)– y 6 puntos más que los inmaduros (CI = 103) aunque esta diferencia no fue significativa para las normas convencionales. Estos resultados sugieren que puede haber una considerable ventaja intelectual

para los adolescentes maduros en comparación con los adolescentes pseudomaduros.

Comparando a los adolescentes maduros con los adolescentes inmaduros y pseudomaduros como un solo grupo, los adolescentes maduros se desempeñaron significativamente mejor que el grupo combinado en vocabulario y las medidas de matrices y tuvieron más rápidos resultados en CT2. Es posible que los adolescentes inmaduros y pseudomaduros tengan algunas deficiencias intelectuales que los ponen en riesgo por su menor madurez psicosocial. El hecho es que ser maduro o ser inmaduro o pseudomaduro hizo diferencia en el rendimiento de la prueba CT2, que evalúa habilidades como atención dividida, control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y velocidad de procesamiento. No obstante, sigue quedando la duda de cuáles son las capacidades cognitivas específicas responsables de la diferencia entre los adolescentes maduros y sus pares menos maduros.

También se ha argumentado que los adolescentes maduros muestran una mejor adaptación a su entorno; en contraste, los adolescentes pseudomaduros muestran la más pobre adaptación y los adolescentes inmaduros solamente se adaptan a algunos aspectos de su entorno (Galambos et al., 2003; Galambos & Tilton Weaver, 2000). Estos resultados apoyan la idea de que los adolescentes maduros son quienes poseen los mejores recursos cognoscitivos para adaptarse a su ambiente, mientras que los grupos de adolescentes inmaduros y pseudomaduros pueden tener dificultad para adaptarse a las demandas de su entorno. Por ello, puede pensarse que el funcionamiento cognitivo está relacionado con el

funcionamiento psicosocial, que bien puede decirse madurez psicológica, aunque todavía no esté claramente definido cuáles son los recursos cognoscitivos específicos que deben desarrollarse para favorecer esta relación y poder ofrecer alternativas para los adolescentes no maduros, lo que corresponderá a futuras investigaciones.

Finalmente los autores consideraron que los estudios de la asociación entre la cognición y el funcionamiento psicosocial en la adolescencia no han incluido una amplia gama de variables que pueden estar asociadas con el desempeño cognitivo, por ejemplo, la capacidad para solucionar problemas de la vida cotidiana o la toma de decisiones.

Para entender el funcionamiento cognitivo en la adolescencia y su influencia en la forma en que toman decisiones, el tipo de conducta que tienen y la percepción que tienen de sí mismos, es necesario que los estudios incorporen múltiples aspectos del funcionamiento cognitivo, del funcionamiento psicosocial y de marcadores de madurez. Además, una metodología más apropiada para examinar las interrelaciones entre estas variables sería el uso de modelos multinivel. Aunque hemos avanzado en el conocimiento del desarrollo intelectual y psicosocial del adolescente, aún hay muchas preguntas sin respuesta; una de ellas es: ¿cómo se desarrolla el funcionamiento cognitivo y psicosocial en la adolescencia?

Como hemos visto, es un reto para la investigación sobre el funcionamiento cognoscitivo en los adolescentes decidir cómo operacionalizarlo e interpretarlo, pues, aunque se ha comprobado que las habilidades cognoscitivas están

relacionadas con la conducta problemática en adolescentes, puede caerse en el error de interpretar que esta conducta problemática o de riesgo se debe a una menor inteligencia, cuando puede relacionarse más bien con la manera en que se emplean las habilidades cognoscitivas.

Es importante el modo en que se miden las habilidades cognoscitivas, y las escalas Wechsler son un instrumento idóneo para ello. Por su estandarización en México y por el tipo de población al que está dirigido, se eligió la escala Wechsler de inteligencia para nivel escolar cuarta edición (WISC-IV) para evaluar los recursos cognoscitivos de las adolescentes que se embarazan.

WISC-IV es un amplio instrumento clínico de aplicación individual para evaluar inteligencia en niños de 6 años 0 meses a 16 años 11 meses de edad (6:0-16-11). Es una revisión de la Escala Wechsler de inteligencia para el nivel escolar –tercera edición (WISC-III; Wechsler, 1991). WISC-IV proporciona puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual de dominios cognoscitivos específicos: Índice de comprensión verbal, Índice de razonamiento perceptual, Índice de memoria de trabajo e Índice de velocidad de procesamiento. También proporciona una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general de un niño (CI total).

Haciendo historia, la teoría de la inteligencia prevaleciente a inicios del siglo XX enfatizaba un solo constructo subyacente a la inteligencia como el principal responsable del desempeño de un individuo en todas las tareas mentales. En

1904, Spearman identificó originalmente este constructo como un factor general (el factor g) aunque su teoría de la inteligencia incorporaba más factores específicos. Las primeras pruebas de inteligencia enfatizaron la clasificación de los individuos con base en su nivel general de funcionamiento cognoscitivo. En 1905, Binet y Simon en Francia desarrollaron su escala de inteligencia y, en 1916, en Estados Unidos Terman llevó a cabo una revisión estandarizada de la escala. La Primera Guerra Mundial hizo necesario tener una escala para evaluar a los reclutas, por lo que fue desarrollado el Army Alpha, que incluía un componente verbal. Sin embargo, la educación limitada de los reclutas obligó a desarrollar el Army Beta para tener una medida no verbal de la inteligencia. A propósito de la necesidad de medidas verbales y no verbales, la prueba que originalmente desarrollo Wechsler (Escala Wechsler-Bellevue de inteligencia, Wechsler-Bellevue; Wechsler, 1939) producía puntuaciones para las escalas verbal y de ejecución, además de una puntuación compuesta general. Esta prueba fue innovadora, porque proporcionaba puntuaciones de CI que se basaban en puntuaciones estándar estimadas con las mismas características de distribución para todas las edades.

Para la década de 1950, creció la necesidad de identificar y diagnosticar la naturaleza de los trastornos de aprendizaje en los niños, por lo que las pruebas de inteligencia se enfocaron en la medición de aspectos más independientes del funcionamiento cognoscitivo. Cattell introdujo una teoría en que la inteligencia se componía de dos factores generales, la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada; después, Horn amplió esta teoría incluyendo factores como

percepción visual, memoria a corto plazo, almacenamiento y recuperación a largo plazo, velocidad de procesamiento, capacidad de procesamiento auditivo, capacidad cuantitativa y capacidad de lectura y escritura (Horn, 1985, 1988, 1991; Horn & Noll, 1997).

A medida que los investigadores identificaban dominios más separados de la inteligencia, la interpretación de las pruebas comenzó a enfatizar el desempeño del individuo en dominios más especializados del funcionamiento cognoscitivo. Es importante señalar que a pesar de esa tendencia, no se ha rechazado el concepto de un aspecto global subyacente a la inteligencia general. Actualmente se considera, en términos generales, que la inteligencia tiene una estructura jerárquica donde las capacidades más específicas forman varios dominios cognoscitivos amplios. Es decir, interesa la capacidad intelectual global del sujeto y la manera en que opera en desempeños específicos, que bien pueden decirse recursos cognoscitivos específicos.

Wechsler basó su prueba (Wechsler-Bellevue) en la premisa de que la inteligencia es tanto una entidad global que caracteriza el comportamiento del individuo como específica, porque se compone de elementos o capacidades que son diferentes entre sí. Con base a sus conocimientos clínicos expertos, desarrolló y seleccionó sub-pruebas que destacaban los aspectos cognoscitivos de la inteligencia que consideraba importantes: comprensión verbal, razonamiento abstracto, organización perceptual, razonamiento cuantitativo, memoria y velocidad de procesamiento. Wechsler, en contra de quienes pensaban que su conceptualización de la inteligencia era de una estructura bifactorial, en 1958

señaló que: “el agrupamiento de las sub-pruebas en aéreas verbales y de ejecución [...] no implica que éstas sean las únicas capacidades que están implicadas en las pruebas [...] las sub-pruebas constituyen medidas diferentes de inteligencia, no medidas de tipos diferentes de inteligencia y la dicotomía en las áreas verbal y de ejecución es sólo una de las diversas maneras en que se pueden agrupar las pruebas”.

Finalmente, hay tres puntos que resaltar. Primero, las funciones cognoscitivas están interrelacionadas a nivel funcional y neurológico, lo cual dificulta la medición de un dominio puro del funcionamiento cognoscitivo. Segundo, las tareas cognoscitivas rara vez o nunca se ejecutan de manera aislada “los atributos y factores de la inteligencia, al igual que las partículas elementales en física, tienen al mismo tiempo propiedades colectivas e individuales; es decir, parecen comportarse de manera diferente cuando están solas de lo que lo hacen en concierto”, no obstante, la medición de los factores psicométricamente puros de los dominios separados puede resultar útil para la investigación, pero no necesariamente resulta en información que sea clínicamente valiosa o práctica (Zachary, 1990). Tercero, sería poco razonable esperar que alguna medida particular de la inteligencia examine de forma adecuada todos los dominios de modo significativo y práctico.

El desempeño en las medidas de la capacidad cognoscitiva refleja sólo una parte de lo que constituye la inteligencia; Wechsler (1944) la definió como “la capacidad del individuo para actuar de manera propositiva, pensar en forma racional y afrontar de modo eficiente su ambiente”. Por ejemplo, se reconoce que los niños

que tienen puntuaciones similares en una prueba de inteligencia pueden no afrontar de la misma manera y con el mismo éxito los desafíos ambientales por razones que no se relacionan con sus capacidades cognoscitivas. Wechsler decía “aquello que medimos con las pruebas no es lo que las pruebas miden -ni información, ni percepción espacial, ni la capacidad de razonamiento- son sólo medios para alcanzar un fin. Aquello que miden las pruebas de inteligencia es algo mucho más importante; la capacidad de un individuo para comprender el mundo a su alrededor y su ingenio para afrontar los desafíos que éste presenta.”

WISC-IV tiene como antecedente directo la escala Wechsler de inteligencia para el nivel escolar tercera edición (WISC-III; Wechsler, 1991), que había conservado todas las sub-pruebas del WISC-R, publicado en 1974, y había introducido Búsqueda de símbolos como nueva sub-prueba para medir velocidad de procesamiento. Además de las puntuaciones tradicionales de CI verbal, CI de ejecución y CI Total, en el WISC-III se introdujeron cuatro índices para representar dominios más limitados de la función cognoscitiva: el Índice de comprensión verbal, el Índice de organización perceptual, el Índice de libertad de la distractibilidad y el Índice de velocidad de procesamiento.

La estructura de WISC-IV también presenta cambios; la escala está constituida por 15 sub-pruebas que se identifican como esenciales y suplementarias. Las esenciales se aplican cuando se desea obtener puntuaciones compuestas, y las suplementarias amplían el rango de la muestra de habilidades cognitivas, proporcionan información clínica adicional y permiten que el profesional realice análisis de discrepancias adicionales.

Además de la puntuación de CI total, WISC IV también provee de cuatro índices que reflejan de manera más precisa la naturaleza de las sub-pruebas contribuyentes y las capacidades cognoscitivas que mide cada índice: Índice de comprensión verbal, Índice de razonamiento perceptual, Índice de memoria de trabajo e Índice de velocidad de procesamiento.

El Índice de comprensión verbal tiene como sub-pruebas esenciales Semejanzas, Vocabulario y Comprensión y como sub-pruebas suplementarias, Información y Palabras en contexto (pistas). Las sub-pruebas que componen el Índice de comprensión verbal miden las capacidades verbales utilizando razonamiento, comprensión y conceptualización. El Índice de razonamiento perceptual se compone de las sub-pruebas esenciales Diseño con cubos, Conceptos con dibujos y Matrices; además, tiene la sub-prueba complementaria Figuras incompletas. Estas sub-pruebas miden razonamiento y organización perceptuales.

El Índice memoria de trabajo se compone de las sub-pruebas esenciales Retención de dígitos y Sucesión de números y letras, y de la sub-prueba complementaria Aritmética. Estas sub-pruebas miden atención, concentración y memoria de trabajo. La memoria de trabajo mantiene activa la información en la conciencia mientras se ejecuta alguna operación o manipulación con ella y se produce un resultado. La investigación contemporánea ha mostrado que la memoria de trabajo es un componente esencial del razonamiento fluido y de otros procesos cognoscitivos de orden superior, y que, de igual manera, se relaciona estrechamente con el aprovechamiento y el aprendizaje (Fry & Hale, 1996; Perlow, Jattuso & Noore, 1997; Swanson, 1996)

El Índice de velocidad de procesamiento se compone de las sub-pruebas esenciales Claves y Búsqueda de objetos, y de la sub-prueba complementaria Registros. Estas sub-pruebas miden la velocidad del procesamiento mental y grafomotor. La investigación contemporánea ha mostrado que la velocidad del procesamiento de información se relaciona de manera dinámica con la capacidad mental (Kail & Salhouse, 1994), el desempeño y desarrollo de la lectura (Kail & Hall, 1994), el razonamiento a través de la conservación de los recursos cognitivos y el empleo eficiente de la memoria de trabajo para tareas fluidas de orden superior (Fry & Hale, 1996; Kai; 2000). La velocidad de procesamiento se ha identificado como un dominio importante del funcionamiento cognitivo en los estudios analítico-factoriales de las capacidades cognitivas. Además, la velocidad de procesamiento es sensible a padecimientos neurológicos como epilepsia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y traumatismos cráneo-encefálicos (Donders, 1997).

Para evaluar los recursos psicológicos de las adolescentes embarazadas se eligieron 10 sub-pruebas (tanto esenciales como complementarias) de tres de los cuatro índices de WISC-IV: Índice de comprensión verbal, Índice de memoria de trabajo e Índice de velocidad de procesamiento. A continuación se mencionan las sub-pruebas elegidas de cada índice.

Índice de comprensión verbal. Semejanzas es una sub-prueba esencial que mide razonamiento verbal y formación de conceptos; también implica comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales y no esenciales, y expresión verbal. Vocabulario es una sub-prueba esencial que mide conocimiento

de palabras y formación de conceptos verbales en el niño, así como su reserva de conocimientos, capacidad de aprendizaje, memoria a largo plazo y grado de desarrollo del lenguaje; otras capacidades se requieren en esta sub-prueba son percepción y comprensión auditivas, conceptualización verbal, pensamiento abstracto y expresión verbal. Comprensión es otra sub-prueba esencial que mide razonamiento y conceptualización verbales, comprensión y expresión verbal, capacidad para evaluar y utilizar la experiencia pasada y la capacidad para demostrar información práctica; también implica conocimiento de las normas sociales de comportamiento, juicio y madurez social y sentido común. Información es una sub-prueba suplementaria que mide la capacidad para adquirir, conservar y recuperar conocimiento objetivo general; implica también inteligencia cristalizada, memoria a largo plazo y capacidad para conservar y recuperar información escolar y del medio ambiente; otras habilidades se requieren en esta sub-prueba son percepción y comprensión auditivas y la capacidad de expresión verbal. Palabras en contexto (pistas) es otra sub-prueba suplementaria, nueva en WISC-IV, y mide razonamiento verbal (se le pide al niño que identifique el concepto común que se describe con una serie de pistas); se ha demostrado que estas tareas miden comprensión verbal, capacidad analógica y razonamiento general, abstracción verbal, conocimiento del dominio, capacidad para integrar y sintetizar diferentes tipos de información y para generar conceptos alternativos (Ackerman, Beier & Bowen, 2000; Alexander & Kulikowich, 1991; Delis et al., 2001; de Santi, 1989; McKenna & Layton, 1990; Newstead, Thompson & Handley, 2002; Ridgeway, 1995).

Índice de memoria de trabajo. Retención de dígitos es una sub-prueba esencial que se compone de dos partes: retención de dígitos en orden directo y retención de dígitos en orden inverso. Esta sub-prueba mide memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, atención y concentración; Retención de dígitos en orden directo implica aprendizaje y memoria mecánicas, atención, codificación y procesamiento auditivo. Retención de dígitos en orden inverso incluye memoria de trabajo, transformación de la información, manipulación mental y formación de imágenes visoespaciales. El cambio de la tarea de Retención de dígitos en orden directo a Retención de dígitos en orden inverso requiere de flexibilidad cognoscitiva y atención mental. Sucesión de números y letras es una sub-prueba esencial en que se lee al niño una secuencia de números y letras y éste debe recordar los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético. Implica sucesión, manipulación mental, atención, memoria auditiva a corto plazo, formación de imágenes visoespaciales y velocidad de procesamiento. Aritmética es una sub-prueba suplementaria de memoria de trabajo que implica manipulación mental, concentración, atención, memoria a corto y largo plazo, capacidad de razonamiento numérico y atención mental; también es posible que incluya sucesión, razonamiento fluido y lógico.

Índice de velocidad de procesamiento. Claves es una sub-prueba que mide memoria a corto plazo, capacidad de aprendizaje, percepción visual, coordinación viso motora, capacidad de rastreo visual, flexibilidad cognitiva, atención y motivación; también puede incluir procesamiento visual y secuencial. Búsqueda de símbolos es una sub-prueba que mide memoria a corto plazo, memoria visual,

coordinación visomotora, flexibilidad cognoscitiva, discriminación visual y concentración; también implica comprensión auditiva, organización perceptual y capacidad de planificación y aprendizaje.

A pesar del uso tan extendido que han tenido las escalas Wechsler en ambientes clínicos y educativos en nuestro país y de su importancia como criterio de referencia en estudios de validez de instrumentos psicométricos, en México no se han realizado adaptaciones, actualizaciones y revisiones a profundidad de las escalas. Por ello, en 2005 se llevó a cabo un trabajo de estandarización de la escala Wechsler de inteligencia para niños-IV con el propósito de adaptarla a la población mexicana y obtener normas apropiadas para los niños mexicanos por grupos de edad.

El proyecto contó con el apoyo de académicos de ocho prestigiadas universidades mexicanas que aportaron sus experiencias, comentarios y reflexiones en la fase experimental de la investigación. La aplicación individual de la escala estuvo a cargo de estudiantes de psicología y educación supervisados por académicos expertos.

La población objetivo estuvo integrada por niños y adolescentes mexicanos de 6 años 0 meses a 16 años 11 meses de edad que viven en zonas urbanas y suburbanas de la república mexicana, que son sujetos de atención por el sistemas educativo nacional y que pertenecen a diversos niveles socioeconómicos. No se pretendió que los resultados de la adaptación pudieran generalizarse a niños y

adolescentes de zonas rurales, marginadas o en situación de desventaja física, mental y social extrema, ni para quienes el español no sea la lengua materna.

La muestra final quedó conformada por 1,234 niños y adolescentes, 680 hombres y 554 mujeres. Esta variación no implica distinciones de género en las normas, ya que no se encontraron diferencias significativas globales por género, ni en las rutinas originales de la escala proponen baremos diferenciales por género. En esta tesis se usaron las normas para la población mexicana para calificar las subpruebas aplicadas.

Malestar psicológico

La respuesta emocional frente al embarazo en la adolescencia está multifactorialmente determinada, pues, como ya lo hemos dicho, a los fenómenos psicológicos propios del embarazo se agregan los de la adolescencia y las crisis individuales, lo que provoca que la experiencia pueda ser emocionalmente intolerable. Se han descrito una gran variedad de reacciones psicológicas frente al embarazo en adolescentes: el sentimiento de falta de control sobre la vida, no saber describir la respuesta emocional que se tiene, decidir abortar o llevar el embarazo a término, sentimientos de culpa, miedo, enojo y vergüenza, la prueba de realidad se reduce, incapacidad para tomar decisiones, ansiedad intolerable, regresión, refugio en la negación, y dificultad para planear de manera realista que causa una disminución de la confianza en el propio juicio (Trad, 1999).

Además, al convertirse en madres, deben asumir múltiples roles para los cuales no siempre están psicológicamente maduras, pues pueden seguir siendo inmaduras cognitiva, afectiva y económicamente (Muñoz, Berger y Aracena, 2001) y su respuesta emocional se ve comprometida. Se ha informado que algunas madres adolescentes se embarazan intencionalmente, porque siempre habían querido tener un hijo propio o alguien a quién amar, o para retener a la pareja, lo que podría asociarse a una baja autoestima (Corona & Tidwell, 1999; Lagana, 1999).

No está claro si la depresión en el embarazo adolescente puede considerarse como factor predisponente o como consecuencia. Sin embargo, se han hallado mayores niveles de depresión en las adolescentes embarazadas (Guijarro et al., 1999), sobre todo las de menor edad (Brage, Elek & Campbell-Grossman, 2000). Asimismo, se han descrito sentimientos de inseguridad, culpa y la tendencia a apartarse del grupo social; es evidente, que en muchos casos el proyecto de vida de estas adolescentes se ve frustrado, lo que también podría asociarse a sintomatología depresiva (Muñoz et al., 2001). Respecto del estado emocional de las adolescentes embarazadas se ha sugerido que la psicoterapia interpersonal se revela como factible y de ayuda en el mantenimiento y tratamiento de la depresión (Miller, Gur, Shanok & Weissman, 2008).

La respuesta emocional frente al embarazo adolescente varía de individuo a individuo, tal como lo describen diversas investigaciones. Sin embargo, no podemos afirmar que tenga la misma gravedad en todos los casos, pero tampoco podemos decir que no haya una reactividad afectiva frente al evento mismo del

embarazo. Para evaluar la respuesta emocional frente al embarazo en adolescentes, empleamos el concepto de malestar psicológico, porque en instituciones de salud nos ha permitido describir la respuesta psicológica ante un evento médico.

Es pertinente hacer una reflexión sobre la respuesta emocional en las instituciones de salud (no de salud mental), en donde los pacientes que acuden para una consulta médica: “el malestar psicológico en un inicio no es una prioridad en comparación con la urgencia de aliviar la dolencia física” (Morales-Carmona y Díaz-Franco, 2000). Tal es el caso de las adolescentes que acuden al INPerIER para su atención médica.

Con anterioridad habíamos propuesto la siguiente definición de malestar psicológico: “conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva” (Morales et al.,2005) En el trabajo psicológico en una institución médica, es indispensable reflexionar sobre los conceptos que se han establecido como indicadores para el diagnóstico de trastorno mental y reconsiderarlos, porque los padecimientos médicos pueden provocar respuestas emocionales intensas que, en otros contextos, podrían caracterizarse como francamente psicopatológicas (Espíndola-Hernández, Morales-Carmona, Díaz-Franco, Nieto et al., 2006).

Los estudios que estiman la presencia de alteraciones emocionales en las instituciones de salud han reportado altos índices principalmente de manifestaciones de tipo depresivo y ansioso (Fullerton, Acuña, Florezano, Cruz y Weil, 2003;García-Viniegras y Carmen,1999; Cano et al., 2001). Sin embargo, estos resultados provienen de la aplicación de instrumentos de tamizaje y, por lo tanto, no son específicos y no necesariamente contemplan el contexto de la manifestación psicológica, ni deben considerarse como instrumentos diagnósticos.

Es importante señalar que las manifestaciones emocionales a las que nos referimos suelen exacerbarse por el procedimiento en la institución: exploración médica, diagnóstico, hospitalización, etc. Es decir, la respuesta emocional esperada de un paciente en una situación de estrés puede parecer patológica. De hecho, empleando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión cuarta revisada (DSM-IV-TR), esperamos que la mayoría de estas reacciones se encuentren dentro del grupo de los “trastornos adaptativos”. Habrá que tomar en cuenta qué tipo de interpretación es pertinente cuando se estiman las alteraciones emocionales en instituciones médicas con pruebas de tamiz, ya que éstas, como lo señalamos, no son instrumentos diagnósticos, sino instrumentos de rastreo.

Por lo tanto, para brindar una atención psicológica oportuna que concilie tanto la demanda del paciente como los objetivos institucionales, se requiere desarrollar nuevos conceptos relativos a la respuesta emocional en estas situaciones específicas de enfermedad médica o de intervención médica, que permitan profundizar en la manifestación emocional sin psicopatologizarla. No obstante,

estas reacciones afectivas secundarias a un evento que quizá no cumplen los criterios para un diagnóstico diferencial de un trastorno mental tienden a ser definidas como “normales” –probablemente queriendo decir “esperadas”–, por lo que las instituciones pueden soslayarlas, en vez de que un profesional especializado las evalúe. Ejemplos de esto son expresiones institucionales como “es normal que la paciente llore, porque perdió a su hijo”, en lugar de pensarse “es esperado que la paciente llore, porque perdió a su hijo”, lo cual implica una alteración emocional que debe ser vigilada.

Cuando definimos el malestar psicológico teníamos en mente este tipo de alteraciones reactivas enmarcadas en las directrices caracterológicas de la salud mental. Dichas alteraciones deben ser abordadas mediante el desarrollo de estrategias específicas de atención y detección oportuna, obedeciendo tanto a un constructo teórico como a un procedimiento técnico con base siempre en la observación y el análisis clínico.

Toda esa gama de manifestaciones clínicas no patológicas, arraigadas en la subjetividad de la persona, requieren de atención psicológica específica con una visión distinta del clínico hacia la psicopatología, pues son alteraciones psicológicas, clínicamente significativas, que responden a un evento disruptivo específico, aunque, como ya se ha dicho, no cumplan con los criterios de un trastorno mental. Por lo tanto, la propuesta del concepto de malestar psicológico da cuenta de un intento por ampliar el espectro del continuum salud-enfermedad mental con el que el individuo responde.

En la literatura internacional, el concepto de malestar psicológico ha existido; hasta cierto punto, es un concepto híbrido que engloba casi cualquier manifestación relacionada con una queja emocional de un paciente, y que proviene de la auto percepción del estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales (García-Viniegras y Carmen.1999).

La respuesta emocional que queremos caracterizar con el concepto de malestar psicológico se reconoce por ser aguda, de tipo adaptativo y funcional reactiva a un estímulo, por lo que no puede ser entendida como psicopatológica. Sin embargo, es claro que se trata de una alteración emocional respecto del “estado basal” del sujeto, entendido como esa oscilación afectiva normal en la cotidianidad de las personas que permite un nivel adecuado de adaptación interna y externa. Esta respuesta emocional alterada es conscientemente displacentera y poco satisfactoria.

Posiblemente esta falta de conceptualización de la respuesta emocional que describimos sea, en parte, responsable de ese sobre diagnóstico de las alteraciones emocionales reportado en las instituciones de salud. En términos de indagación clínica poco fina, se puede llegar a patologizar respuestas emocionales que no lo son; por ejemplo, es común confundir la tristeza con depresión; la ansiedad adaptativa, con un trastorno de ansiedad; el llanto secundario a un evento doloroso, con el llanto fácil; el insomnio con problemáticas en el ciclo sueño-vigilia, con el provocado por los desórdenes propios en las actividades diarias. Entonces, será obligación del especialista contextualizar los fenómenos

clínicos, determinar su etiología y establecer líneas de tratamiento con mayor especificidad.

En el caso que nos ocupa, la paciente adolescente embarazada en particular, y la paciente gineco-obstétrica en general, comúnmente presenta manifestaciones clínicas parecidas tanto al malestar psicológico como a alguna entidad psicopatológica, las cuales pueden confundirse si no son finamente evaluadas mediante la anamnesis: alteraciones en el dormir y la alimentación, vómito, cansancio, la ansiedad que alerta a la mujer para estar pendiente del curso de embarazo, el ajuste psicosocial por el cambio de rol. Las cefaleas, mareos y oscilaciones del humor y del estado de ánimo son parte del proceso obstétrico o del padecimiento ginecológico, e incluso del climaterio (Leichtentritt, Blumenthal, Elyai & Rotmensch, 2005; Gamble et al., 2005), y la descontextualización de estas manifestaciones sintomáticas pueden llevar a un diagnóstico equivocado de algún trastorno mental. En contraposición, la sintomatología debería entenderse como manifestaciones secundarias al momento de crisis maduracional que representa el embarazo. Entender estas manifestaciones clínicas, similares a los estados psicopatológicos, que se encuentran en el espectro de lo sano (de lo esperado) permite evitar el sobre diagnóstico y establecer estrategias de tratamiento más específicas.

En resumen, las pacientes gineco-obstétricas hospitalizadas suelen presentar reacciones emocionales secundarias a la hospitalización, embarazo y/o enfermedad. Estas reacciones pueden o no anclarse en la estructura de carácter y ofrecer datos clínicos que no necesariamente deben considerarse como

patológicos. Dentro de la gama de reacciones posibles, se puede identificar al malestar psicológico como una entidad diagnóstica que se caracteriza por su reactividad, rápida evolución, egodistonia y buen pronóstico. En este sentido, se trata de una alteración del estado emocional y no de una psicopatología propiamente dicha. Si bien el malestar psicológico se trata de un proceso adaptativo, debe ser atendido y evaluado por un profesional de la salud mental por medio de diversas estrategias y técnicas específicas que favorezcan la solución del conflicto y funcionen como profilaxis de un conflicto secundario e intrapsíquico, o bien de las complicaciones derivadas de la atención gineco-obstétrica e intrahospitalaria (Espíndola-Hernández et al., 2006).

Para estimar el malestar psicológico en instituciones de salud se ha hecho uso del Cuestionario General de Salud (CGS). El CGS es un instrumento autoaplicable, diseñado por Goldberg (1972) con el propósito de identificar pacientes con alteraciones mentales, no psicóticas, en población general y que ameritan tratamiento especializado. La versión original se compone de 60 reactivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno en escala Likert. Evalúa cinco áreas: síntomas somáticos, trastornos del sueño, desadaptación social, ansiedad y depresión (Gómez, Morales-Carmona, Aretia y Gutiérrez, 1990). El CGS ha sido útil en la detección de casos de malestar psicológico en instituciones (Espíndola 2006; Díaz, et al. 2006; Sánchez-Bravo, Morales-Carmona, Carreño y Cuenca, 2007).

El CGS se ha aplicado en varios países en sus versiones general y abreviada de 28 y 30 reactivos (Fontanesi, Gobetti, Zimmermann-Tansella & Tansella, 1985;

Bell, Watson, Sharp, Lyons & Lewis, 2005). Existen también versiones de 12 reactivos (Makowska, Merez, Moscicka & Kolasa, 2002; Botega, Pereira, Bio, García & Zomignani, 1995).

En el INPerIER, ya se había llevado a cabo un estudio con el propósito de establecer puntos de corte del CGS en su versión de 30 reactivos (CGS-30) para diagnosticar *casos* y *no casos* de alteración mental no psicótica y darles atención médica. Para la población de pacientes gineco-obstétricas, se estableció un punto de corte 7/8, con sensibilidad y especificidad del 78% para ambos estadísticos. En ese trabajo se empleó la entrevista diagnóstica del DSM-III como criterio externo (Gómez et al., 1990).

Incluso con este mismo instrumento, se llevó a cabo una investigación con el objetivo general de establecer la prevalencia de las alteraciones emocionales en el INPerIER. El instrumento se aplicó a 328 mujeres de nuevo ingreso y los resultados mostraron que el 52.1% de la población manifestó suficientes síntomas para considerarse “caso probable”, siendo un porcentaje mayor en las pacientes obstétricas (62.2%) con respecto a las pacientes ginecológicas. Los autores concluyen que es posible que el mayor malestar psicológico de las pacientes obstétricas se explique con base en las molestias que surgen en el embarazo además de que este grupo cursó con embarazos de alto riesgo (Morales-Carmona, Luque-Coqui y Barroso-Aguirre, 2002).

Morales, Pimentel, Sánchez y Henales (2008) realizaron un trabajo sobre el CGS con el objetivo de generar una versión abreviada para aplicarse como prueba de

tamiz en instituciones públicas de salud que no se especializan en la atención de la salud mental. Buscaron que su versión responda a las demandas de la población mexicana y sea capaz de detectar *malestar psicológico*; también se propusieron establecer categorías de gravedad de la afectación.

En ese trabajo, la muestra fue de 5,134 pacientes, de las cuales 1,972 (38.4%) presentaban padecimientos ginecológicos y 3,162(61.6%) eran pacientes obstétricas. Los resultados indicaron que la edad promedio de las mujeres fue 30.3 ± 9.43 años y la escolaridad tuvo un promedio de 10.6 ± 3.5 años. Las mujeres que acudieron a recibir atención prenatal tuvieron de 1 a 2 embarazos, con una frecuencia significativamente mayor que las ginecológicas (por los casos de nuligestas); se registró una proporción significativamente mayor de mujeres con tres o más abortos entre las no embarazadas.

De acuerdo con el CGS-30, 51% de las mujeres obtuvo suficientes puntos para catalogarlas como *caso* y, de acuerdo con los puntos de corte propuestos, 33.5% se diagnosticaron como *caso leve*, 13.36% como *caso moderado* y 4.1% *caso grave*. El análisis factorial permitió seleccionar 15 reactivos con base en sus pesos factoriales y se pudo establecer el punto 4/5 como el punto de corte que ofreció los mejores valores de sensibilidad y especificidad. Además, para la versión de 15 reactivos del CGS, se propusieron los siguientes estratos: 0 a 4 puntos *no caso* (41.1%); *caso leve* entre 5 y 10 puntos (35.8%); *caso moderado* para puntajes entre 11 y 13 (16.0%); y, para *caso grave* 14 y 15 puntos (7.1%).

Los investigadores concluyeron que: a) se pudo obtener una versión de 15 reactivos del CGS con tres estratos que distinguen la gravedad respecto de los casos y lo establecen como un buen instrumento de detección, b) el cuestionario final posee las cualidades psicométricas deseables en una prueba de escrutinio, como sensibilidad (0.988), especificidad (0.828) y alfa de Cronbach de 0.910, y c) el cuestionario no sólo detecta los *posibles casos* sino también ofrece una buena clasificación de los *no casos*. De hecho, tanto el CGS-30 como el CGS-15 tienden a sobre diagnosticar los *casos* (falsos positivos), pero registran adecuadamente los *no casos* (con una tasa no significativa de falsos negativos); además, es auto aplicable, breve, de calificación sencilla y rápida y no requerir personal especializado para su aplicación, calificación e interpretación.

Si bien el CGS-15, como instrumento de tamiz, no ofrece un diagnóstico, sí permite identificar oportunamente a las pacientes que deben enviarse a un servicio especializado en salud mental, donde se apliquen las técnicas específicas de tipo psicométrico o de entrevista y un clínico experimentado pueda diagnosticar, pronosticar y ofrecer las mejores opciones de intervención terapéutica.

Como hemos señalado anteriormente, los eventos reproductivos se asocian con reacciones emocionales (malestar psicológico) que generalmente afectan el apego al tratamiento y dificultan el proceso médico; también hay casos en que se incrementa la solicitud de atención médica, porque subyace la búsqueda de soluciones a necesidades afectivas. Por ello, es útil un instrumento que detecte estas características, como parte de un modelo de atención psicológica en instituciones de salud. En definitiva, la versión abreviada y calibrada del CGS es

una buena opción para la detección de *posibles casos* de trastornos mentales y de malestar psicológico de mujeres en edad reproductiva.

Por las razones anteriores, en este trabajo doctoral, pensamos estimar el malestar psicológico de las pacientes adolescentes embarazadas con el CGS-15 por ser un instrumento probado en el INPerIER, incluyendo adolescentes embarazadas. Además, es el instrumento con el que detectamos los posibles casos de malestar psicológico en adolescentes.

Con el propósito de ofrecer atención psicológica oportuna en el INPerIER a las adolescentes embarazadas, a partir de la investigación clínica nos dimos a la tarea de estimar la dimensión de la respuesta emocional en estas pacientes. Básicamente evaluamos tres aspectos: reacciones de ansiedad, síntomas depresivos y malestar psicológico. En un breve resumen, podemos decir que nuestros hallazgos han sido: a) la respuesta de ansiedad, ya sea en estado o en rasgo, se presenta aproximadamente en una de cada tres adolescentes embarazadas (34% para la ansiedad estado y 30% para la ansiedad rasgo), lo cual implica, que una de cada tres adolescentes embarazadas debe ser considerada como un caso de ansiedad; b) en el caso de la depresión encontramos que la proporción de adolescentes embarazadas que presentan suficientes síntomas para ser consideradas un caso de depresión fue de 4 por cada 10 (Díaz, 2007), y c) la evaluación del malestar psicológico indicó que, de 213 adolescentes embarazadas, 71 (33.3%) tuvieron un puntaje de 8 o más en el CGS (Goldberg, 1972), por lo que fueron consideradas como casos de malestar psicológico, mientras que las 142 (66.7%) restantes no rebasaron el punto de

corte y no fueron consideradas como casos. En otras palabras, aproximadamente una de cada tres adolescentes embarazadas que participaron en este estudio presentó malestar psicológico de acuerdo con el CGS (Díaz et al., 2006).

Podemos concluir diciendo que consideramos importante la evaluación del malestar psicológico en adolescentes embarazadas, pues nos permite distinguir a las adolescentes que presentan el malestar de aquellas que, estando embarazadas, pueden contender con esta situación sin comprometer su estado emocional. Es decir, tendremos la posibilidad de hacer comparaciones que nos permita entender en qué difieren las adolescentes embarazadas que no presentan malestar, para que este conocimiento guíe la planeación de estrategias de intervención para favorecer una mejor adaptación a la situación de embarazo en las adolescentes que presentan malestar psicológico.

Método

1. Planteamiento del problema.

Las observaciones empíricas sobre el fenómeno del embarazo durante la adolescencia han puesto de manifiesto el malestar psicológico que le acompaña. Dicho malestar, por ejemplo, se ha descrito como baja autoestima (Corona & Tedwell 1999; Lagana, 1999); sentimientos de culpa, miedo, enojo, ansiedad y vergüenza (Trad, 1999), o depresión (Guijarro et al., 1999; Brage et al., 2000; Muñoz et al., 2001; Miller et al., 2008).

En el caso particular del INPerIER, hemos detectado que el malestar psicológico durante el embarazo en la adolescencia se expresa como ansiedad rasgo (34%), ansiedad estado (30%) y síntomas depresivos (40%). Es decir, entre 60% y 70% de adolescentes embarazadas no reportan tener malestar psicológico (Díaz, 2007).

Por otra parte, se ha demostrado que, durante la adolescencia, tanto los recursos psicológicos como la madurez impactan en la adaptación de los adolescentes frente a las demandas del medio en que se desarrollan (Galambos, Turner et al., 2005). De este modo, al enfrentar situaciones estresantes o de crisis, tanto la madurez como los recursos psicológicos, con los que cuenta un adolescente, juegan un papel determinante en el éxito o fracaso adaptativo y por lo tanto en la vivencia subjetiva de bienestar o malestar psicológico.

El embarazo y la maternidad son situaciones de crisis, particularmente en la adolescencia, que pueden ser entendidos desde diferentes perspectivas. Una de ellas es que son el resultado de una conducta riesgosa en el inicio y ejercicio de la vida sexual.

Evaluar la manera en que los recursos y la madurez psicológicos se relacionan con la presencia y ausencia de malestar psicológico en el embarazo y la maternidad adolescentes permitirá, por una parte, obtener información para prevenir los efectos adversos en la salud de la adolescente y su hijo y, por otra, diferenciar las características de madurez y los recursos psicológicos entre las adolescentes que presentan y las que no presentan malestar psicológico.

Los resultados de esta investigación serán el punto de partida para diseñar programas oportunos y efectivos para las adolescentes embarazadas que padezcan de malestar psicológico.

1.1 Justificación.

1.1.1 Justificación teórica.

La investigación sobre el desarrollo se propone una comprensión más profunda del proceso por el cual un niño llega hasta la madurez pasando por el periodo adolescente. Hace bastante tiempo se sabe que la madurez es un concepto que implica elementos físicos, sociales, psicológicos, emocionales y conductuales (Hurrelmann & Engel, 1989; Coleman & Hendry 1990; Peterson, 1996; Galambos et al., 1999).

En lo particular, la investigación sobre el desarrollo durante la adolescencia tiene un marcado interés en los adolescentes que presentan conductas de riesgo como las delincuenciales, la sexualidad no protegida, el consumo de sustancias, etc. En la descripción de las características de estos adolescentes, se menciona un gran número de factores que actúan sobre su desarrollo “empujándolos” hacia la madurez, lo cual paradójicamente impide su progreso. Los factores pueden ser externos, como la presión de los padres, maestros, otros adultos significativos, o de pares que actúan como si fueran adultos; pueden ser internos, como los cambios fisiológicos o presiones emocionales (Galambos et al., 2003).

Quienes se han dado a la tarea de buscar aquellos factores que hacen que un adolescente se comporte riesgosamente durante su desarrollo, han propuesto conceptos como, pseudomadurez (Greenberger & Steinberg, 1974), inmadurez (Galambos et al., 2003), o de adolescentes “adultoides” (Galambos & Tilton-Weaver, 2000). Para operacionalizar estos conceptos se ha trabajado con marcadores de la madurez como la edad subjetiva, la edad cronológica, autoconfianza, identidad y orientación laboral (Galambos et al., 2003). También se han incluido la medición de recursos psicológicos, como la capacidad cognitiva, con marcadores como la inteligencia fluida, la inteligencia cristalizada y el funcionamiento ejecutivo (Galambos, Mac Donald Stuart et al., 2005). Además se han incluido los recursos relacionales evaluando los conflictos del adolescente con sus padres (Galambos & Almeida, 1992).

Esta forma de estudiar la madurez en adolescentes ha permitido comprender las conductas de riesgo en poblaciones de adolescentes con problemas de conducta

escolar, o adicciones, y en adolescentes que trabajan (Greenberger & Steinberg, 1986; Galambos, 1999; Arbeau et al., 2007). Las investigaciones se han realizado principalmente en población anglosajona y angloparlante aunque hay estudios realizados en otras poblaciones (Guiot, 2001).

Con base en lo anterior, la presente investigación se llevó a cabo en población de adolescentes embarazadas mexicanas. Ya que, en la revisión de la literatura sobre el tema, no se encontraron investigaciones con una población de estas características.

La investigación se propuso profundizar sobre el conocimiento de la madurez, los recursos y el malestar psicológicos en las adolescentes mexicanas que deben enfrentar un embarazo.

1.1.2 Práctica.

El embarazo adolescente en México es un problema de salud que afecta principalmente a la adolescente y a su hijo. Las investigaciones realizadas en nuestro país señalan que la respuesta psicológica de la adolescente embarazada se caracteriza por presentar: síntomas de ansiedad y depresión, un autoconcepto pobre y una percepción de conflicto en la relación con sus padres y con sus parejas (Díaz, 2006, 2007).

No obstante, quienes trabajamos en la asistencia psicológica de este problema sabemos que hay adolescentes embarazadas e, incluso, madres que no

manifiestan compromiso en su respuesta emocional. Por ello, resulta fundamental el estudio de estas adolescentes para identificar la manera en que las variables de la madurez y los recursos psicológicos se asocian a la ausencia de malestar.

Desarrollar investigaciones tomando en cuenta variables poco estudiadas permite conocimientos nuevos y más precisos; así, los resultados obtenidos de la evaluación que se llevará a cabo beneficiará principalmente a las adolescentes que presentan malestar psicológico durante su embarazo, pues podremos caracterizar los elementos de madurez y de recursos psicológicos que le impiden tener una respuesta favorable a su situación.

La situación crítica de la adolescente embarazada no termina con la resolución del evento obstétrico, sino que se prolonga en el ejercicio de la maternidad. El conocimiento que será generado permitirá diseñar un abordaje psicológico para estas pacientes con el propósito de que su respuesta, ante el embarazo y la maternidad, no se vea comprometida por la presencia de malestar psicológico. Se favorecerá en las adolescentes gestantes una conducta de autoprotección empleando de manera óptima los recursos que tenga a la mano, tanto internos como externos.

Por otra parte, el conocimiento que se adquiera de la investigación permitirá proveer de información a la comunidad científica para seguir profundizando sobre el fenómeno del embarazo adolescente e intentar que disminuya. En particular a los profesionales que trabajan con adolescentes, los resultados de la presente investigación les ofrecerá conocimiento sobre las variables de madurez que les

ayuden a identificar conductas de riesgo en adolescentes que pueden iniciar una práctica sexual sin protección y por ende a enfrentar un embarazo no deseado.

Comprender la manera en que se vinculan la madurez de las adolescentes y sus recursos psicológicos puede contribuir a entender, en un nivel preventivo, cómo estos elementos condicionan las conductas de riesgo de las adolescentes. A nivel de intervención es esencial esta comprensión para diseñar y promover programas de salud que ofrezcan oportunidades a estas adolescentes, para desempeñar los roles adultos por venir sin tener que renunciar a su propio proyecto de vida.

1.2 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el mejor modelo predictivo del malestar psicológico, considerando las variables de madurez y los recursos psicológicos en el embarazo adolescente?

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

Generar con las variables de madurez psicológica (edad cronológica, edad subjetiva, y las actitudes de independencia en adolescentes) y con los recursos psicológicos (cognitivos y relacionales) conocimientos que permitan reconocer los factores asociados al malestar psicológico en el embarazo adolescente.

1.3.2 Objetivos específicos.

- a) Evaluar los recursos psicológicos relacionales midiendo la percepción de la relación con el padre, la madre y la pareja.
- b) Evaluar los recursos psicológicos cognitivos midiendo la comprensión verbal, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento.
- c) Evaluar la madurez psicológica de las adolescentes embarazadas midiendo las variables de madurez: edad cronológica, edad subjetiva y actitudes de independencia en la adolescencia.
- d) Evaluar el malestar psicológico mediante el Cuestionario General de Salud versión de 15 reactivos (Morales, 2008).
- e) Describir y analizar las características de las variables de madurez que se asocian al malestar en el embarazo adolescente.
- f) Describir y analizar las características de los recursos psicológicos que se asocian al malestar en el embarazo adolescente.
- g) Proponer un modelo explicativo con los recursos psicológicos (relacionales y cognitivos) y la madurez psicológica (edad cronológica, edad subjetiva y las actitudes de independencia en adolescentes) que permita pronosticar el malestar psicológico en adolescentes durante el embarazo.
- h) Realizar, con las variables de madurez psicológica y los recursos psicológicos, diferentes combinaciones y determinar su asociación con el malestar psicológico.

1.4 Hipótesis.

1.4.1 Hipótesis conceptual.

En los estudios sobre embarazo adolescente, se ha dicho que intervienen factores de carácter socio demográfico y reacciones psicológicas que condicionan la adaptación de las adolescentes, de tal suerte que no todas presentan malestar psicológico cuando están embarazadas. Por lo tanto, la atención psicológica de estas pacientes varía desde la atención primaria –proporcionarle información– hasta la atención psicoterapéutica de manifestaciones clínicas graves. Suponemos que la respuesta adaptativa ante la situación del embarazo y la maternidad, expresada con presencia o ausencia de malestar psicológico, depende tanto de la madurez como de los recursos psicológicos de la adolescente.

1.4.2 Hipótesis de trabajo.

Las adolescentes embarazadas tienen características tanto en las variables de madurez (edad subjetiva, edad cronológica, y las actitudes de independencia en adolescentes) como en los recursos psicológicos (cognitivos, relacionales), las cuales sirven para proponer un modelo predictivo del malestar psicológico en el embarazo y la maternidad.

La combinación de las características de las variables de madurez (edad subjetiva, edad cronológica, y las actitudes de independencia en adolescentes) y de las características de recursos psicológicos (cognitivos, relacionales) de las

adolescentes, son diferentes en presencia o ausencia de malestar psicológico en adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

1.4.3 Hipótesis nulas.

1. Si las adolescentes embarazadas tienen una peor percepción de las relaciones de afecto con su padre, su madre y su pareja, no presentan malestar psicológico.
2. Si las adolescentes embarazadas tienen bajos puntajes en los recursos cognitivos, no presentan malestar psicológico.
3. Si las adolescentes embarazadas tienen actitudes no independientes, no presentan malestar psicológico.
4. Si las adolescentes embarazadas tienen una edad cronológica menor, no presentan malestar psicológico.
5. Si las adolescentes embarazadas tienen una edad subjetiva mayor, no presentan malestar psicológico.
6. La combinación de las características de las variables de madurez (edad subjetiva, edad cronológica, y las actitudes de independencia en adolescentes) y de los recursos psicológicos (cognitivos, relacionales) de las adolescentes embarazadas no es adecuada para proponer un modelo explicativo del malestar en el embarazo.

1.4.4 Hipótesis alternas.

1. Si las adolescentes embarazadas tienen una peor percepción de las relaciones de afecto con su padre, su madre y su pareja, presentan malestar psicológico.
2. Si las adolescentes embarazadas tienen bajos puntajes en los recursos cognitivos, presentan malestar psicológico.
3. Si las adolescentes embarazadas tienen actitudes no independientes, presentan malestar psicológico.
4. Si las adolescentes embarazadas tienen una edad cronológica menor, presentan malestar psicológico.
5. Si las adolescentes embarazadas tienen una edad subjetiva mayor, entonces presentan malestar psicológico.
6. La combinación de las características de las variables de madurez (edad subjetiva, edad cronológica, y las actitudes de independencia en adolescentes) y de los recursos psicológicos (cognitivos, relacionales) de las adolescentes embarazadas es adecuada para proponer un modelo explicativo del malestar en el embarazo.

2. Definición conceptual y operacional de las variables

2.1 Variable independiente atributiva.

Embarazo adolescente.

Definición conceptual.

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

Definición operacional.

Se consideraron a aquellas pacientes adolescentes con una edad menor a 17 años que ingresen al Instituto Nacional de Perinatología para la atención médica de su embarazo.

2.2 Variables independientes activas.

Madurez psicológica.

Definición conceptual.

La madurez psicológica se refleja en la capacidad para responder ante situaciones que demandan una conducta adaptativa como el embarazo y la maternidad. Sin embargo, el concepto representa un problema para su definición teórica y operacional, particularmente en la adolescencia, pues impera un deseo consciente por crecer, y la autonomía, entendida como autogobierno se convierte en la meta más importante. Partiendo de ahí, concordamos con el concepto de que la madurez se refiere “al nivel general de funcionamiento adaptativo y competencia

socioemocional del individuo, lo cual implica una gran variedad de éxitos en diversos aspectos como el funcionamiento independiente, la efectividad en la comunicación interpersonal y la responsabilidad social” (Galambos et al., 1999, Galambos, Turner et al., 2005).

Definición operacional.

Operacionalmente, la madurez psicológica se definió a partir de variables: edad subjetiva, edad cronológica y actitudes de independencia en la adolescencia.

Edad subjetiva.

Definición conceptual.

La edad subjetiva típicamente ha sido definida como la edad auto percibida o la edad que siente tener un individuo (Blau, 1956; Montepare & Lachman, 1989; Hubley & Hultsch, 1994; Galmbos et al., 1999).

Definición operacional.

Cuando el promedio de los puntajes obtenidos en los reactivos del Cuestionario de Edad Subjetiva fue superior al promedio obtenido por el total de la muestra, mas una desviación estándar, se consideró una edad subjetiva mayor (24 puntos en la escala de edad subjetiva).

Edad cronológica.

Definición conceptual.

Tiempo en que una persona ha vivido, a contar desde el día que nació.
(Diccionario de la Real Academia de la Lengua).

Definición operacional.

La edad cronológica se calculó en años y meses cumplidos a partir de la fecha de nacimiento y hasta el día de la aplicación.

Actitudes de independencia en adolescentes

Definición conceptual.

Peter Blos (1992) propone: “el termino adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad”. Y propone cinco etapas:

1. La preadolescencia. Prepara al individuo para su ingreso a la adolescencia en donde hay un aumento del impulso sexual. Las mujeres tienen una orientación hacia la heterosexualidad en una actitud de competencia, lo que implica una defensa contra la angustia del cambio vertiginoso de su cuerpo y del nuevo papel femenino.

2. Adolescencia temprana. Se inicia la elección de un objeto de amor extra familiar y un intento firme para autodefinirse; la mujer se distingue por el amor idealizado.
3. La adolescencia propiamente dicha. El desarrollo emocional tiende a las relaciones de objeto estables con hombres y mujeres externos a la familia y hacia la formación de una identidad sexual irreversible.
4. Adolescencia tardía. Se caracteriza por conducta propositiva, mayor capacidad para la socialización, integración en el ámbito social, constancia en las emociones, estabilidad en la autoestima y consolidación del carácter. Hay un grado de maduración óptimo reflejado en los ámbitos extra familiares como la escuela y el trabajo.
5. Postadolescencia. Periodo entre la adolescencia y la edad adulta, en donde se termina por armonizar las partes componentes de la personalidad.

Definición operacional.

Se consideró tener actitudes de independencia en la adolescencia cuando el puntaje total obtenido en los reactivos del cuestionario de actitudes de independencia fue superior a 18.

Recursos psicológicos.

Definición conceptual.

Los recursos psicológicos también se reflejan en la capacidad para adaptarse a situaciones de crisis como el embarazo y la maternidad. Sin embargo, el concepto representa un problema para su definición teórica y operacional. En el presente trabajo los recursos psicológicos de las adolescentes embarazadas serán reflejados tanto por las capacidades cognoscitivas como por la percepción de las relaciones con el padre, la madre y la pareja.

Definición operacional.

Operacionalmente, los recursos psicológicos se definirán a partir de la evaluación de, por una parte, la percepción de la adolescente de su relación con su padre, su madre y su pareja, y, por otra, de su capacidad cognoscitiva.

Recursos relacionales.

Definición conceptual.

En intervención institucional, social, médica y/o psicológica, cuando se evalúa las redes de apoyo sociales, en realidad se evalúa si la paciente cuenta con recursos relacionales que le permitan enfrentar su problemática. Las relaciones saludables tanto con la familia como con la pareja son un recurso para la adolescente

embarazada, pero, si no lo son, se convierten en factores estresantes que complican su situación.

Definición operacional.

La calificación obtenida en los reactivos que evalúan la percepción de afecto con el padre, la madre y la pareja. Se consideró que se dispone de recursos relacionales cuando, en el puntaje total obtenido de la suma de los reactivos del cuestionario de percepción de la relación con el padre, la madre y la pareja, fue superior a 13.

Recursos cognoscitivos.

Definición conceptual.

Las habilidades, o recursos, cognitivos son un constructo multidimensional que consiste en distintos procesos cognitivos de alto orden que incluyen iniciación, planeación, generación de hipótesis, flexibilidad cognitiva, toma de decisión, regulación, juicio, etc. Estos procesos son necesarios para una respuesta contextual apropiada y efectiva. Se ha encontrado una asociación entre el funcionamiento cognitivo y la solución de problemas en el sentido de que una mejor capacidad intelectual permite evitar problemas de conducta y una apropiada interacción con el ambiente. Esto genera, particularmente en adolescentes, autoconfianza y un fuerte sentimiento de identidad (Galambos, Turner et al., 2005; Adalbjarnardottir, 2002).

Definición operacional.

La calificación obtenida en las escalas de WISC-IV que evalúan comprensión verbal (medida con las sub-pruebas Semejanzas, Vocabulario, Comprensión, Información, Palabras en contexto), memoria de trabajo (medida con las sub-pruebas Retención de dígitos, Sucesión de números y letras, y Aritmética) y velocidad de procesamiento (medida con las sub-pruebas Claves, Búsqueda de símbolos y Registros).

2.3 Variable dependiente.

Malestar psicológico.

Definición conceptual.

Consideramos que el malestar psicológico es “el conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, que no puede ser agrupado en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos. Es obvio que la persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva” (Morales et al., 2004).

Definición operacional.

Se considerará malestar psicológico cuando el puntaje obtenido en el Cuestionario General de Salud versión de 15 reactivos (CGS-15) sea igual o mayor a 5 puntos (Morales et al., 2008).

3. Método

3.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio de campo; los cuestionarios y los instrumentos de evaluación psicológica se aplicaron en el INPerIER. Es retrospectivo. No hay un control estricto de las variables. Es transversal, multivariado, de una muestra y de observaciones independientes.

3.2 Tipo de investigación.

Descriptivo y correlacional.

3.3 Tipo de diseño.

Se propuso un diseño no experimental correlacional-multivariado de una muestra independiente dividida en dos, a partir del punto de corte del CGS-15, presencia o ausencia de malestar psicológico.

3.4 Sujetos.

Muestra

Tomando en cuenta el número de adolescentes embarazadas que se atendieron en el INPerIER en los dos años anteriores (538 en 2010 y 534 en 2011) y empleando el programa STATS, se estimó una muestra representativa de 224

pacientes calculados con un error máximo aceptable del 5%, con un 50% estimado de la muestra y en un nivel de confianza del 95%.

Participantes

La muestra quedó constituida por un solo grupo de adolescentes embarazadas que acuden para su cuidado prenatal a la Clínica de Adolescencia del INPerIER, y que fueron enviadas para su evaluación al Departamento de Psicología. El grupo fue dividido en dos tomando como criterio la presencia o ausencia de malestar psicológico.

Criterios de inclusión

- Ser paciente del INPer
- Tener menos de 17 años de edad
- Ser primigesta
- Saber leer y escribir
- Ser mexicana

Criterios de exclusión

- Padecer cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica o debilidad mental
- Padecer enfermedades crónicas como cardiopatías o diabetes mellitus

- Complicaciones médicas mayores como amenaza de aborto, toxemia gravídica, amenaza de parto pretérmino, defecto congénito, etc.
- Embarazo producto de violación o incesto
- Abuso de sustancias

3.5 Escenario.

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de Los Reyes”, institución de tercer nivel de atención que trata problemas relacionados con la reproducción, concretamente en el Departamento de Psicología.

3.6 Materiales.

Se requirió de la impresión de los instrumentos de medición: edad subjetiva, cuestionario de actitudes de independencia en adolescentes, hojas de respuestas del WISC-IV, cuestionario de la percepción de las relaciones con los padres y con la pareja, y Cuestionario General de Salud en su versión de 15 reactivos. También se requirió de la impresión de las cartas de consentimiento informado y lápices para contestar los instrumentos.

3.7 Instrumentos.

Madurez.

Edad subjetiva.

La edad subjetiva se evaluó con el promedio de cinco reactivos que evalúan qué tan grandes se perciben los participantes en relación con su edad cronológica. Estos reactivos se han empleado en la investigación de la edad subjetiva (Montepare, Rierdan, Koff & Stubbs, 1989, Galambos et al., 1999, 2000, 2003, 2005, 2007) y han mostrado una consistencia interna reflejada por un alfa de Cronbach de .89 para población de mujeres adolescentes (Galambos et al., 1999). Los reactivos son de tipo Likert con una escala que va de 1 (“Mucho más joven de mi edad”) a 7 (“Mucho más grande de mi edad”), cuyo punto medio es 4 (“De la edad que soy”). Los reactivos son: “¿Comparada con la mayoría de gente de mi edad, la mayor parte del tiempo me siento...?”, “¿Comparada con la mayoría de gente de mi edad, la mayor parte del tiempo me veo (parezco)...?”, “¿Mis intereses y actividades se parecen más a gente que es ...?”, “¿Mis amigas se comportan hacia mí como si yo fuera...?”, “¿Mis amigos se comportan hacia mí como si yo fuera ...?”(Galambos, Mac Donald Stuart et al., 2005).

Actitudes de Independencia.

Las actitudes de independencia se evaluaron mediante el Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica en Adolescentes (ver anexo) que se compone originalmente de 25 reactivos que evalúan tres factores: a)

independencia b) separación c) falta de catexia. Los reactivos son de tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de “siempre” con calificación de 5 puntos a “nunca” con calificación de 1 punto. En esta escala ordinal, a mayor calificación, mayor presencia del atributo psicológico, es decir, mayor madurez. Del factor “separación”, se eliminó el reactivo 18 por ser dicotómico, por lo que en este trabajo sólo se tomaron en cuenta 24 reactivos para el análisis estadístico. El instrumento fue construido, validado y confiabilizado con adolescentes mexicanos (Mancilla Gómez, 2001).

Recursos psicológicos.

Relacionales.

Los recursos relacionales se evaluaron con tres reactivos que miden la percepción de las relaciones de afecto con el padre, la madre y la pareja (ver anexo). Los reactivos tienen cinco opciones de respuesta: 1 (muy malas), 2 (malas), 3 (regulares), 4 (buenas) y 5 (muy buenas). Los puntajes más elevados indican que la percepción de sus relaciones es óptima. Los reactivos son: “¿Percibo que las relaciones de afecto con mi padre son...?”, “¿Percibo que las relaciones de afecto con mi madre son...?” y “¿Percibo que las relaciones de afecto con mi pareja son...?”

Cognitivos.

Los recursos cognitivos fueron evaluados mediante la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños cuarta edición (WISC-IV) que es un amplio instrumento clínico de aplicación individual para evaluar la inteligencia en niños de 6 años 0 meses a 16 años 11 meses de edad (ver anexo). WISC-IV proporciona una medición confiable del funcionamiento intelectual por medio de puntuaciones compuestas que representan la capacidad intelectual general (CI Total) y dominios cognoscitivos específicos (Índice de Comprensión verbal, Índice de Razonamiento perceptual, Índice de Memoria de trabajo e Índice de Velocidad de procesamiento). Las escalas Wechsler han demostrado su utilidad para propósitos clínicos y escolares, y ha sido estandarizada para la población mexicana.

Para esta investigación nos interesamos en evaluar concretamente la comprensión verbal (con las sub-pruebas Semejanzas, Vocabulario, Comprensión, Información y Palabras en contexto), memoria de trabajo (con las sub-pruebas Retención de dígitos, Sucesión de números y letras, y Aritmética) y velocidad de procesamiento (con las sub-pruebas Claves, Búsqueda de símbolos y Registros).

Malestar psicológico.

La medición del malestar psicológico se llevó a cabo mediante el CGS-15, que es una adaptación del cuestionario de Goldberg realizada por Morales et al. (2008).

El CGS de Goldberg es un instrumento de autorreporte diseñado para detectar el estado emocional a través del registro de la presencia o ausencia de síntomas de depresión y ansiedad, alteraciones del sueño, síntomas somáticos, disfunción social e ideación suicida. El cuestionario se califica sumando los síntomas presentes en las últimas dos semanas y que difieren del estado habitual. Definiendo un punto de corte, es posible establecer un tamizaje entre personas que reportan síntomas suficientes para ser considerados un caso probable de malestar psicológico que, por lo tanto, puede necesitar apoyo psicoterapéutico, y las personas que no tienen síntomas. Aun cuando se ha demostrado que este instrumento es válido y confiable, se recomienda recalibrar el punto de corte en las poblaciones específicas en las que se aplique; en la versión de 15 reactivos, se propone un punto de corte mayor de 4 para considerar un caso de malestar psicológico.

3.7.1 Carta de consentimiento informado

La carta de consentimiento informado fue aprobada por el comité de Ética del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” y está conformada por un Texto Informativo, un Texto Declaratorio de Consentimiento Informado y un Consentimiento del padre o tutor de la adolescente (ver anexo).

3.8 Procedimiento

A todas las pacientes adolescentes embarazadas de nuevo ingreso en el INPerIER que cumplieron con los criterios de inclusión se les invitó verbalmente a participar informándoles sobre los propósitos y objetivos a la investigación. Después, se entregó la carta de consentimiento informado para que la leyeran junto con sus tutores; cuando aceptaron participar, la paciente, el tutor y dos testigos firmaron la carta. Se les programó una sesión de aplicación en el Departamento de Psicología de manera individual; una vez terminada la primera aplicación, se programó una segunda evaluación en el momento de la maternidad.

Resultados

En esta sección, presentamos los resultados obtenidos de 224 casos calculados con el programa STATS TM a partir del total de embarazos adolescentes que ingresaron en 2010 (n = 538) y en 2011 (n = 534), con un error máximo aceptable del 5%, un 50% estimado de la muestra y un nivel de confianza del 95%. Es decir, se trata de una muestra representativa no probabilística de adolescentes embarazadas que acuden al INPerIER para su atención médica.

Los resultados se presentan en dos partes. La primera consiste en estadística descriptiva, en donde se describe la muestra de adolescentes embarazadas. Primero aparecen los resultados del CGS-15, es decir, se presentan los casos de malestar psicológico. Después, se describe la muestra en relación con los marcadores de madurez (edad subjetiva, edad cronológica y madurez psicológica). También se describe la muestra en relación con los recursos psicológicos; por un lado aparecen los recursos relacionales (Cuestionario de percepción de las relaciones de afecto con el padre, la madre y la pareja) y, por otro, los recursos cognoscitivos que se reflejan en los índices de Comprensión verbal, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento (a los resultados de cada índice anteceden los resultados de las sub-pruebas que los componen). Los resultados de la parte descriptiva se presentan en tablas que permiten observar simultáneamente las cifras para la muestra total, las pacientes que fueron caso de malestar psicológico (malestar), las que tuvieron un edad subjetiva mayor

(mayores); éstas se dividieron en dos grupos, el de las que fueron caso (mayores caso) y las que no lo fueron (mayores no caso).

La segunda parte presenta la estadística inferencial. En ella se presentan los resultados del análisis comparativo entre, por un lado, el malestar psicológico y, por el otro, los recursos psicológicos (relacionales y cognoscitivos) y los marcadores de madurez (madurez psicológica, edad cronológica y edad subjetiva).

Estadística descriptiva

Malestar psicológico

La medición del malestar psicológico se llevó a cabo mediante la adaptación de 15 reactivos (Morales et al., 2008) del Cuestionario General de Salud –CGS- de Goldberg, que es un instrumento de autorreporte diseñado para detectar el estado emocional: presencia o ausencia de síntomas de depresión y ansiedad, alteraciones del sueño, síntomas somáticos, disfunción social e ideación suicida. El cuestionario se califica sumando los síntomas presentes en las últimas dos semanas que difieren del estado habitual. Mediante un punto de corte, es posible establecer un tamizaje entre personas que reportan síntomas suficientes para ser considerados un caso probable de malestar psicológico que, por lo tanto, puede necesitar apoyo psicoterapéutico, y las personas que no tienen tales síntomas.

Aun cuando se ha demostrado que este instrumento es válido y confiable, se recomienda recalibrar el punto de corte en las poblaciones específicas en las que se aplica. Para la versión de 15 reactivos, se propone un punto de corte mayor que 4 para considerarse un caso de malestar psicológico. Tomando en cuenta este criterio se construyó una variable dicotómica (CGSCASO) para identificar a las adolescentes embarazadas que presentaron malestar psicológico y las que no. En la tabla 1 se muestra la frecuencia del malestar psicológico en las adolescentes embarazadas; 34.8 % (78 adolescentes embarazadas) de la muestra presentó malestar psicológico.

MALESTAR PSICOLOGICO		
	Frecuencia	Porcentaje
CASO	78	34.8
NO CASO	146	65.2
Total	224	100.0

Tabla 1. Frecuencia de caso de malestar psicológico

Marcadores de madurez.

Edad subjetiva.

La edad subjetiva se estimó con el promedio de cinco reactivos que evalúan qué tan grandes se perciben las participantes en relación con su edad cronológica. Estos reactivos han sido empleados con anterioridad en investigaciones cuyo propósito ha sido estimar la edad subjetiva en población adolescente (Galmbos et

al., 1999; Montepare & Lachman, 1983). Se aplicaron 5 reactivos tipo Likert con siete opciones de respuesta que van de 1 = “Mucho más joven de mi edad” a 7 = “Mucho más grande de mi edad” pasando por 4 = “De la edad que soy”. Los cinco reactivos aplicados fueron: 1. “¿Comparada con la mayoría de gente de mi edad, la mayor parte del tiempo me siento...?” 2. “¿Comparada con la mayoría de gente de mi edad, la mayor parte del tiempo me veo (parezco)...?” 3. “¿Mis intereses y actividades se parecen más a gente que es...?” 4. “¿Mis amigas se comportan hacia mí como si yo fuera...?” y 5. “¿Mis amigos se comportan hacia mí como si yo fuera ...?”

Para obtener un puntaje total de edad subjetiva se construyó la variable Edad Subjetiva Total sumando las respuestas de todos los reactivos (el puntaje mínimo posible era 5 y el máximo 35); posteriormente se realizó un análisis descriptivo de frecuencias. En la tabla 2 se muestran las medidas de tendencia central de la variable Edad Subjetiva Total. La muestra obtuvo un puntaje promedio de 21.6683 con una desviación estándar de 2.91101, una moda de 21 y una mediana de 21.7; el puntaje mínimo fue 12 y el máximo, 32.

EDAD SUBJETIVA TOTAL	
N	224
Media	21.7054
Mediana	22.0000
Moda	21.00
Desv. típ.	2.90087
Mínimo	12.00
Máximo	32.00

Tabla 2. Medidas de tendencia central para la variable Edad Subjetiva Total

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tenían una edad subjetiva mayor del resto de las adolescentes, se creó una variable dicotómica (ES24). Para establecer un punto de corte, se tomó una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 24 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje total mayor a 24 puntos tenía una edad subjetiva mayor. En la tabla 3 se muestran las frecuencias obtenidas para esta variable dicotómica; 27 adolescentes embarazadas (12.1% de la muestra total) tuvieron una edad subjetiva mayor.

EDAD SUBJETIVA (ES24)		
	Frecuencia	Porcentaje
MAYOR	27	12.1
NO MAYOR	197	87.9
Total	224	100.0

Tabla 3. Frecuencia de edad subjetiva mayor

En la figura 1 se muestra, en un gráfico circular, los porcentajes y las frecuencias de las pacientes con; malestar psicológico y con edad subjetiva mayor en la muestra total.

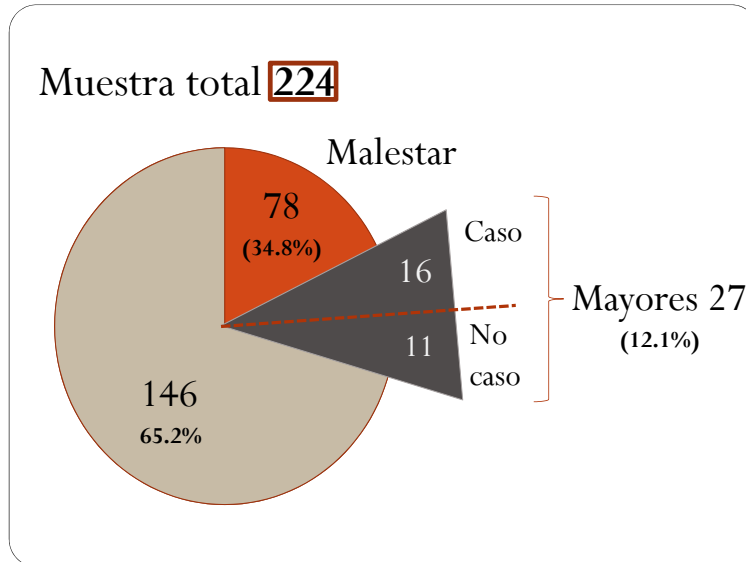


Figura 1. Porcentaje de malestar psicológico (Malestar) y edad subjetiva mayor (Mayores) en la muestra total.

Edad cronológica

En la tabla 4 se muestra las medidas de tendencia central respecto de la edad cronológica. La muestra obtuvo una edad promedio de 15.3 años con una desviación estándar de .839, una moda y una mediana de 16 años; la edad mínima fue de 13 años y la máxima, de 16 años.

EDAD CRONOLÓGICA	
N	224
Media	15.30
Mediana	16.00
Moda	16
Desv. típ.	.839
Mínimo	13
Máximo	16

Tabla 4. Medidas de tendencia central para la Edad Cronológica

En la tabla 5 se muestran las frecuencias de edad cronológica para la muestra total, las adolescentes embarazadas que presentaron malestar psicológico (grupo de Malestar), las que tuvieron una edad subjetiva mayor (grupo de Mayores) y, de éstas, las que fueron caso (grupo de Mayores caso) y las que no lo fueron (mayores no caso; en adelante nos referiremos a estos grupos simplemente como Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso). Prácticamente el 50% de la muestra tuvo 16 años de edad. En el otro extremo de edad, de las 8 adolescentes embarazadas que tenían 13 años de edad, 5 tenían malestar psicológico y 4 de ellas además se sentían mayores. De las 11 adolescentes embarazadas que se sentían mayores y no tenían malestar psicológico, 9 tenían 15 o 16 años.

EDAD CRONOLÓGICA										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
13	8	3.6	5	6.4	4	14.8	4	25.0	0	0
14	31	13.8	10	12.8	4	14.8	2	12.5	2	18.2
15	71	31.7	30	38.5	8	29.6	4	25.0	4	36.4
16	114	50.9	33	42.3	11	40.7	6	37.5	5	45.5
TOTAL	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 5. Frecuencias de edad cronológica en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Actitudes de independencia

Las actitudes de independencia se evaluaron mediante el Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica en Adolescentes que se compone originalmente de 25 reactivos y evalúan tres factores: a) independencia, b) separación y c) falta de catexia. Los reactivos son tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de “siempre” = 5 puntos a “nunca” = 1 punto. En esta escala ordinal, a mayor calificación, mayor presencia del atributo psicológico, es decir, mayor actitudes de independencia. Del factor “separación” se eliminó el reactivo 18 por ser dicotómico; por ello, sólo se tomaron en cuenta 24 reactivos para el análisis estadístico.

Para obtener un puntaje total de actitudes de independencia, se sumó la presencia o ausencia del atributo psicológico en cada reactivo de los tres factores. Se consideró que había presencia del atributo cuando la respuesta de la adolescente fue “casi siempre” o “siempre” (con valor de 4 y 5 puntos, respectivamente); cuando la respuesta fue diferente, se consideró que el atributo estaba ausente. En el factor denominado Falta de Catexia, se procedió de manera inversa, es decir, cuando la respuesta de la adolescente fue “casi nunca” o “nunca” (con valor de 2 y 1 punto, respectivamente) se consideró la presencia del atributo, puesto que en este factor la calificación es en orden inverso. Se recodificaron las respuestas de los reactivos dando un puntaje de 1 para la ausencia y 2 para la presencia; de este modo se logró que a mayor puntaje de calificación, mayor actitud de independencia.

Finalmente, se construyó la variable Actitudes de Independencia Total (AITOTAL) sumando las respuestas de todos los reactivos (el puntaje mínimo posible era 24 y el máximo 48); posteriormente se realizó un análisis descriptivo de frecuencias. En la tabla 6 se muestran las medidas de tendencia central de la variable Actitudes de Independencia Total. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 35.4598 con una desviación estándar de 3.31976, una moda de 33 y una mediana de 35; el puntaje mínimo fue 28 y el máximo, 43.

Actitudes de Independencia Total (AITOTAL)	
N	224
Media	35.4598
Mediana	35.0000
Moda	33.00
Desv. típ.	3.31976
Mínimo	28.00
Máximo	43.00

Tabla 6 Medidas de tendencia central para la variable Actitudes de Independencia Total.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas actitudes de independencia, se creó una variable dicotómica (AI38). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 38 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada

con un puntaje total mayor a 38 puntos fue considerada actitudes de independencia. En la tabla 7 se muestran las frecuencias de actitudes de independencia en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso. Solamente el 22.3% de la muestra total fueron adolescentes con actitudes de independencia; llama la atención que, para el resto de los rubros (Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso), la mayoría no fueron adolescentes con actitudes de independencia.

ACTITUDES DE INDEPENDENCIA (AI38)										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No independiente	174	77.7	62	79.5	24	88.9	14	87.5	10	90.9
Independiente	50	22.3	16	20.5	3	11.1	2	12.5	1	9.1
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 7 Frecuencia de actitudes de independencia

Recursos psicológicos

Recursos relacionales.

Los recursos relacionales se evaluaron con tres reactivos que miden la percepción de las relaciones de afecto con el padre, la madre y la pareja. Los reactivos son de tipo Likert con cinco opciones de respuesta: 1 = muy malas, 2 = malas, 3 = regulares, 4 = buenas y 5 = muy buenas. Los puntajes más elevados indican que la percepción de la relación es óptima; es decir, la máxima calificación posible es de 15 puntos y la calificación mínima, de 3 puntos.

Antes de presentar el puntaje total del recurso relacional, presentamos las frecuencias de respuesta de cada uno de los reactivos. En la tabla 8 se muestran las frecuencias que de las distintas percepciones de la relación con el padre en el orden acostumbrado (muestra total, Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso). Llama la atención que el mayor porcentaje de la muestra total percibe las relaciones de afecto con su padre como buenas o muy buenas (55%); en el caso del grupo de Malestar, el porcentaje de esta misma percepción es 50%. En el grupo de Mayores, el porcentaje disminuye a 40.7%, mientras que el menor porcentaje de este tipo de percepción corresponde al grupo de Mayores caso (31.3%).

¿Percibo que las relaciones de afecto con mi Padre son...?										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	17	7.6	7	9.0	3	11.1	3	18.8	0	0
Malas	18	8.0	7	9.0	4	14.8	2	12.5	2	18.2
Regular	66	29.5	25	32.1	9	33.3	6	37.5	3	27.3
Buenas	81	36.2	22	28.2	6	22.2	3	18.8	3	27.3
Muy buenas	42	18.8	17	21.8	5	18.5	2	12.5	3	27.3
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 8 Frecuencia de la percepción de la relación de afecto con el padre en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

La percepción de las relaciones de afecto con la madre se muestra en la tabla 9. Prácticamente 8 de cada 10 adolescentes embarazadas (82.1%) reportaron una percepción de que de la relación de afecto con su madre era buena o muy buena. Llama la atención que ninguna de las adolescentes que tuvieron una edad subjetiva mayor, con o sin malestar psicológico, refirieron una percepción de que la relación de afecto con su madre sea mala o muy mala.

¿Percibo que las relaciones de afecto con mi Madre son...?										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	1	.4	0	0	0	0	0	0	0	0
Malas	5	2.2	1	1.3	0	0	0	0	0	0
Regular	34	15.2	16	20.5	5	18.5	4	25.0	1	9.1
Buenas	87	38.8	27	34.6	11	40.7	5	31.3	6	54.5
Muy buenas	97	43.3	34	43.6	11	40.7	7	43.8	4	36.4
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 9 Frecuencia de la percepción de la relación de afecto con la madre en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

La frecuencia de las respuestas a la pregunta de la percepción de la relación de afecto con la pareja se muestra en la tabla 10. Se observa un resultado similar a la percepción de la relación de afecto con el padre, pues 55.4% de la muestra total reportó una percepción de que la relación de afecto con su pareja era buena o muy buena. En cuanto al grupo de Malestar, el mayor porcentaje (30.8%) fue de la percepción de tener una relación de afecto regular con la pareja. Del grupo de Mayores, tanto la percepción de una relación de pareja regular, como muy buena, tuvieron el mismo porcentaje (29.6%). En el grupo de Mayores caso, la percepción con mayor frecuencia de la relación de afecto con su pareja fue de regular (43.8%).

¿Percibo que las relaciones de afecto con mi Pareja son...?										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	13	5.8	5	6.4	2	7.4	1	6.3	1	9.1
Malas	22	9.8	8	10.3	3	11.1	1	6.3	2	18.2
Regular	65	29.0	24	30.8	8	29.6	7	43.8	1	9.1
Buenas	66	29.5	22	28.2	6	22.2	4	25.0	2	18.2
Muy buenas	58	25.9	19	24.4	8	29.6	3	18.8	5	45.5
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 10 Frecuencia de la percepción de la relación de afecto con la pareja en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tenían mejores recursos relacionales, se construyó la variable Percepción de las relaciones familiares. Para obtener un puntaje total de la percepción de las relaciones de afecto con el padre, la madre y la pareja, se sumaron las respuestas de todos los reactivos (el puntaje mínimo posible era 3 y el máximo 15) y posteriormente se realizó un análisis descriptivo de frecuencias. En la tabla 11 se muestran las medidas de tendencia central de la variable Percepción de las relaciones familiares. La muestra obtuvo un puntaje promedio de 11.3259 con una desviación estándar de 2.17116, una moda y una mediana de 11; el puntaje mínimo fue 5 y el máximo, 15.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES	
N	224
Media	11.3259
Mediana	11.0000
Moda	11.00
Desv. típ.	2.17116
Mínimo	5.00
Máximo	15.00

Tabla 11. Medidas de tendencia central de la variable Percepción de las relaciones familiares.

Los resultados anteriores sirvieron para establecer un punto de corte. Se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, de modo que el punto de corte se estableció en 13 puntos y, así, se creó una variable dicotómica (PRF 13). Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje total mayor a 13 puntos se consideró que tenía una percepción de que las relaciones de afecto con su familia eran mejores, es decir, que disponía de mejores recursos relacionales. En la tabla 12 se muestran las frecuencias de la percepción de las relaciones familiares en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso. Solamente 16.5% de la muestra total tuvo una percepción de las relaciones familiares como mejores; llama la atención que, en los grupos de Malestar y Mayores, el porcentaje fue menor (11.5% y 11.1%, respectivamente). De las 16 adolescentes embarazadas que tuvieron una edad subjetiva mayor y además fueron caso de malestar psicológico, sólo una tuvo una percepción de tener mejores relaciones de afecto y, en el caso de las mayores que no fueron caso, sólo 2 de las 11 percibieron tener mejores relaciones de afecto.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
PEOR percepción	187	83.5	69	88.5	24	88.9	15	93.8	9	81.8
MEJOR percepción	37	16.5	9	11.5	3	11.1	1	6.3	2	18.2
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 12. Frecuencia de la percepción de las relaciones familiares en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Recursos cognoscitivos.

Para evaluar los recursos cognoscitivos en las adolescentes embarazadas, se eligieron sub-pruebas de los índices de Comprensión Verbal, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños en su cuarta versión y estandarizada en México (WISC-IV). Cabe señalar que para la interpretación de los puntajes estandarizados de los índices, el instrumento propone los siguientes criterios: 130 y mayor = Muy superior, de 120 a 129 = Superior, de 110 a 119 = Promedio alto, de 90 a 109 = Promedio, de 80 a 89 = Promedio bajo, de 70 a 79 = Límitrofe, y 69 o menor = Extremadamente bajo (este término se emplea en lugar de Intellectualmente deficiente utilizado en el WISC-III). Para el caso de la interpretación del rendimiento cognoscitivo por sub-prueba, el instrumento propone una puntuación escalar que va de 1 a 19 puntos, en donde 10 es el puntaje promedio y 3 es la desviación estándar (DE). De este modo, puntuaciones entre 8 y 12 puntos indican un rendimiento promedio, de 5 a 7 puntos indican una DE por debajo de la media y de 13 a 15 indica una DE por arriba de la media; las puntuaciones de 1 a 4 y de 16 a 19 indican dos DE por abajo y por encima de la media, respectivamente. A continuación presentamos los resultados de cada uno de los índices y de las sub-pruebas.

En la figura 2 se muestra el dispersigrama del total de las 10 sub-pruebas aplicadas en el orden de aplicación; Semejanzas (SE), Retención de Dígitos (RD), Claves (CL), Vocabulario (VB), Números y Letras (NL), Comprensión (CM), Búsqueda de Símbolos (BS), Información (IN), Aritmética (AR), Palabras en Contexto (PC). Se muestra el rendimiento promedio de; la muestra total, las

pacientes con malestar psicológico, las pacientes con una edad subjetiva mayor, las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico, y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico.

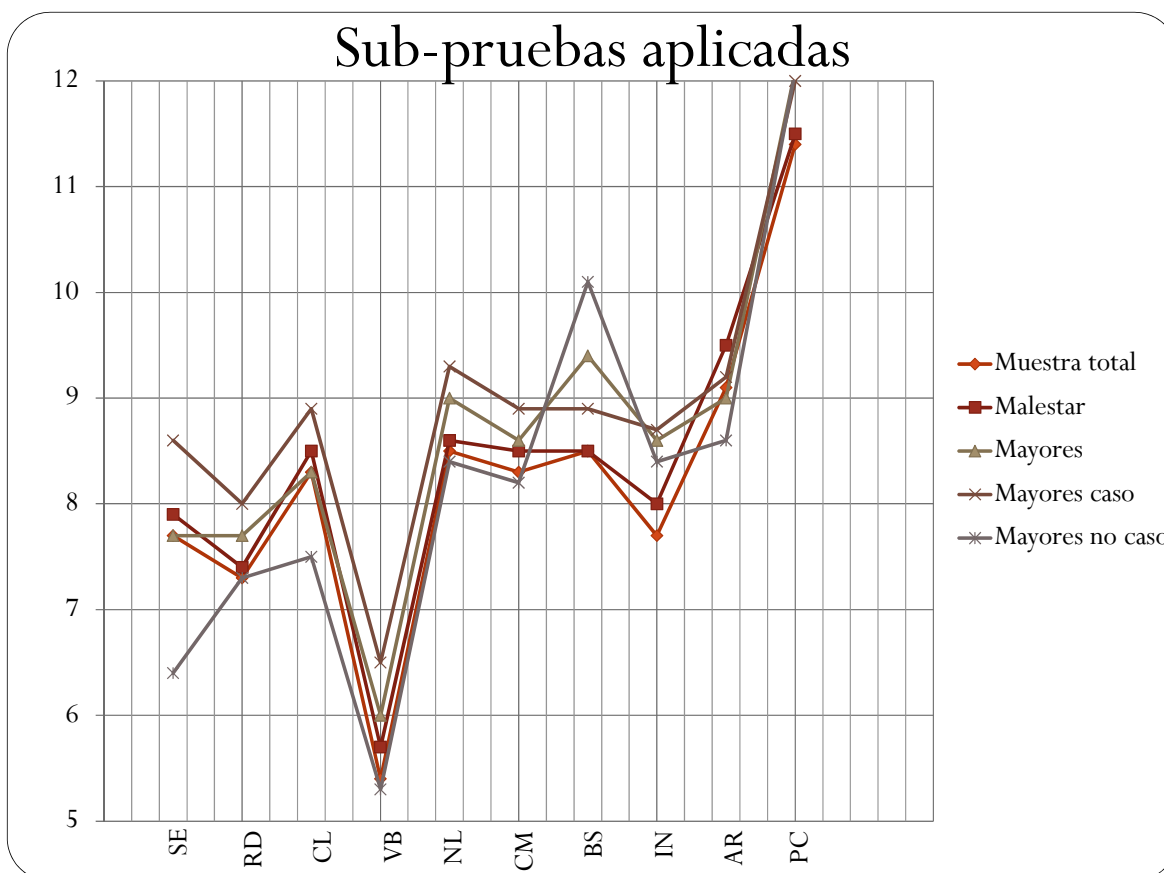


Figura 2. Rendimiento promedio en las 10 sub-pruebas aplicadas para; la Muestra Total, las pacientes con malestar psicológico (Malestar), las pacientes con una edad subjetiva mayor (Mayores), las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico (Mayores caso), y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico (Mayores no caso).

El Índice de Comprensión Verbal (ICV), en términos generales, mide las capacidades verbales utilizando razonamiento, comprensión y conceptualización; incluye las subpruebas esenciales Semejanzas, Vocabulario y Comprensión, y las subpruebas suplementarias Información y Palabras en contexto (Pistas).

Semejanzas. Las medidas de tendencia central de la sub-prueba Semejanzas se presentan en la tabla 16. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 7.7009 con una desviación estándar de 2.65924, una mediana de 7 y una moda de 6 puntos; el puntaje mínimo fue de 1 y el máximo, 19. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue para el grupo de Mayores caso (8.625, DE = 2.24722). En contraste, el grupo de Mayores no caso obtuvo el puntaje promedio más bajo (6.4545, DE = 2.11488)

Semejanzas					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	7.7009	7.9744	7.7407	8.6250	6.4545
Mediana	7.0000	7.0000	8.0000	9.0000	6.0000
Moda	6.00	6.00	9.00	10.00	9.00
Desv. típ.	2.65924	2.84662	2.41139	2.24722	2.11488
Mínimo	1.00	2.00	3.00	5.00	3.00
Máximo	19.00	19.00	13.00	13.00	9.00

Tabla 16. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Semejanzas en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Semejanzas, se creó una variable dicotómica (Semejanzas10). Para establecer un punto de corte, se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 10 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 10 puntos mostraba un mejor desempeño en Semejanzas; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 17 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Solamente 12.1% de la muestra total tuvo un mayor recurso en relación con esta sub-prueba; en el grupo de Malestar, el porcentaje aumentó 3% (15.4%), mientras que el grupo de Mayores obtuvo el menor porcentaje (7.4%). Llama la atención que todas las adolescentes con mayor edad subjetiva que no fueron caso de malestar psicológico tuvieron puntuaciones que indicaban un menor recurso cognoscitivo; de hecho, este resultado implica que ninguna alcanzó el rendimiento promedio marcado por el instrumento (10 puntos).

Semejanzas										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	197	87.9	66	84.6	25	92.6	14	87.5	11	100
Mayor recurso	27	12.1	12	15.4	2	7.4	2	12.5	0	0
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 17 Frecuencia de mayor recurso con base en la sub-prueba Semejanzas en la muestra total en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Vocabulario. Cabe anotar que en esta sub-prueba, las adolescentes embarazadas tuvieron el menor puntaje promedio de todas las sub-pruebas aplicadas, por lo que se decidió sustituirla por la sub-prueba Palabras en contexto (Pistas) para calcular el Índice de Comprensión verbal; el manual técnico de WISC-IV permite esta sustitución. Las medidas de tendencia central de Vocabulario se presentan en la tabla 18. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 5.4866 con una desviación estándar de 2.96766, una mediana de 5 y una moda de 3 puntos; el puntaje mínimo fue 1 y el máximo, 13. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue el del grupo de Mayores caso (6.5625, DE = 3.05437). En contraste, el grupo de Mayores no caso obtuvo el puntaje promedio más bajo (5.2727, DE = 2.7961).

Vocabulario					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	5.4866	5.7179	6.0370	6.5625	5.2727
Mediana	5.0000	6.0000	6.0000	6.5000	5.0000
Moda	3.00	3.00	4.00	10.00	5.00
Desv. típ.	2.96766	2.95374	2.96754	3.05437	2.79610
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	13.00	13.00	10.00	10.00	9.00

Tabla 18. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Vocabulario en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Vocabulario, se creó una variable dicotómica (Vocabulario 8). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 8 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 8 puntos tenía un mejor desempeño en la sub-prueba Vocabulario; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 19 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, 17% de la muestra total tuvo un mayor recurso en esta sub-prueba; en el grupo de Malestar, el porcentaje aumenta 2% (19.2%). En el grupo de Mayores, el porcentaje de mejor recurso ascendió a 29.6%, mientras que el mayor porcentaje (37.5%) correspondió al grupo de Mayores caso.

Vocabulario										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	186	83.0	63	80.8	19	70.4	10	62.5	9	81.8
Mayor recurso	38	17.0	15	19.2	8	29.6	6	37.5	2	18.2
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 19. Frecuencia de mayor recurso para la sub-prueba de Vocabulario en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Comprensión. Las medidas de tendencia central de la sub-prueba Comprensión se presentan en la tabla 20. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 8.3393 con una desviación estándar de 1.77453, una mediana de 8 y una moda de 9 puntos; el puntaje mínimo fue 2 y el máximo, 15. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue el del grupo de Mayores caso (8.9375, DE = 2.54214); en contraste, el grupo de Mayores no caso obtuvo el puntaje promedio más bajo (8.2727, DE = 1.55505).

Comprensión					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	8.3393	8.5641	8.6667	8.9375	8.2727
Mediana	8.0000	9.0000	9.0000	8.5000	9.0000
Moda	9.00	9.00	9.00	7.00	9.00
Dev. típ.	1.77453	1.78442	2.18386	2.54214	1.55505
Mínimo	2.00	5.00	6.00	6	6.00
Máximo	15.00	15.00	15.00	15	10.00

Tabla 20. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Comprensión en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Comprensión, se creó una variable dicotómica (Comprensión10). Para establecer un punto de corte, se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 10 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 10 puntos tenía un mejor desempeño en Comprensión; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 21 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. En esta sub-prueba, solamente 7.6% de la muestra total tuvo un mayor recurso; en el grupo de Malestar, el porcentaje aumenta poco (9 %), mientras que el grupo de Mayores caso tuvo el mayor porcentaje de mejor recurso (12.5%);y ninguna de las adolescentes del grupo de Mayores no caso tuvo mayor recurso cognoscitivo en esta sub-prueba.

Comprensión										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	207	92.4	71	91.0	25	92.6	14	87.5	11	100
Mayor recurso	17	7.6	7	9.0	2	7.4	2	12.5	0	0
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 21. Frecuencia de mayor recurso de la sub-prueba Comprensión en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Información. Las medidas de tendencia central de la sub-prueba Información se presentan en la tabla 22. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 7.7857 con una desviación estándar de 2.26468, una mediana y una moda de 8 puntos; el puntaje mínimo fue 1 y el máximo, 14. Llama la atención que los puntajes promedio del grupo de Malestar (8.0897, DE = 2.01414) y el de Mayores (8.6296, DE = 1.66752) fueron mayores que el de la muestra total. El promedio más elevado fue el del grupo de Mayores caso (8.75, DE = 1.18322).

Información					
	Muestra total	Malestar	Mayores	Mayores caso	Mayores no caso
	224	78	27	16	11
Media	7.7857	8.0897	8.6296	8.7500	8.4545
Mediana	8.0000	8.0000	9.0000	9.0000	8.0000
Moda	8.00	8.00	7.00	9.00	7.00
Desv. típ.	2.26468	2.01414	1.66752	1.18322	2.25227
Mínimo	1.00	3.00	6.00	7.00	6.00
Máximo	14.00	13.00	14.00	11.00	14.00

Tabla 22. Medias de tendencia central de la sub-prueba de Información en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Información, se creó una variable dicotómica (Información10). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 10 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 10 puntos tenía mejor desempeño en Información; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 23 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. En esta sub-prueba, solamente 11.6% de la muestra total tuvo un mayor recurso; en el grupo de Malestar, el porcentaje aumentó casi 3% (14.1%). De las 27 adolescentes embarazadas que se sienten mayores, sólo 2 tuvieron un mayor recurso en esta sub-prueba; una, además, era un caso de malestar.

Información										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	198	88.4	67	85.9	25	92.6	15	93.8	10	90.9
Mayor recurso	26	11.6	11	14.1	2	7.4	1	6.3	1	9.1
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 23. Frecuencia de mayor recurso de la sub-prueba de Información en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Palabras en contexto (Pistas). Cabe anotar que en esta sub-prueba las adolescentes embarazadas tuvieron el mayor puntaje promedio de todas las sub-prueba aplicadas, por lo que se decidió utilizarla en lugar de Vocabulario para calcular el Índice de Comprensión verbal, como ya se había mencionado. Las medidas de tendencia central de Pistas se presentan en la tabla 24. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 11.4018 con una desviación estándar de 3.09769, una mediana de 12 y una moda de 14 puntos; el puntaje mínimo fue 5 y el máximo, 18. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado el del grupo de Mayores no caso (12.1818, DE = 2.85721); sin embargo, el promedio del grupo de Mayores caso (12.0625, DE = 2.85721).

Palabras en contexto (pistas)					
	Muestra total	Malestar	Mayores	Mayores caso	Mayores no caso
	224	78	27	16	11
Media	11.4018	11.5385	12.1111	12.0625	12.1818
Mediana	12.0000	12.0000	12.0000	12.5000	11.0000
Moda	14.00	14.00	11.00	12.00	11.00
Desv. típ.	3.09769	3.02669	3.32049	3.69628	2.85721
Mínimo	5.00	5.00	6.00	6.00	8.00
Máximo	18.00	18.00	18.00	18.00	18.00

Tabla 24. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Palabras en contexto (Pistas) en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Palabras en contexto (Pistas), se creó una variable dicotómica (Pistas14). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 14 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 14 puntos tenía un mejor desempeño en Palabras en contexto; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 25 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, 14.3% de la muestra total tuvo un mayor recurso en esta sub-prueba; en el grupo de Malestar, el porcentaje disminuyó prácticamente 3% (11.5%), mientras que en el grupo de Mayores, el porcentaje de mejor recurso ascendió a 22.2 %. El mayor porcentaje (27.3%) correspondió al grupo de Mayores no caso.

Palabras en contexto (pistas)										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	192	85.7	69	88.5	21	77.8	13	81.3	8	72.7
Mayor recurso	32	14.3	9	11.5	6	22.2	3	18.8	3	27.3
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 25. Frecuencia de mayor recurso de la sub-prueba de Palabras en contexto (Pistas) en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Índice de Comprensión verbal (ICV). Para su cálculo se tomaron en cuenta las sub-pruebas esenciales Semejanzas y Comprensión, y la sub-pruebas suplementaria Palabras en contexto (Pistas), que sustituyó a Vocabulario. Las medidas de tendencia central para el ICV se presentan en la tabla 26. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 94.6741 con una desviación estándar de 10.95634 (IC 95% 89-102), una mediana y una moda de 96 puntos; el puntaje mínimo fue 59 y el máximo, 121. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue el del grupo de Mayores caso (98.8125, DE = 11.42056). El grupo de Mayores no caso obtuvo el puntaje promedio más bajo (93.7273, DE = 9.41372).

INDICE DE COMPRESIÓN VERBAL CON SUSTITUCIÓN DE PRUEBA					
	Muestra total	Malestar	Mayores	Mayores caso	Mayores no caso
N	224	78	27	16	11
Media	94.6741	95.9103	96.7407	98.8125	93.7273
Mediana	96.0000	96.0000	96.0000	97.0000	95.0000
Moda	96.00	93.00	83.00	96.00	83.00
Desv. típ.	10.95634	10.79585	10.76173	11.42056	9.41372
Mínimo	59.00	69.00	77.00	81.00	77.00
Máximo	121.00	121.00	116.00	116.00	108.00

Tabla 26. Medidas de tendencia central del Índice de Comprensión verbal con sustitución de prueba en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en el ICV, se creó una variable dicotómica (ICV105). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 105 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 105 tenía un mejor desempeño en el ICV; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 27 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, 17.4% de la muestra total tuvo un mayor recurso en este índice; en el grupo de Malestar, el porcentaje aumentó a 21.8%, mientras que en el grupo de Mayores, el porcentaje de mejor recurso ascendió a 25.9 %. El grupo de Mayores caso obtuvieron el mayor porcentaje (37.5%).

INDICE DE COMPRENSIÓN VERBAL CON SUSTITUCIÓN DE PRUEBA										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	185	82.6	61	78.2	20	74.1	10	62.5	10	90.9
Mayor recurso	39	17.4	17	21.8	7	25.9	6	37.5	1	9.1
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 27. Frecuencia de mayor recurso del Índice de Comprensión Verbal con sustitución de prueba en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

En la figura 3 se muestra el dispersograma del Índice de Comprensión Verbal, las sub-pruebas que lo componen son; Semejanzas (SE), Vocabulario (VB), Comprensión (CM), Información (IN), Palabras en Contexto (PC). Se muestra el rendimiento promedio de; la muestra total, las pacientes con malestar psicológico, las pacientes con una edad subjetiva mayor, las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico, y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico.

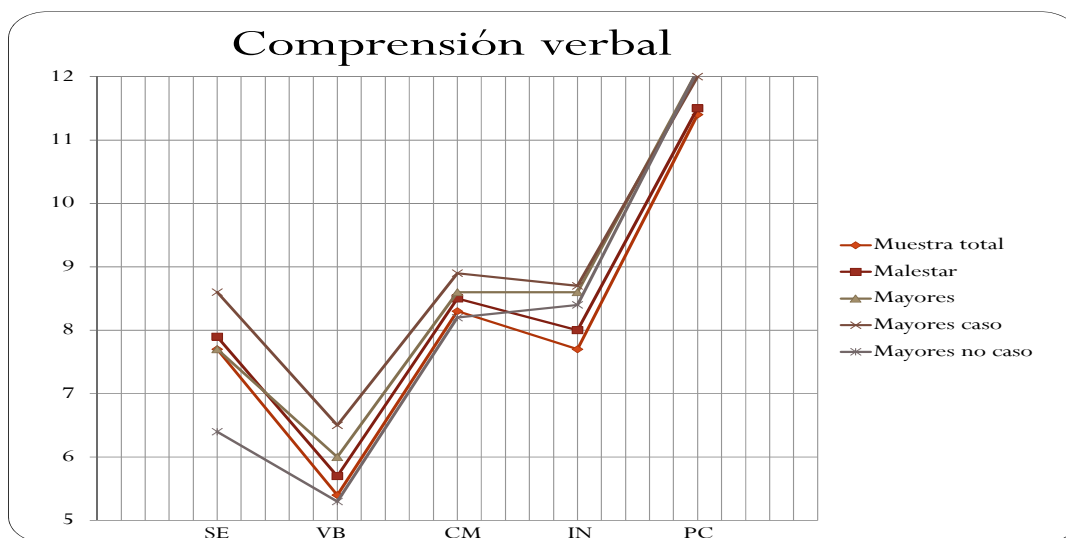


Figura 3.; Rendimiento promedio en el índice de comprensión verbal para; la Muestra Total, las pacientes con malestar psicológico (Malestar), las pacientes con una edad subjetiva mayor (Mayores), las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico (Mayores caso), y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico (Mayores no caso).

El Índice de Memoria de trabajo (IMT) mide atención, concentración y memoria de trabajo; incluye las sub-pruebas esenciales Retención de dígitos, Sucesión de números y letras, y la sub-prueba suplementaria Aritmética.

Retención de dígitos. Cabe anotar que, de las dos sub-pruebas esenciales con las que se calcula el IMT, las adolescentes embarazadas tuvieron el menor puntaje promedio en Retención de dígitos, por lo que se decidió sustituirla con Aritmética para calcular el IMT; el manual técnico de WISC-IV permite esta sustitución. Las medidas de tendencia central de Retención de dígitos se muestran en la tabla 28. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 7.3438 con una desviación estándar de 2.00954, una mediana de 7 y una moda de 6 puntos; el puntaje mínimo fue 1 y el máximo, 16. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue el del grupo de Mayores caso (8.0625, DE = 1.18145). El promedio del grupo de Mayores no caso fue similar al de la muestra total (7.3636, DE = 1.9633).

Retención de dígitos					
	Muestra total	Malestar	Mayores	Mayores caso	Mayores no caso
	224	78	27	16	11
Media	7.3438	7.4359	7.7778	8.0625	7.3636
Mediana	7.0000	7.0000	8.0000	8.0000	7.0000
Moda	6.00	6.00	7.00	9.00	7.00
Desv. típ.	2.00954	2.11727	1.55250	1.18145	1.96330
Mínimo	1.00	2.00	4.00	6.00	4.00
Máximo	16.00	16.00	12.00	10.00	12.00

Tabla 28. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Retención de dígitos en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Retención de dígitos, se creó una variable dicotómica (Retención de dígitos ≥ 9). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 9 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 9 puntos tenía un mejor desempeño en Retención de dígitos; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 29 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, solamente 11.6% de la muestra total tuvo un mayor recurso en esta sub-prueba; en el grupo de Malestar, el porcentaje prácticamente fue el mismo (11.5%), mientras que en el grupo de Mayores, el porcentaje bajó casi 4% (7.4%). El grupo de Mayores caso obtuvo el menor porcentaje (6.3%).

Retención de dígitos										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	198	88.4	69	88.5	25	92.6	15	93.8	10	90.9
Mayor recurso	26	11.6	9	11.5	2	7.4	1	6.3	1	9.1
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 29. Frecuencia de mayor recurso de la sub-prueba Retención de dígitos en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Sucesión de números y letras. Las medidas de tendencia central de la sub-prueba Sucesión de números y letras se presentan en la tabla 30. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 8.5179 con una desviación estándar de 2.34657, una mediana y una moda de 9 puntos; el puntaje mínimo fue 1 y el máximo, 16. El puntaje promedio del grupo de Malestar fue similar (8.6538, DE = 2.13095). Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue el del grupo de Mayores caso (9.375, DE = 1.85742). El promedio del grupo de Mayores no caso fue similar al de la muestra total (8.4545, DE = 2.16165).

Sucesión de números y letras					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	8.5179	8.6538	9.0000	9.3750	8.4545
Mediana	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	8.0000
Moda	9.00	9.00	9.00	9.00	8.00
Desv. típ.	2.34657	2.13095	2.00000	1.85742	2.16165
Mínimo	1.00	1.00	5.00	6.00	5.00
Máximo	16.00	13.00	12.00	12.00	12.00

Tabla 30. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Sucesión de números y letras en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Sucesión de números y letras, de las que no lo tuvieron, se creó una variable dicotómica (Números y letras¹⁰). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 10 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 10 puntos tenía un mejor desempeño en Sucesión de números y letras; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 31 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, prácticamente 1 de cada 5 adolescentes embarazadas de la muestra total tuvo un mayor recurso en esta subprueba (19.6%); en el grupo de Malestar, el porcentaje disminuyó prácticamente 3% (16.7%), mientras que en el grupo de Mayores, el porcentaje de mejor recurso aumentó a 22.2%. El grupo de Mayores caso obtuvo el mayor porcentaje (25%).

Sucesión de números y letras										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	180	80.4	65	83.3	21	77.8	12	75.0	9	81.8
Mayor recurso	44	19.6	13	16.7	6	22.2	4	25.0	2	18.2
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 31. Frecuencia de mayor recurso de la sub-prueba Sucesión de números y letras en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Aritmética. Cabe anotar que en esta sub-prueba las adolescentes embarazadas tuvieron el mayor puntaje promedio de las sub-pruebas con las que se calcula el IMT, por lo que se decidió sustituir Retención de Dígitos con Aritmética para calcular el IMT, como se mencionó anteriormente. Las medidas de tendencia central de Aritmética se muestran en la tabla 32. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 9.183 con una desviación estándar de 2.29983, una mediana y una moda de 9 puntos; el puntaje mínimo fue 5 y el máximo, 15. En esta sub-prueba, el promedio más elevado fue el del grupo de Malestar (9.5, DE = 2.28338). El grupo de Mayores no caso obtuvo el puntaje promedio más bajo (8.6364, DE = 2.29228).

Aritmética					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	9.1830	9.5000	9.0000	9.2500	8.6364
Mediana	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	8.0000
Moda	9.00	9.00	8.00	9.00	7.00
Desv. típ.	2.29983	2.28348	2.16617	2.11345	2.29228
Mínimo	5.00	5.00	6.00	6.00	6.00
Máximo	15.00	15.00	14.00	13.00	14.00

Tabla 32. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Aritmética en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Aritmética, se creó una variable dicotómica (Aritmética11). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 11 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 11 puntos tenía un mejor desempeño en Aritmética; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 33 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, 16.1% de la muestra total tuvo un mayor recurso en esta sub-prueba; en el grupo de Malestar, el porcentaje aumentó casi 2% (17.9%), mientras que en el grupo de Mayores, el porcentaje disminuyó a 14.8%. El grupo de Mayores caso obtuvo el mayor porcentaje (18.8%).

Aritmética										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	188	83.9	64	82.1	23	85.2	13	81.3	10	90.9
Mayor recurso	36	16.1	14	17.9	4	14.8	3	18.8	1	9.1
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 33. Frecuencia de mayor recurso de la sub-prueba de Aritmética en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Índice de Memoria de Trabajo (IMT). Para su cálculo se tomaron en cuenta la subprueba esencial Sucesión de Números y letras y la subprueba suplementaria Aritmética, que sustituyó a Retención de dígitos. Las medidas de tendencia central del IMT se presentan en la tabla 34. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 92.9152 con una desviación estándar de 10.26889 (IC 95% 87-102), una mediana y una moda de 94 puntos; el puntaje mínimo fue 59 y el máximo, 123. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue el del grupo de Mayores caso (95.5625, DE = 6.35577). El grupo de Mayores no caso obtuvo el puntaje promedio más bajo (91.1818, DE = 8.65815).

ÍNDICE DE MEMORIA DE TRABAJO CON SUSTITUCIÓN DE PRUEBA					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	92.9152	94.2051	93.7778	95.5625	91.1818
Mediana	94.0000	94.0000	94.0000	97.0000	94.0000
Moda	94.00	94.00	99.00	86.00	88.00
Desv. típ.	10.26889	9.10025	7.54644	6.35577	8.65815
Mínimo	59.00	62.00	77.00	86.00	77.00
Máximo	123.00	120.00	107.00	107.00	104.00

Tabla 34. Medidas de tendencia central del Índice de Memoria de trabajo con sustitución en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en el IMT, se creó una variable dicotómica (IMT103). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 103 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 103 puntos tenía un mejor desempeño en el IMT; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 35 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, 14.7% de la muestra total tuvo un mayor recurso en este índice; en el grupo de Malestar, el porcentaje aumentó a 15.4%. Sólo 3 de las 27 adolescentes embarazadas con una edad subjetiva mayor tuvieron un mayor recurso en este índice; 2 de ellas también fueron caso de malestar psicológico.

ÍNDICE DE MEMORIA DE TRABAJO CON SUSTITUCIÓN DE PRUEBA										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	191	85.3	66	84.6	24	88.9	14	87.5	10	90.9
Mayor recurso	33	14.7	12	15.4	3	11.1	2	12.5	1	9.1
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 35. Frecuencia de mayor recurso del Índice de Memoria de trabajo con sustitución de prueba en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

En la figura 4 se muestra el dispersograma del Índice de Memoria de Trabajo, las sub-pruebas que lo componen son; Retención de Dígitos (RD), Claves (CL), Vocabulario (VB), Sucesión de Números y Letras (NL), Aritmética (AR). Se muestra el rendimiento promedio de; la muestra total, las pacientes con malestar psicológico, las pacientes con una edad subjetiva mayor, las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico, y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico.

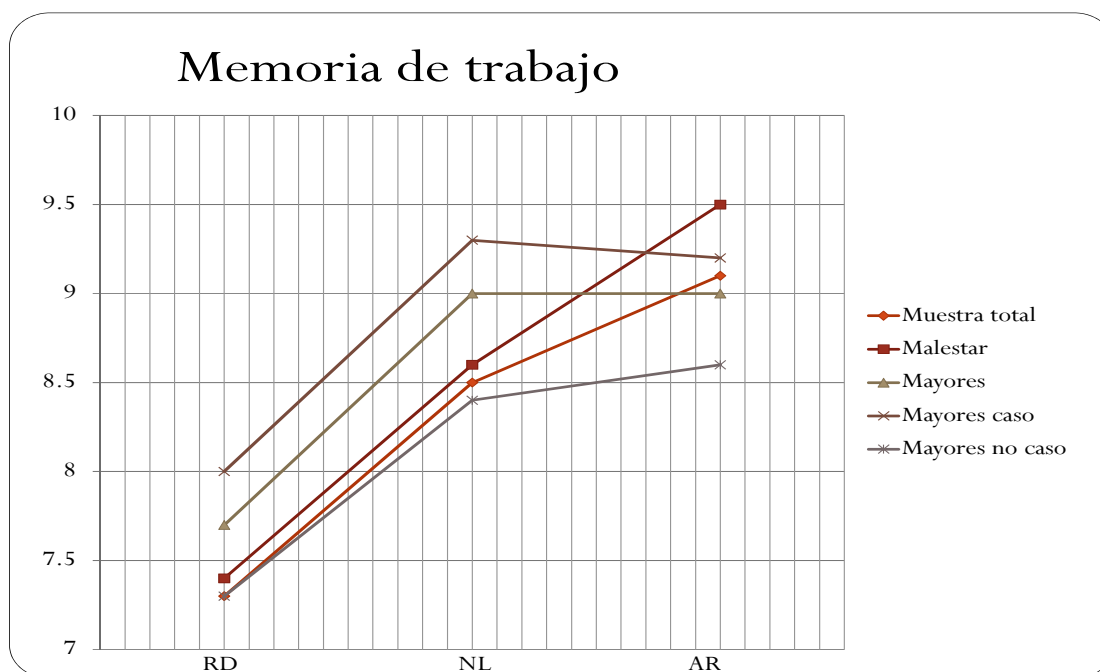


Figura 4. Rendimiento promedio en el Índice de Memoria de Trabajo para; la Muestra Total, las pacientes con malestar psicológico (Malestar), las pacientes con una edad subjetiva mayor (Mayores), las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico (Mayores caso), y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico (Mayores no caso).

El Índice de Velocidad de procesamiento (IVP) mide la velocidad del procesamiento mental y grafomotor; incluye las sub-pruebas Claves y Búsqueda de símbolos.

Claves. Las medidas de tendencia central de la sub-prueba Claves se presentan en la tabla 36. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 8.3214 con una desviación estándar de 2.19545, una mediana de 8 y una moda de 7 puntos; el puntaje mínimo fue 2 y el máximo, 19. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue el del grupo de Mayores caso (8.9375, DE = 1.94829). El grupo de Mayores no caso obtuvo el puntaje promedio más bajo (7.5455, DE = 1.69491).

Claves					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	8.3214	8.5897	8.3704	8.9375	7.5455
Mediana	8.0000	9.0000	8.0000	9.0000	8.0000
Moda	7.00	9.00	9.00	7.00	9.00
Desv. típ.	2.19545	1.61515	1.94438	1.94829	1.69491
Mínimo	2.00	5.00	4.00	7.00	4.00
Máximo	19.00	13.00	13.00	13.00	9.00

Tabla 36. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Claves en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Claves, se creó una variable dicotómica (Claves10). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 10 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 10 puntos tenía un mejor desempeño en Claves; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 37 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Sólo 8.9% de la muestra total tuvo un mayor recurso en esta sub-prueba; en el grupo de Malestar, el porcentaje disminuyó a 7.7%. Sólo 3 de las 27 adolescentes embarazadas con una edad subjetiva mayor tuvieron un mayor recurso en esta sub-prueba, y también fueron caso de malestar psicológico.

Claves										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	204	91.1	72	92.3	24	88.9	13	81.3	11	100
Mayor recurso	20	8.9	6	7.7	3	11.1	3	18.8	0	0
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 37. Frecuencia de mayor recurso de la sub-prueba Claves en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Búsqueda de símbolos. Las medidas de tendencia central de esta sub-prueba se presentan en la tabla 38. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 8.558 con una desviación estándar de 2.53163, una mediana y una moda de 8 puntos; el puntaje mínimo fue 1 y el máximo, 17. El puntaje promedio del grupo de Malestar fue similar (8.5128, DE = 2.38906), mientras que en el grupo de Mayores, el promedio aumentó casi 1% (9.4444, DE = 2.85998). El grupo de Mayores no caso obtuvo el puntaje promedio más elevado (10.18181, DE = 2.78633).

Búsqueda de símbolos					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	8.5580	8.5128	9.4444	8.9375	10.1818
Mediana	8.0000	8.0000	9.0000	9.0000	10.0000
Moda	8.00	9.00	9.00	9.00	10.00
Desv. típ.	2.53163	2.38906	2.85998	2.88603	2.78633
Mínimo	1.00	2.00	2.00	2.00	7.00
Máximo	17.00	17.00	17.00	17.00	17.00

Tabla 38. Medidas de tendencia central de la sub-prueba Búsqueda de símbolos en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Búsqueda de símbolos, se creó una variable dicotómica (Búsqueda11). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 11 puntos.

Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 11 puntos tenía un mejor desempeño en Búsqueda de símbolos; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 39 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, 12.5% de la muestra total tuvo un mayor recurso en este índice; en el grupo de Malestar, el porcentaje disminuyó a 10.3%. Sólo 3 de las 27 adolescentes embarazadas con una edad subjetiva mayor tuvieron un mayor recurso en este índice, 2 de ellas no fueron caso de malestar psicológico.

Búsqueda de símbolos										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	196	87.5	70	89.7	24	88.9	15	93.8	9	81.8
Mayor recurso	28	12.5	8	10.3	3	11.1	1	6.3	2	18.2
Total	224	100.0	78	100	27	100.0	16	100.0	11	100

Tabla 39. Frecuencia de mayor recurso de la sub-prueba Búsqueda de símbolos en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Índice de Velocidad de procesamiento (IVP). Para calcularlo se tomaron sólo dos subpruebas esenciales: Claves y Búsqueda de símbolos. Las medidas de tendencia central para el IVP se presentan en la tabla 40. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 90.933 con una desviación estándar de 10.78739 (IC 95% 83-101), una mediana de 91 y una moda de 85 puntos; el puntaje mínimo fue 59 y el máximo, 128. Las adolescentes con malestar psicológico tuvieron un puntaje promedio ligeramente mayor (91.3846, DE = 9.40742). Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue del grupo de Mayores caso(93.75, DE = 11.48042). El grupo de Mayores no caso obtuvo un puntaje promedio de 93.2727 y una desviación estándar de 7.21236.

ÍNDICE DE VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO					
	MUESTRA TOTAL	MALESTAR	MAYORES	MAYORES CASO	MAYORES NO CASO
	224	78	27	16	11
Media	90.9330	91.3846	93.5556	93.7500	93.2727
Mediana	91.0000	91.0000	94.0000	92.5000	94.0000
Moda	85.00	85.00	97.00	85.00	88.00
Desv. tít.	10.78739	9.40742	9.80319	11.48042	7.21236
Mínimo	59.00	70.00	73.00	73.00	83.00
Máximo	128.00	126.00	126.00	126.00	106.00

Tabla 40. Medidas de tendencia central del Índice de Velocidad de procesamiento en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

Con el propósito de identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en el IVP, se creó una variable dicotómica (IVP101). Para establecer un punto de corte se tomó como criterio una desviación estándar por encima del puntaje promedio, es decir, 101 puntos. Esto significa que una adolescente embarazada con un puntaje mayor a 101 puntos tenía un mejor desempeño en el IVP; en otras palabras, tenía un mayor recurso cognoscitivo. En la tabla 41 se muestran las frecuencias de mayor recurso cognoscitivo. Con este criterio, 14.7% de la muestra total tuvo un mayor recurso en este índice, mientras que en el grupo de Malestar, el porcentaje disminuyó considerablemente (9%). Solamente 4 de las 27 adolescentes embarazadas con una edad subjetiva mayor tuvieron un mayor recurso en este índice; 2 de ellas también fueron caso de malestar psicológico.

INDICE DE VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO										
	Muestra total		Malestar		Mayores		Mayores caso		Mayores no caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor recurso	191	85.3	71	91.0	23	85.2	14	87.5	9	81.8
Mayor recurso	33	14.7	7	9.0	4	14.8	2	12.5	2	18.2
Total	224	100.0	78	100.0	27	100.0	16	100.0	11	100.0

Tabla 41. Frecuencia de mayor recurso del Índice de Velocidad de procesamiento en la muestra total y en los grupos de Malestar, Mayores, Mayores caso y Mayores no caso.

En la figura 5 se muestra el dispersigrama de rendimiento promedio del Índice de Velocidad de procesamiento, las sub-pruebas que lo componen son; Claves (CL) y Búsqueda de Símbolos (BS). Se muestra el rendimiento promedio de; la muestra total, las pacientes con malestar psicológico, las pacientes con una edad subjetiva mayor, las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico, y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico.

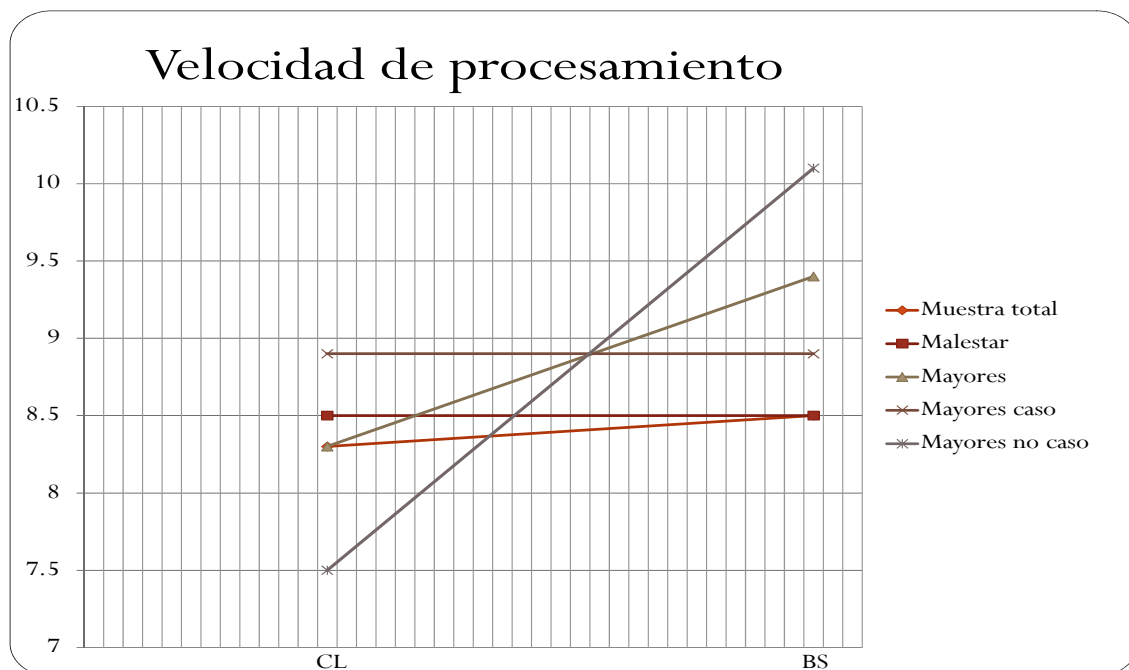


Figura 5. Rendimiento promedio en el Índice de Velocidad de procesamiento para; la Muestra Total, las pacientes con malestar psicológico (Malestar), las pacientes con una edad subjetiva mayor (Mayores), las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico (Mayores caso), y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico (Mayores no caso).

Finalmente, en la figura 6 se muestra el perfil de las puntuaciones compuestas (ICV, IMT, IVP) para; la muestra total, las pacientes con malestar psicológico, las pacientes con una edad subjetiva mayor, las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico, y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico.

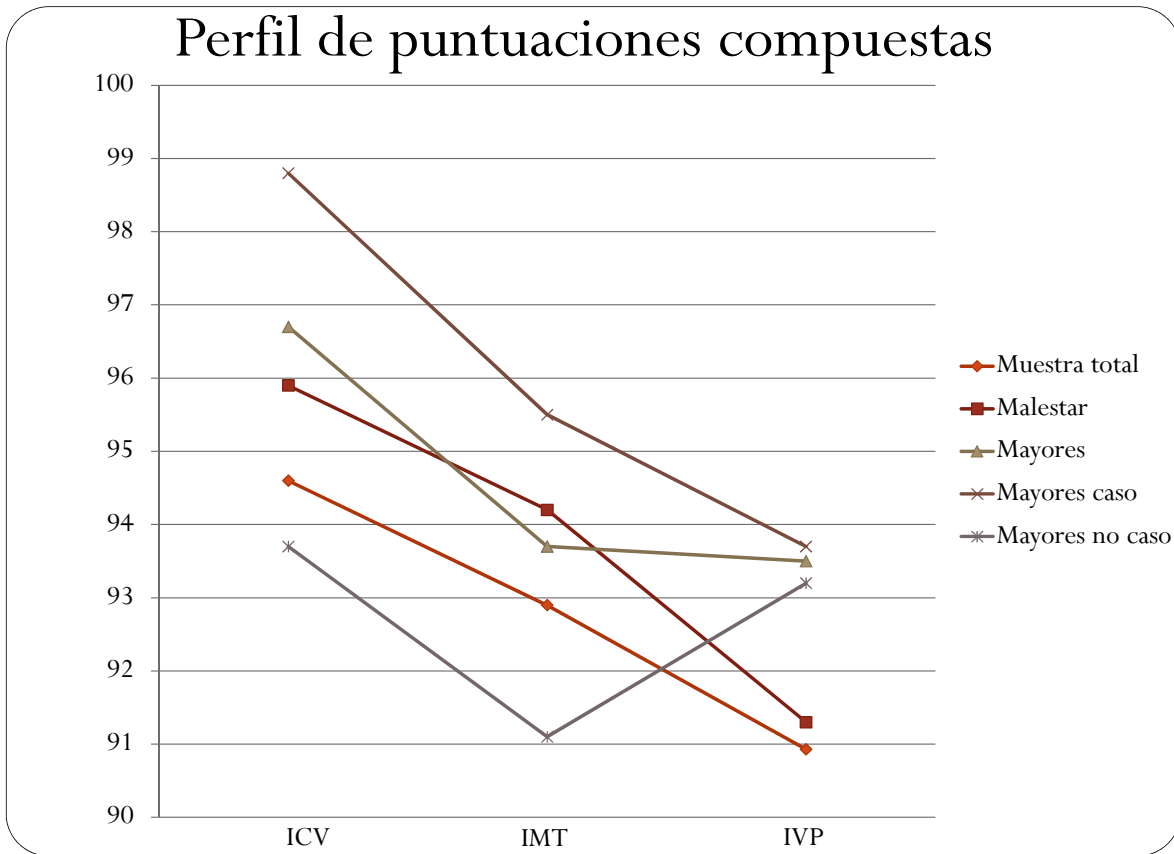


Figura 6. Perfil de las puntuaciones compuestas (ICV, IMT, IVP) para; la Muestra Total, las pacientes con malestar psicológico (Malestar), las pacientes con una edad subjetiva mayor (Mayores), las pacientes que tenían una edad subjetiva mayor con malestar psicológico (Mayores caso), y las pacientes con una edad subjetiva mayor y que no eran caso de malestar psicológico (Mayores no caso).

Estadística inferencial

En esta parte se presentan los resultados de la comparación del malestar psicológico con los marcadores de madurez (edad subjetiva, edad cronológica y madurez psicológica) y los recursos psicológicos (recursos relacionales y recursos cognoscitivos). Como se mencionó en el apartado de la estadística descriptiva, la variable Malestar psicológico se presenta dicotomizada en CASO (las adolescentes que rebasaron el punto de corte del instrumento) y NO CASO (las que no lo rebasaron). Del mismo modo, la variable Edad subjetiva fue dicotomizada en MAYOR (quienes obtuvieron un puntaje mayor a 24) y NO MAYOR (quienes no rebasaron ese punto de corte). En seguida se presentan estos resultados.

Variables de madurez psicológica

Malestar psicológico y edad subjetiva.

Al comparar el malestar psicológico y la edad subjetiva se encontraron diferencias estadísticamente significativa (chi-cuadrada = 8.078, 1 gl, $p = .004$) que sugieren una relación entre tener una edad subjetiva mayor y ser caso de malestar psicológico. Se estimó un riesgo relativo casi 3 veces mayor ser caso de malestar cuando la edad subjetiva es mayor (valor de 2.723) y un factor de protección de 86% de no presentar malestar psicológico cuando la edad subjetiva no es mayor. Los resultados se muestran en la tabla 42.

	EDAD SUBJETIVA			
MALESTAR PSICOLÓGICO		MAYOR	NO MAYOR	Total
CASO	Frecuencia observada	16	62	78
	Frecuencia esperada	9.4	68.6	78.0
	Residuos tipificados	2.2	-.8	
NO CASO	Frecuencia observada	11	135	146
	Frecuencia esperada	17.6	128.4	146.0
	Residuos tipificados	-1.6	.6	
	Total	27	197	224

Valor Chi-cuadrada	gl.	Significancia (p)
8.078	1	.004

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Para la cohorte MAYOR NO MAYOR = MAYOR	2.723	1.330	5.575
Para la cohorte MAYOR NO MAYOR = NO MAYOR	.860	.761	.971
N de casos válidos	224		

Tabla 42. Análisis del valor de chi-cuadrada de la interacción entre malestar psicológico y edad subjetiva y estimación de riesgo.

Malestar psicológico, edad cronológica y edad subjetiva.

Al comparar el malestar psicológico y la edad cronológica no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque puede señalarse una tendencia de asociación entre el malestar psicológico y la edad cronológica –a menor edad cronológica, mayor presencia de malestar–, pues al dicotomizar la variable Edad cronológica (edad16), en las adolescentes 16 años y menores (casi el 50% de la muestra) se vio esa tendencia como se muestra en la tabla la 43.

	Edad16			Total
MALESTAR PSICOLÓGICO		13,14,15	16	
CASO	Frecuencia observada	45	33	78
	Frecuencia esperada	38.3	39.7	78.0
	Residuos tipificados	1.1	-1.1	
NO CASO	Frecuencia observada	65	81	146
	Frecuencia esperada	71.7	74.3	146.0
	Residuos tipificados	-.8	.8	
	Total	110	114	224

Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
3.529	1	.060

Tabla 43. Análisis del valor de chi-cuadrada para la interacción entre malestar psicológico y edad cronológica (edad16).

No obstante, cuando sólo se tomaron los 78 casos de malestar psicológico y se comparó la edad subjetiva con la edad cronológica, se encontraron diferencias estadísticamente significativas y una asociación entre tener una edad cronológica menor y sentirse mayores en las adolescentes embarazadas que son caso de malestar psicológico, como se muestra en la tabla 44.

Edad subjetiva	Edad Cronológica				Total	
		13	14	15		16
MAYOR	Frecuencia observada	4	2	4	6	16
	Frecuencia esperada	1.0	2.1	6.2	6.8	16.0
	Residuos tipificados	2.9	.0	-.9	-.3	
NO MAYOR	Frecuencia observada	1	8	26	27	62
	Frecuencia esperada	4.0	7.9	23.8	26.2	62.0
	Residuos tipificados	-1.5	.0	.4	.2	
	Recuento Total	5	10	30	33	78

Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
11.912(a)	3	.008

Tabla 44. Análisis del valor de chi-cuadrada de la interacción entre edad subjetiva mayor y edad cronológica en adolescentes embarazadas que son caso de malestar psicológico.

Malestar psicológico y actitudes de independencia.

Al comparar el malestar psicológico y las actitudes de independencia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (chi-cuadrada = .226, gl = 1, p = .635) como se muestra en la tabla 45.

MALESTAR PSICOLÓGICO	ACTITUDES DE INDEPENDENCIA			
		NO INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Total
CASO	Frecuencia observada	62	16	78
	Frecuencia esperada	60.6	17.4	78.0
	Residuos tipificados	.2	-.3	
NO CASO	Frecuencia observada	112	34	146
	Frecuencia esperada	113.4	32.6	146.0
	Residuos tipificados	-.1	.2	
	Total	174	50	224

Valor chi-cuadrada	Gl	Significancia (p)
.226	1	.635

Tabla 45. Análisis del valor de chi-cuadrada de la interacción entre malestar psicológico y las actitudes de independencia.

Recursos psicológicos.

Recursos relacionales y malestar psicológico.

Al comparar el malestar psicológico y la percepción de las relaciones familiares no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (chi-cuadrada = 2.152, $gl = 1$, $p = .142$) como se muestra en la Tabla 46.

MALESTAR PSICOLÓGICO	PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES			
		MENOR RECURSO	MAYOR RECURSO	Total
CASO	Frecuencia observada	69	9	78
	Frecuencia esperada	65.1	12.9	78.0
	Residuos tipificados	.5	-1.1	
NO CASO	Frecuencia observada	118	28	146
	Frecuencia esperada	121.9	24.1	146.0
	Residuos tipificados	-.4	.8	
	Total	187	37	224

Valor chi-cuadrado	G. L.	Significancia (p)
2.152	1	.142

Tabla 46. Análisis del valor de chi-cuadrada de la interacción entre malestar psicológico y la percepción de las relaciones familiares.

Respecto a la percepción de las relaciones de afecto, la percepción de afecto con la madre predijo la percepción de las relaciones con el padre y la pareja. De modo que, si la adolescente embarazada tiene una percepción de la relación de afecto con su madre de muy mala a regular, también percibe su relación con el padre y la pareja de muy mala a regular. Esto se muestra en la tabla 47.

Percepción de la relación con el padre	Percepción de la relación con la madre				Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
		DE MUY MALA A REGULAR	DE BUENA A MUY BUENA	Total			
DE MUY MALA A REGULAR	Frecuencia observada	36	65	101	39.670	1	.000
	Frecuencia esperada	18.0	83.0	101.0			
	Residuos tipificados	4.2	-2.0				
DE BUENA A MUY BUENA	Frecuencia observada	4	119	123			
	Frecuencia esperada	22.0	101.0	123.0			
	Residuos tipificados	-3.8	1.8				
	Total	40	184	224			
Percepción de la relación con la pareja.	Percepción de la relación con la madre				Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
		DE MUY MALA A REGULAR	DE BUENA A MUY BUENA	Total			
DE MUY MALA A REGULAR	Frecuencia observada	24	76	100	4.647	1	.031
	Frecuencia esperada	17.9	82.1	100.0			
	Residuos tipificados	1.5	-.7				
DE BUENA A MUY BUENA	Frecuencia observada	16	108	124			
	Frecuencia esperada	22.1	101.9	124.0			
	Residuos tipificados	-1.3	.6				
	Total	40	184	224			

Tabla 47. Análisis del valor de chi-cuadrada de la interacción entre la percepción de la relación con la madre y la percepción de la relación con el padre y la pareja.

Recursos cognoscitivos y malestar psicológico.

La interacción del malestar psicológico con los recursos cognoscitivos se obtuvo mediante las calificaciones de los índices de Comprensión verbal (ICV), Memoria de trabajo (IMT) y Velocidad de procesamiento (IVP). No se encontró interacción entre estas variables estadísticamente significativas, como se muestra en la tabla 48.

Índice de comprensión verbal	MALESTAR PSICOLÓGICO				Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
		CASO	NO CASO	Total			
MENOR RECURSO	Frecuencia observada	61	124	185	1.600	1	.206
	Frecuencia esperada	64.4	120.6	185.0			
	Residuos tipificados	-.4	.3				
MAYOR RECURSO	Frecuencia observada	17	22	39			
	Frecuencia esperada	13.6	25.4	39.0			
	Residuos tipificados	.9	-.7				
	Total	78	146	224			
Índice de memoria de trabajo					Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
		CASO	NO CASO	Total			
MENOR RECURSO	Frecuencia observada	66	125	191	.041	1	.840
	Frecuencia esperada	66.5	124.5	191.0			
	Residuos tipificados	-.1	.0				
MAYOR RECURSO	Frecuencia observada	12	21	33			
	Frecuencia esperada	11.5	21.5	33.0			
	Residuos tipificados	.2	-.1				
	Total	78	146	224			
Índice de velocidad de procesamiento					Valor chi-cuadrada	Gl	Significancia (p)
		CASO	NO CASO	Total			
MENOR RECURSO	Frecuencia observada	71	120	191	3.158(b)	1	.076
	Frecuencia esperada	66.5	124.5	191.0			
	Residuos tipificados	.6	-.4				
MAYOR RECURSO	Frecuencia observada	7	26	33			
	Frecuencia esperada	11.5	21.5	33.0			
	Residuos tipificados	-1.3	1.0				
	Total	78	146	224			

Tabla 48. Análisis del valor de chi-cuadrada de la interacción entre el malestar psicológico y los índices de Comprensión verbal, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.

Cabe señalar que en el análisis de los recursos cognoscitivos de las 78 adolescentes embarazadas que presentaban malestar psicológico, llamo la atención que la sub-prueba Claves del IVP dio una tendencia en el sentido de sentirse mayor y tener mayor recurso cognoscitivo; la sub-prueba Vocabulario y el ICV sin sustituir Vocabulario corroboran esta asociación. Los resultados se muestran en la tabla 49.

CLAVES	EDAD SUBJETIVA				Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
		MAYOR	NO MAYOR	Total			
MENOR RECURSO	Frecuencia observada	13	59	72	3.466	1	.063
	Frecuencia esperada	14.8	57.2	72.0			
	Residuos tipificados	-.5	.2				
MAYOR RECURSO	Frecuencia observada	3	3	6			
	Frecuencia esperada	1.2	4.8	6.0			
	Residuos tipificados	1.6	-.8				
	Total	16	62	78			
VOCABULARIO					Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
		MAYOR	NO MAYOR	Total			
MENOR RECURSO	Frecuencia observada	10	53	63	4.325	1	.038
	Frecuencia esperada	12.9	50.1	63.0			
	Residuos tipificados	-.8	.4				
MAYOR RECURSO	Frecuencia observada	6	9	15			
	Frecuencia esperada	3.1	11.9	15.0			
	Residuos tipificados	1.7	-.8				
	Total	16	62	78			
ÍNDICE DE COMPRENSIÓN VERBAL					Valor chi-cuadrada	gl	Significancia (p)
		MAYOR	NO MAYOR	Total			
MENOR RECURSO	Frecuencia observada	9	50	59	4.108	1	.043
	Frecuencia esperada	12.1	46.9	59.0			
	Residuos tipificados	-.9	.5				
MAYOR RECURSO	Frecuencia observada	7	12	19			
	Frecuencia esperada	3.9	15.1	19.0			
	Residuos tipificados	1.6	-.8				
	Total	16	62	78			

Tabla 49. Análisis del valor de chi-cuadrada de la interacción entre el edad subjetiva y las sub-pruebas Claves y Vocabulario y el Índice de Comprensión verbal sin sustitución de prueba en las adolescentes embarazadas que presentaban malestar psicológico.

Discusión y Conclusiones

En este apartado se discuten los resultados obtenidos de una muestra representativa de adolescentes que, en general, cursan entre el segundo y tercer trimestre de embarazo y que acuden al INPerIER para su atención médica. Estas adolescentes se caracterizan por tener 15.3 años de edad en promedio, en un intervalo de 13 a 16 años; prácticamente 50% de ellas tenían 16 años de edad. Todas fueron clasificadas socioeconómicamente con un nivel de 1, que en el INPerIER corresponde al nivel más bajo. Prácticamente todas han dejado la secundaria inconclusa y viven con sus padres. Estas características coinciden con los datos publicados con anterioridad (Díaz, 2007). Cabe aclarar que la muestra no fue probabilística.

En esta discusión nos referiremos con el término “muestra total” a las 224 adolescentes embarazadas que la conformaron, con el término de “Malestar”, a las 78 adolescentes embarazadas que fueron caso de malestar psicológico por haber rebasado el punto de corte del CGS 15, con el término “Mayores”, nos referimos a las 27 adolescentes embarazadas que tuvieron una edad subjetiva mayor por haber rebasado el punto de corte del cuestionario de edad subjetiva; usamos el término de “Mayores caso” para referirnos a las 16 adolescentes embarazadas que, además de tener una edad subjetiva mayor, fueron caso de malestar psicológico y, por último, para referirnos a las adolescentes embarazadas que tuvieron una edad subjetiva mayor, pero que no fueron caso de malestar psicológico, empleamos el término “Mayores no caso”.

Con apego al capítulo de resultados, esta discusión se divide en dos partes. En la primera, se discute sobre los resultados obtenidos en el CGS-15; en otras palabras, se reflexiona sobre el malestar psicológico. Después, se discute sobre las variables de madurez: edad subjetiva, edad cronológica y actitudes de independencia. En seguida se discute sobre los resultados de los recursos psicológicos, que se dividen en recursos relacionales (cuestionario de percepción de las relaciones de afecto con el padre, la madre y la pareja) y los recursos cognoscitivos evaluados por medio de los índices de Comprensión verbal, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento de WISC-IV.

En la segunda parte discutimos los resultados obtenidos por medio de la estadística inferencial cuando se comparó el malestar psicológico (casos vs no casos) tanto con los recursos psicológicos (relacionales y cognoscitivos) como con las variables de madurez (actitudes de independencia, edad cronológica y edad subjetiva).

Primera parte

Malestar psicológico

Para este trabajo entendemos el malestar psicológico como “conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad

subjetiva” (Morales-Carmona et al., 2005). La definición nos ha permitido conceptualizar la respuesta emocional esperada en las instituciones de salud, donde el motivo de atención de inicio no es un padecimiento psicológico.

En los Institutos Nacionales de Salud (a excepción quizá del Instituto Nacional de Psiquiatría) el motivo de atención obedece a un padecimiento médico y, de manera secundaria, la respuesta psicológica ante el padecimiento es vigilada. Esta respuesta psicológica asociada toma relevancia para el equipo de salud cuando compromete la adherencia al tratamiento médico o cuando impide el autocuidado del paciente.

Estimar el malestar psicológico de la población que se atiende en las instituciones de salud es relevante, pues permite tanto definir la dimensión del problema como detectar los casos que deben ser atendidos o vigilados. Con los resultados de este trabajo se estima que, del total de adolescentes embarazadas que acuden al INPer para su atención gineco-obstétrica, 34.8% necesitará de una intervención psicoterapéutica debido al malestar psicológico. Este resultado es aproximado con el 33.3% que hemos estimado con anterioridad (Díaz, 2006) aunque es menor que el porcentaje de malestar psicológico que Morales et al. (2008) refirieron, 51%, para la totalidad de pacientes que acuden al INPer, tanto pacientes ginecológicas como obstétricas. No obstante, si consideramos un trabajo anterior, la cifra reportada por Morales y su grupo (2002) de malestar psicológico, específicamente en pacientes obstétricas, fue 62.2%. Este resultado indica que, en la población de adolescentes embarazadas, la cifra de malestar psicológico es menor.

El menor porcentaje de malestar psicológico en adolescentes obstétricas puede tener varias explicaciones; en particular, debemos recordar que esta investigación fue realizada en una institución de tercer nivel de atención, lo cual implica que estas pacientes están a cargo de especialistas en cada uno de los servicios que las atienden y ello puede despertar en la subjetividad de la paciente, y su familia, una sensación de ser contenidas en las preocupaciones derivadas de su salud médica. A ello se suma el hecho de que prácticamente todas las adolescentes que se atienden en la institución cuentan con el apoyo de sus familias de origen; además, cerca del 50% de ellas también cuentan con el apoyo de la pareja y sus familias políticas (Díaz, 2006). Sin embargo, debemos reconocer que es posible que la población de adolescentes que nosotros estudiamos no represente a toda la población de las adolescentes que se embarazan en nuestro país. Hay otro tipo de adolescentes sin apoyo institucional, familiar ni de pareja con precarias condiciones económicas, educativas, que no residen en lugares urbanizados. Al evaluar adolescentes con estas características, pueden encontrarse mayores cifras de malestar psicológico que el que aquí hemos reportado, quizá más próxima a la reportada por Morales et al. (2002, 2008).

Variables de madurez

Edad subjetiva.

De las variables de madurez, la edad subjetiva, definida tradicionalmente como la edad autopercebida o la edad de la que uno se siente, fue una variable

teóricamente importante, pues en la población adolescente se ha demostrado que los adolescentes que tienen una percepción subjetiva de ser mayores caen en conductas de riesgo, delincuencia, consumo temprano de tabaco, alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo de infecciones o de embarazos no deseados (Galambos, 2007).

En este último sentido, nuestro trabajo supuso que aquellas adolescentes que se sentían mayores presentarían malestar psicológico en el embarazo. Después de hacer los análisis estadísticos pertinentes con el cuestionario de edad subjetiva, establecimos el punto de corte en 24 puntos. Lo cual significó que una adolescente embarazada que obtenía un puntaje mayor de 24 tenía una percepción de ser mayor con respecto a su edad cronológica.

De la muestra total, 12.1% de las adolescentes fueron caracterizadas como “mayores”, esto es, 27 adolescentes embarazadas tuvieron una edad subjetiva mayor con el criterio elegido. De las mayores, 16 adolescentes embarazadas además fueron caso de malestar psicológico (Mayores caso) y 11 no lo fueron (Mayores no caso). Aun cuando esta descripción nos permite ver que el porcentaje de adolescentes Mayores caso es mayor (aproximadamente 60%), lo cual podría esbozar una tendencia hacia el supuesto de que las adolescentes que se sienten mayores presentan malestar psicológico, vale la pena mencionar que el número reducido de casos para estas características de la muestra limitó el análisis estadístico inferencial.

Edad cronológica.

Respecto de la edad cronológica, en el INPer el criterio médico para considerar de riesgo un embarazo adolescente es que la paciente tenga una edad cronológica menor de 17 años de edad. Es por eso que en este estudio el promedio de edad fue de 15.3 años (± 0.893) aunque prácticamente el 50% de la muestra tuvo 16 años de edad. Al igual que con la edad subjetiva, con la edad cronológica tuvimos pocos casos en algunas de las edades, principalmente para 13 y 14 años, lo cual también restringió nuestro análisis estadístico.

Particularmente, para la edad de 13 años tuvimos una frecuencia de sólo 8 adolescentes embarazadas; de ellas, 5 eran caso de malestar psicológico y 4 tenían una edad subjetiva mayor además de ser caso de malestar psicológico. Expresado en términos de porcentajes, sería legítimo decir que, del 100% de adolescentes embarazadas con edad cronológica de 13 años, 50% tuvieron una edad subjetiva mayor y, de éstas, 100% fueron caso de malestar psicológico. No obstante, contar con pocos casos nos podría hacer caer en una interpretación engañosa aunque sí observamos que se sigue esbozando nuestro supuesto conceptual, porque a la tendencia ya descrita de que la mayoría de las adolescentes embarazadas que se sienten mayores presentan malestar psicológico, pero tendríamos que agregar que si la adolescente embarazada tiene 13 años de edad con toda seguridad presentará malestar psicológico.

Actitudes de independencia

La idea inicial del proyecto pretendía evaluar la madurez psicológica a través de las variables: la edad cronológica, la edad subjetiva y la etapa adolescente. Pensamos que esta última variable era la más difícil de evaluar, pues requiere de definiciones conceptuales claras y precisas que permitan definiciones operacionales que, a su vez, favorezcan una medición válida y confiable. La elección del Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica en Adolescentes prometía esa claridad; sin embargo, al emplearla en esta muestra no nos permitió estimar las actitudes de independencia de manera diferenciada; es decir, una conducta en la adolescencia puede ser madura a cierta edad pero inmadura en otra.

Por ejemplo, el reactivo número 1 de la Escala de Independencia –“Prefiero ir a pasear con mis amigos que con mis papas”– reflejará diferente actitud de madurez si se responde a los 13 años o a los 16 años, pues una tarea maduracional en la adolescencia es ese traslado del amor familiar al amor extra familiar (Blos, 1992), es decir, que referir la preferencia de ir con los amigos a pasear a los 13 años de edad, bien podría develar una actitud de inmadurez, pues expondría a la adolescente a riesgos que no puede evaluar.

No obstante, aplicamos el Cuestionario de Actitudes de Independencia Psicológica en Adolescentes con la intención de identificar a las adolescentes embarazadas con actitudes de independencia como una variable de madurez. Para obtener un puntaje total de actitudes de independencia, se sumó la presencia o ausencia del

atributo psicológico en cada reactivo de los tres factores que evalúa el cuestionario. Se consideró que había presencia del atributo cuando la respuesta de la adolescente fue “casi siempre” o “siempre” (4 o 5 puntos en la escala Likert); cuando la respuesta era diferente, se consideró que el atributo estaba ausente. En uno de los factores, el procedimiento fue inverso por la dirección del reactivo, es decir, cuando la respuesta de la adolescente fue “casi nunca” o “nunca” (2 o 1 punto en la escala Likert), se consideró la presencia del atributo, puesto que en este factor la calificación es en orden inverso. Se recodificaron las respuestas de los reactivos dando un puntaje de 1 para la ausencia y 2 para la presencia, conservando, así, el sentido de que a mayor puntaje de calificación mayor presencia del atributo, conducta independiente.

Finalmente para identificar a las adolescentes embarazadas con actitudes de independencia, después de hacer los análisis estadísticos pertinentes, establecimos el punto de corte en 38 puntos. Por lo tanto, una adolescente embarazada que obtenía un puntaje mayor de 38 puntos tenía actitudes de independencia (variable, AI38).

Con este criterio, de la muestra total, solamente 50 adolescentes embarazadas resultaron con actitudes de independencia (22.3%); en otras palabras, por cada 10 adolescentes embarazadas sólo 2 tuvieron actitudes de independencia. También para la sub-muestra de malestar se conserva la misma proporción. En el caso de la edad subjetiva, llamó la atención la atención que la mayoría no tuvieron actitudes de independencia; la proporción fue prácticamente de 9 de cada 10. La frecuencia fue de 24 adolescentes embarazadas que no tuvieron actitudes de

independencia y que, además, se sentían mayores, y 14 de ellas también fueron caso de malestar psicológico. Es decir, que las adolescentes embarazadas que se sienten mayores no tuvieron actitudes de independencia y más del 50% de ellas también fueron caso de malestar psicológico.

Recursos psicológicos

Recursos relacionales.

Sabíamos con anterioridad de la importancia que tienen las relaciones familiares para que una adolescente embarazada curse su embarazo sin compromiso emocional. Habíamos evaluado la percepción de las relaciones de afecto con los familiares cercanos y encontramos que la percepción de la dinámica familiar, la relación entre los padres y las relaciones afectivas con la madre y el padre se asocian con el malestar psicológico en dos sentidos: primero, si la dinámica familiar se percibe entre mala y regular, la percepción de la relación tanto con el padre como con la madre es entre muy mala y regular, lo cual se asocia a malestar psicológico en la adolescente embarazada y segundo, cuando la percepción se caracteriza por ser entre buena y excelente, la relación con ambos se percibe entre buena y muy buena, y no hay malestar psicológico (Díaz et al., 2006).

Por estos hallazgos, consideramos que la evaluación de la percepción de la relación afectiva con el padre y la madre reflejará si la adolescente cuenta o no con una red de apoyo familiar o, en otras palabras, si cuenta con recursos

psicológicos relacionales que reduzcan la aparición de malestar psicológico. En esta ocasión, también consideramos evaluar la percepción de la relación de pareja, pues, cuando ésta es favorable, representa un recurso relacional adicional. Una percepción que refleje una relación saludable tanto con la familia como con la pareja representa un recurso para la paciente, de lo contrario se convierten en factores estresantes que complican la situación de la adolescente.

Los resultados indicaron que, para la muestra total, la percepción de la relación de afecto con el padre se caracterizó por ser en su mayoría de buena a muy buena (55%). Los porcentajes de percepción en estas mismas características disminuyen para las adolescentes con malestar (50%) y más aun para las mayores (40.7%); el porcentaje más bajo en esta característica de percepción lo obtuvieron las adolescentes embarazadas que tiene una edad subjetiva mayor y que, además, son caso de malestar psicológico (31.3%). El resultado indica que las adolescentes Mayores caso tienen el menor recurso relacional con el padre, aunque el 37.5% de ellas percibe las relaciones de afecto con su padre como regular.

Para el caso de la percepción de la relación de afecto con la madre, los resultados indican, a nivel descriptivo, que el 82.1% de la muestra total percibe que la relación de afecto con su madre es de buena a muy buena, lo que podría indicar que la madre representa un apoyo afectivo para la adolescente. Llama la atención que ninguna de las adolescentes embarazadas que tuvieron una edad subjetiva mayor, siendo o no caso de malestar psicológico, refirieron tener una percepción de la relación de afecto con la madre de mala a muy mala. Es decir, las

adolescentes embarazadas parecen tener una adecuada percepción de la relación con la madre sin importar si presentan o no malestar psicológico o si tienen una percepción subjetiva de ser mayores. Cabe anotar que las adolescentes embarazadas mayores caso, aunque elevado (75%), tuvieron el menor porcentaje de percibir la relación con la madre de buena a muy buena.

Puede suponerse que la situación por la que pasa la adolescente al estar embarazada le plantea un doble fenómeno de identificación; por una parte, con su madre, pues la experiencia de estar embarazada y pronto ser madre con toda seguridad reedita la experiencia ontológica global con su propia madre; ello representa un terreno donde conflictos presentes, pasados y no resueltos tendrán una oportunidad de reparación aunque naturalmente de ello no hay garantía. Por otra parte, hay una identificación con el hijo por nacer, en este caso suponemos que la adolescente se remitirá a la propia experiencia de ser hija; esto podría plantear una actitud empática con el hijo por nacer aunque con el riesgo de proporcionar al hijo aquello de lo que se careció como hija olvidando lo que el propio hijo necesitará. Esta condición intrapsíquica posiblemente matiza la percepción que se tiene de la relación de afecto con la madre.

En cuanto a la pregunta de la percepción de la relación de afecto con la pareja, los resultados se comportaron de manera similar a los obtenidos en la percepción de las relaciones con el padre, pues 55.4% de la muestra total declaró que la percepción de la relación de afecto con su pareja era de buena a muy buena. En cuanto a las adolescentes que tuvieron malestar psicológico, el mayor porcentaje lo tuvo la percepción de tener una relación de afecto con la pareja regular (30.8%),

aunque la percepción de buena a muy buena tuvo un porcentaje similar al de la muestra total (52.6%). Entre las que tuvieron una edad subjetiva mayor, la percepción de una relación de pareja tanto regular, como muy buena tuvieron el mismo porcentaje (29.6%). Las que tuvieron una edad subjetiva mayor y, además, eran caso de malestar psicológico tuvieron el mayor porcentaje de percibir la relación de afecto con su pareja como regular (43.8%). Se sostiene la tendencia de que las adolescentes Mayores caso son quienes tienen menores recursos relacionales.

Para poder identificar a las adolescentes que tenían la mejor percepción de las relaciones familiares y, por tanto, tenían el mayor recurso relacional, procedimos de la misma manera que con las demás variables: establecer un punto de corte después de hacer los análisis estadísticos pertinentes; en este caso fue de 13 puntos. Esto significó que una adolescente embarazada con un puntaje mayor de 13 puntos tenía una mejor percepción de las relaciones de afecto con su familia, es decir, posee mejores recursos relacionales.

Con este criterio, nos llamó la atención que solamente 16.5% de la muestra total (37 adolescentes embarazadas) tuvo una mejor percepción de las relaciones familiares, y a partir de ahí el porcentaje disminuyó para las adolescentes embarazadas con malestar psicológico y para las que tuvieron una edad subjetiva mayor (11.5% y 11.1%, respectivamente). De las 16 adolescentes Mayores caso, sólo 1 tuvo una percepción mejor y, en el caso de las Mayores no caso, de las 11 sólo 2 tuvieron una mejor percepción. Es decir, las adolescentes Mayores caso fueron quienes tuvieron los menores recursos relacionales.

Recursos cognoscitivos.

Aparentemente evaluar los recursos cognoscitivos es una tarea fácil, pues ahora contamos con pruebas estandarizadas a nivel nacional, como la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños – IV (WISC-IV), estandarizada en México y utilizada en este trabajo doctoral. Sin embargo, el problema fundamental radica en la interpretación de los resultados, pues el rendimiento en una prueba que evalúa recursos cognoscitivos está determinado multifactorialmente, de modo que se interrelacionan variables de carácter biológico, psicológico y ambiental. En esta discusión, presentamos nuestra interpretación que queda para estimular el debate de los lectores.

Se eligieron las sub-pruebas que componen los índices de Comprensión Verbal, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento para evaluar los recursos cognoscitivos en las adolescentes embarazadas. Cabe señalar que, para la interpretación de los puntajes estandarizados obtenidos en los índices, el instrumento propone los siguientes criterios: 130 y mayor = Muy superior, de 120 a 129 = Superior, de 110 a 119 = Promedio alto, de 90 a 109 = Promedio, de 80 a 89 = Promedio bajo, de 70 a 79 = Límitrofe, y 69 o menor = Extremadamente bajo.

Para el caso de la interpretación del rendimiento cognoscitivo por sub-prueba, el instrumento propone una puntuación escalar que va de 1 a 19 puntos, en donde 10 es el puntaje promedio con una desviación estándar de 3, de manera que puntuaciones entre 8 y 12 puntos indican un rendimiento promedio, de 5 a 7 puntos indican una DE por debajo de la media y de 13 a 15 indica una DE por

arriba de la media, las puntuaciones de 1 a 4 y de 16 a 19 indican dos DE por abajo y por arriba de la media, respectivamente. A continuación presentamos los resultados de cada uno de los índices y de las sub-pruebas.

El Índice de Comprensión verbal (ICV), es una medida de la formación de conceptos verbales, razonamiento verbal y conocimiento adquirido del propio ambiente. En términos generales, mide las capacidades verbales utilizando razonamiento, comprensión y conceptualización; incluye las sub-pruebas esenciales Semejanzas, Vocabulario y Comprensión, y las sub-pruebas suplementarias Información y Palabras en contexto (Pistas).

La sub-prueba Semejanzas mide razonamiento verbal y formación de conceptos; también implica comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales y no esenciales, y expresión verbal. En esta sub-prueba, el rendimiento promedio de la muestra total (7.7 ± 2.66) se ubicó una desviación estándar por debajo del rendimiento promedio que marca el instrumento para la población mexicana, es decir, parece que las adolescentes embarazadas, en términos generales, rinden por debajo del rendimiento promedio esperado para las adolescentes de su edad. No obstante, llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue para la sub-muestra de las adolescentes Mayores caso (8.66 ± 2.25); estas adolescentes tienen un rendimiento promedio según las normas del instrumento, es decir, no difieren del rendimiento promedio de las adolescentes de su edad aunque tienen un rendimiento mejor que las otras adolescentes de la muestra. En contraste, las adolescentes Mayores no caso obtuvieron el puntaje promedio más bajo (6.45 ± 2.11), lo que indicaría que padecer malestar

psicológico tendría relación con los recursos cognoscitivos. Cuando se dicotomizó esta variable, solamente 12.1% (27 adolescentes) de la muestra total tuvo un mayor recurso en esta sub-prueba; para las adolescentes de Malestar, el porcentaje aumenta casi 3% (15.4%), lo cual indica que el malestar psicológico tiene relación con los recursos cognoscitivos. Esta observación se fortalece con el hallazgo de que todas las adolescentes Mayores no caso tuvieron puntuaciones que indicaban un menor recurso cognoscitivo; incluso los resultados indican que ninguna adolescente de este grupo logró obtener el rendimiento promedio marcado por el instrumento (10 puntos).

La sub-prueba Vocabulario mide conocimiento de palabras y formación de conceptos verbales, así como su reserva de conocimientos, capacidad de aprendizaje, memoria a largo plazo y grado de desarrollo del lenguaje; otras capacidades que se requieren en esta sub-prueba son percepción y comprensión auditiva, conceptualización verbal, pensamiento abstracto y expresión verbal. El rendimiento cognoscitivo en esta la sub-prueba fue el más bajo de la muestra total, pues obtuvo un puntaje promedio de 5.48 ± 2.97 , lo cual significa que las adolescentes embarazadas de esta muestra están una desviación estándar por debajo del rendimiento promedio nacional. Llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue el de las adolescentes embarazadas Mayores caso (6.56 ± 3.05); en contraste, las adolescentes Mayores no caso obtuvieron el puntaje promedio más bajo (5.27 ± 2.79), lo cual sugiere también que la percepción de malestar psicológico se relaciona con poseer recursos cognoscitivos. Esta impresión se ratifica con los resultados de la variable dicotomizada; el mayor

porcentaje de mayor recurso en la prueba de vocabulario (37.5%) lo obtuvieron las adolescentes Mayores caso.

La sub-prueba Comprensión mide razonamiento y conceptualización verbal, comprensión y expresión verbal, capacidad para evaluar y utilizar la experiencia pasada y la capacidad para demostrar información práctica; también implica conocimiento de las normas sociales de comportamiento, juicio y madurez social y sentido común. Nuevamente, en esta sub-prueba llama la atención que el puntaje promedio más elevado fue para las adolescentes Mayores caso (8.94 ± 2.5). En concordancia con los resultados anteriores, en el rendimiento de esta sub-prueba las adolescentes Mayores no caso obtuvieron el puntaje promedio más bajo (8.27 ± 1.55). Cuando se dicotomizó esta sub-prueba, solamente 7.6% de la muestra total tuvo un mayor recurso, y otra vez las adolescentes Mayores caso tuvieron el mayor porcentaje de mejor recurso, 12.5%, y ninguna de las adolescentes Mayores no caso tuvo mayor recurso cognoscitivo en esta sub-prueba.

La sub-prueba suplementaria Información mide la capacidad para adquirir, conservar y recuperar conocimiento objetivo general; implica también inteligencia cristalizada, memoria a largo plazo y capacidad para conservar y recuperar información escolar y del medio ambiente; otras habilidades que se requieren en esta sub-prueba son percepción y comprensión auditiva y la capacidad de expresión verbal. El rendimiento en la sub-prueba Información, con respecto al rendimiento promedio, siguió marcando la tendencia de asociar el malestar con tener una edad subjetiva mayor y poseer recursos cognoscitivos, pues las adolescentes Mayores caso tuvieron el mejor rendimiento (8.75 ± 1.18). Sin

embargo, fueron las adolescentes con Malestar quienes presentaron el mayor porcentaje de mayor recurso cuando se dicotomizó esta variable (14.1%). De las 27 adolescentes embarazadas que se sienten mayores, sólo 2 tuvieron un mayor recurso en esta sub-prueba y una, además, fue un caso de malestar.

Palabras en contexto (Pistas) es otra sub-prueba suplementaria, nueva en WISC-IV, y mide razonamiento verbal; se ha demostrado que estas tareas miden comprensión verbal, capacidad analógica y razonamiento general, abstracción verbal, conocimiento del dominio, capacidad para integrar y sintetizar diferentes tipos de información y para generar conceptos alternativos. Cabe anotar que en esta sub-prueba las adolescentes embarazadas de la muestra total obtuvieron el mayor puntaje promedio de todas las sub-pruebas aplicadas (11.4 ± 3.09); incluso rebasaron el puntaje promedio marcado por el instrumento, pero dentro del rango del funcionamiento cognitivo promedio. En este caso, llamó la atención que el puntaje promedio más elevado fue el de las adolescentes Mayores no caso (12.18 ± 2.86) aunque el promedio de las Mayores caso fue muy parecido (12.06 ± 2.86). Cuando se dicotomizó la variable, las adolescentes Mayores no caso presentaron el mayor porcentaje de presencia de mayor recurso cognoscitivo en esta sub-prueba, lo que indica que el mayor recurso se asocia con sentirse mayores.

Para calcular el Índice de Comprensión Verbal (ICV), se tomaron en cuenta las puntuaciones de las sub-pruebas esenciales Semejanzas y Comprensión y de la sub-prueba suplementaria Palabras en contexto (Pistas), que sustituyó Vocabulario. De los tres índices, en el de Comprensión verbal la muestra total obtuvo su mejor promedio 94.6741 ± 10.96 (IC 95% 89-102). Con esta puntuación,

que engloba los resultados de algunas de las sub-pruebas anteriores, se confirma esa tendencia observada de la asociación entre mayores recursos cognoscitivos, presentar malestar psicológico y sentirse mayores, pues las adolescentes Mayores caso tuvieron el puntaje promedio más elevado (98.81 ± 11.42). También se confirma esta tendencia, pues cuando se estableció un punto de corte para identificar un mejor desempeño en el ICV, las adolescentes Mayores caso presentaron el mayor porcentaje de mejor recurso cognoscitivo (37.5%), y sólo 1 adolescente Mayor no caso obtuvo un puntaje de mayor recurso.

Esto parece indicar que las adolescentes que se embarazan tienen un rendimiento promedio en la comprensión verbal, similar a las adolescentes no embarazadas de su misma edad, es decir, que el rendimiento intelectual no distingue a las adolescentes embarazadas de otras, lo cual implica que han se han desarrollado en un medio ambiente similar, donde las variables internas (biológicas y psicológicas) y las variables externas (educativas, socio-familiares, culturales) se han combinado para dar por resultado un rendimiento cognoscitivo en la comprensión verbal similar a cualquier adolescente promedio mexicana.

El índice memoria de trabajo (IMT) mide atención, concentración y memoria de trabajo, incluye las sub-pruebas esenciales Retención de dígitos, Sucesión de números y letras, y la sub-prueba suplementaria Aritmética.

Retención de dígitos es una sub-prueba esencial que se compone de dos partes: retención de dígitos en orden directo y en orden inverso. Esta sub-prueba mide memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, atención y

concentración; Retención de dígitos en orden directo implica aprendizaje y memoria mecánicas, atención, codificación y procesamiento auditivo. En orden inverso incluye memoria de trabajo, transformación de la información, manipulación mental y formación de imágenes viso-espaciales. El cambio de la tarea de Retención de dígitos en orden directo a Retención de dígitos en orden inverso requiere de flexibilidad cognoscitiva y atención mental. En esta sub-prueba, la muestra total obtuvo un puntaje promedio por debajo del rango promedio que marca el instrumento (7.34 ± 2), nuevamente, las adolescentes Mayores caso obtuvieron el puntaje promedio más elevado (8.06 ± 1.18). No sucedió lo mismo cuando se estableció el punto de corte para identificar a las adolescentes con mayor recurso cognoscitivo; la muestra total presentó el mayor porcentaje de mejor recurso (11.6%), aunque el porcentaje de las adolescentes con Malestar prácticamente fue el mismo (11.5%). A diferencia de resultados anteriores, en esta sub-prueba las adolescentes Mayores tuvieron los porcentajes más bajos de mayor recurso (7.4%), las Mayores caso obtuvieron 6.3% de mayor recurso y las Mayores no caso, 9.1%.

En la sub-prueba Sucesión de números y letras, se lee una secuencia de números y letras que el examinado debe recordar y repetir los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético. Implica la medición de capacidades cognoscitivas como; sucesión, manipulación mental, atención, memoria auditiva a corto plazo, formación de imágenes viso-espaciales y velocidad de procesamiento. En esta sub-prueba también se nota la tendencia de asociación entre malestar, recursos cognitivos y sentirse mayor, pues las adolescentes Mayores caso

obtuvieron el puntaje promedio más elevado (9.37 ± 1.86). Lo mismo fue observado al dicotomizar la variable, pues el porcentaje de mayor recurso cognoscitivo (25%) lo obtuvieron las adolescentes Mayores caso.

Aritmética es una sub-prueba suplementaria de memoria de trabajo que implica manipulación mental, concentración, atención, memoria a corto y largo plazo, y capacidad de razonamiento numérico; también es posible que incluya sucesión, razonamiento fluido y lógico. Cabe señalarse que en esta sub-prueba las adolescentes embarazadas tuvieron el segundo mejor puntaje promedio (9.1 ± 2.29) de todas las sub-pruebas aplicadas en la investigación y el más alto puntaje promedio de las del IMT, por lo que se decidió que sustituyera a la sub-prueba Retención de Dígitos para calcular el IMT. En esta sub-prueba, las adolescentes con Malestar obtuvieron el promedio más elevado (9.5 ± 2.28). El puntaje promedio más bajo fue el de las adolescentes Mayores no caso (8.6364 , $DE = 2.29228$). Al identificar el mayor porcentaje de mejor recurso cognoscitivo en esta sub-prueba, una vez más, el mayor porcentaje (18.8%) fue el de las adolescentes Mayores caso.

Como ya lo hemos indicado, para calcular el IMT, se tomaron en cuenta las puntuaciones de la sub-prueba esencial Sucesión de Números y letras y la sub-prueba suplementaria Aritmética, con la que se sustituyó Retención de dígitos, en la cual las adolescentes embarazadas obtuvieron el menor puntaje promedio; esta sustitución está permitida en las reglas de calificación dell instrumento. En este índice, la muestra total obtuvo un puntaje promedio de 92.91 ± 10.27 (IC 95% 87-102); el puntaje promedio más elevado fue el de las adolescentes Mayores caso

(95.56 ± 6.35). Cuando se estableció el punto de corte para identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieran un mejor rendimiento en el IMT, las adolescentes embarazadas con Malestar tuvieron el mayor porcentaje de mejor recurso (15.4%). Solamente 3 de las 27 adolescentes embarazadas Mayores tuvieron un mayor recurso en este índice; 2 de ellas también eran caso de malestar psicológico.

Al igual que en el índice de Comprensión Verbal, el índice de Memoria de Trabajo indica que las adolescentes que se embarazan tienen un rendimiento promedio similar a otras adolescentes de su misma edad que no están embarazadas, pues el puntaje promedio obtenido por las adolescentes embarazadas cae dentro de la categoría de rendimiento promedio para la muestra nacional, es decir, que el rendimiento intelectual, en este índice, tampoco distingue a las adolescentes embarazadas de otras. Esto implica que han se han desarrollado en un medio ambiente similar, donde las variables internas (biológicas y psicológicas) y las variables externas (educativas, socio-familiares, culturales) se han combinado para dar por resultado un rendimiento en los recursos cognoscitivos de atención, concentración y memoria de trabajo similar a cualquier adolescente promedio mexicana.

El IVP mide la velocidad del procesamiento mental y grafomotor, memoria visual a corto plazo, atención y coordinación visomotora. La investigación sobre la capacidad intelectual ha indicado una correlación significativa entre la velocidad de procesamiento y la capacidad cognitiva en general; incluye las sub-pruebas Claves y Búsqueda de símbolos.

Claves es una sub-prueba que mide memoria a corto plazo, capacidad de aprendizaje, percepción visual, coordinación visomotora, capacidad de rastreo visual, flexibilidad cognitiva, atención y motivación; también puede incluir procesamiento visual y secuencial. En esta sub-prueba, la muestra total obtuvo un puntaje promedio de 8.32 ± 2.19 , lo cual indica una categoría de funcionamiento “promedio bajo” según los criterios que marca el instrumento; el promedio mayor lo obtuvieron las adolescentes Mayores caso (8.94 ± 1.95). Como se ha venido observando en los resultados, las adolescentes Mayores no caso obtuvieron el puntaje promedio más bajo (7.54 ± 1.69). En esta sub-prueba, también las adolescentes Mayores caso obtuvieron el más alto porcentaje de mayor recurso cognoscitivo, 18.8%, aunque conviene aclarar que, en términos de frecuencias, significa que sólo 3 de las 16 adolescentes Mayores caso tuvieron un mayor recurso en esta sub-prueba.

Búsqueda de símbolos es una sub-prueba que mide memoria a corto plazo, memoria visual, coordinación visomotora, flexibilidad cognoscitiva, discriminación visual y concentración; también implica comprensión auditiva, organización perceptual y capacidad de planificación y aprendizaje. En esta sub-prueba llamó la atención que fue el único caso en donde las adolescentes embarazadas Mayores no caso obtuvieron en puntaje promedio más elevado (10.18 ± 2.78), particularmente en comparación con el puntaje promedio de la muestra total (8.55 ± 2.53). Al identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieron un mejor rendimiento en la sub-prueba Búsqueda de símbolos, encontramos que las adolescentes Mayores no caso tuvieron el mayor porcentaje de mayor recurso

(18.2%). Sin embargo, hay que tener en cuenta que esto significa que solamente 2 adolescentes de este grupo de 11 tuvieron mayor recurso. Finalmente solo 3 de las 27 adolescentes Mayores tuvieron un mayor recurso en este índice; 2 de ellas no eran caso de malestar psicológico.

El IVP se calcula con los puntajes de las sub-pruebas esenciales Claves y Búsqueda de símbolos. La muestra total obtuvo un puntaje promedio de 90.933 ± 10.79 (IC 95%, 83-101). En este índice quedó descrita la asociación entre malestar psicológico y edad subjetiva mayor, con respecto a mayores recursos cognoscitivos, pues las adolescentes Mayores caso obtuvieron el puntaje promedio más elevado (93.75 ± 11.48). Al identificar a las adolescentes embarazadas que tuvieran un mejor rendimiento en el IVP, 14.7% de la muestra total tuvo un mayor recurso en este índice; en las adolescentes con Malestar, el porcentaje disminuyó considerablemente a 9%. Solamente 4 de las 27 adolescentes Mayores tuvieron un mayor recurso en este índice; 2 de ellas también eran caso de malestar psicológico.

El índice de Velocidad de Procesamiento mostró resultados similares al ICV y al IMT, es decir, que las adolescentes que se embarazan tienen un rendimiento promedio similar a otras adolescentes de su misma edad que no están embarazadas, pues el puntaje promedio obtenido por las adolescentes embarazadas cae dentro de la categoría de rendimiento promedio para la muestra nacional, es decir, que el rendimiento intelectual, en este índice, tampoco distingue a las adolescentes embarazadas de otras. Esto implica que han se han desarrollado en un medio ambiente similar, donde las variables internas (biológicas y psicológicas) y las variables externas (educativas, socio-familiares,

culturales) se han combinado para dar por resultado un rendimiento en los recursos cognoscitivos de velocidad de procesamiento mental y grafomotor, memoria visual a corto plazo, atención y coordinación visomotora similar al de cualquier adolescente promedio mexicana.

En síntesis: de los recursos cognoscitivos de las adolescentes embarazadas, evaluados mediante el ICV, el IMT y el IVP, podemos decir que en su desempeño representan el funcionamiento promedio esperado para los adolescentes de nuestro país sin importar que estén embarazadas, pues en los 3 índices evaluados, los puntajes de la muestra total indicaron un desempeño promedio.

No obstante, nos quedó la impresión que las adolescentes embarazadas que conformaron la muestra funcionan por debajo del rendimiento promedio nacional, ya que de las 10 sub-pruebas que se aplicaron, en 4 la puntuación promedio de la muestra total se ubicó una desviación estándar por debajo del promedio nacional, tres de ellas pertenecientes al ICV (Semejanzas, Vocabulario, Información) y una al IMT (Retención de dígitos). El argumento anterior parece contradecir la afirmación, hecha arriba, que en el ICV las adolescentes embarazadas tuvieron el mejor promedio de los tres índices evaluados, por lo que se debe tomar en cuenta que para el cálculo de este índice se sustituyó la prueba de Vocabulario por la de Palabras en contexto (sustitución permitida por el manual técnico del instrumento) e Información no se contempló para el cálculo, pues es una prueba suplementaria.

Hecha la aclaración anterior, pensamos que el rendimiento cognoscitivo en estas sub-pruebas revela que las adolescentes que se embarazan en nuestro país han

crecido y se han desarrollado en un medio ambiente (social, familiar, educativo, cultural, etc.) que no favorece el desarrollo y empleo de recursos cognoscitivos que les pueda ayudar a tomar decisiones para no exponerse a riesgos, como un embarazo no deseado o una infección sexual, en el caso de la práctica sexual espontánea y no reflexionada.

Ya sea que la práctica sexual de las adolescentes sea planificada o espontánea, no deben correr riesgos, pero para ello necesitan recursos cognoscitivos como razonamiento verbal, formación de conceptos, distinción entre características esenciales y no esenciales (Semejanzas); conocimiento de palabras y formación de conceptos verbales, una reserva de conocimientos, capacidad de aprendizaje, memoria a largo plazo, desarrollo del lenguaje, percepción y comprensión auditivas, conceptualización verbal, pensamiento abstracto y expresión verbal (Vocabulario); capacidad para adquirir, conservar y recuperar conocimiento objetivo general, inteligencia cristalizada, capacidad para conservar y recuperar información escolar y del medio ambiente (Información).

No sugerimos que las adolescentes que se embarazan tengan carencias en su capacidad cognoscitiva, pues su rendimiento es promedio, pero pensamos que es la manera en cómo están utilizando sus recursos cognoscitivos al actuar. La capacidad cognoscitiva parece quedar mermada cuando se exponen al inicio de la práctica sexual, ya que ésta no solo demanda poseer información sobre la manera de protegerse, sino que demanda una madurez psicológica que les permita sentir, pensar, decidir y actuar bajo sensaciones intensas de excitación sexual y vinculación afectiva que, en principio, les son novedosas.

Finalmente, nos llamó la atención, en forma descriptiva, que las adolescentes embarazadas que tenían una edad subjetiva mayor y eran caso de malestar psicológico tuvieron un rendimiento cognoscitivo mejor que las demás adolescentes embarazadas, pues sus promedios, en 7 de las sub-pruebas aplicadas, fueron mayores que el resto (con excepción de Pistas, Aritmética y Búsqueda de símbolos), y en los tres índices su puntaje promedio también fue mayor. En la segunda parte de esta discusión ahondaremos sobre esta observación.

Segunda parte

El objetivo general planteado en esta tesis fue: Generar, con las variables de madurez psicológica (edad cronológica, edad subjetiva y actitudes de independencia) y con los recursos psicológicos (cognitivos y relacionales), conocimientos que permitan reconocer los factores asociados al malestar psicológico en el embarazo adolescente.

Tomando en cuenta nuestro objetivo general en esta parte discutiremos los resultados obtenidos con el análisis de la estadística inferencial al realizar la comparación del malestar psicológico con las variables de madurez (edad subjetiva, edad cronológica y actitudes de independencia en la adolescencia) y los recursos psicológicos (recursos relacionales y recursos cognoscitivos).

Recordamos que la variable malestar psicológico se presenta dicotomizada en CASO (las adolescentes que rebasaron el punto de corte del instrumento) y NO

CASO (las que no lo rebasaron). Del mismo modo la variable edad subjetiva fue dicotomizada en MAYOR (quienes obtuvieron un puntaje mayor a 24) y NO MAYOR (quienes no rebasaron ese punto de corte).

Malestar psicológico y edad subjetiva

En la comparación entre el malestar psicológico y la edad subjetiva se encontraron diferencias estadísticamente significativas (chi-cuadrada = 8.078, 1 gl, $p = .004$), encontrando, así, una relación entre tener una edad subjetiva mayor y ser caso de malestar psicológico. Esta asociación nos permite rechazar la hipótesis nula número 5 planteada en el método, la cual sostiene que, si las adolescentes embarazadas tienen una edad subjetiva mayor, no presentan malestar psicológico. Se pudo demostrar, en este sentido, que las adolescentes embarazadas que se sienten mayores, con respecto a las adolescentes embarazadas que no se sienten mayores, tienen casi 3 veces más riesgo de estar predispuestas a presentar malestar psicológico (valor de 2.723) y un factor de protección de 86% de no presentar malestar psicológico cuando la edad subjetiva no es mayor.

Estos resultados confirman la idea de que una adolescente embarazada que se siente mayor tiende a presentar malestar psicológico, probablemente porque la auto-precepción de ser mayor implica la advertencia de las responsabilidades que conllevan tanto el embarazo como la maternidad. Además, las adolescentes pueden estar advirtiéndolo que no poseen todos los recursos para enfrentar estas nuevas responsabilidades. Dicho en otras palabras, estas adolescentes

embarazadas (mayores) tienen mayor riesgo de presentar malestar psicológico porque, por una parte, son capaces de tener un juicio acertado respecto lo que realmente exige en responsabilidades, para ellas, su situación de embarazo y, por otra parte, se advierten incapaces de poder responder a ello porque tienen mayor consciencia de que los recursos que poseen son insuficientes para enfrentar esas responsabilidades.

Por lo anterior consideramos que en el caso de las adolescentes embarazadas, sentirse mayores podría ser un elemento de madurez y no una percepción de madurez, en el sentido que la madurez implicaría una evaluación precisa de la situación real que se vive; “estar embarazada y no contar con los recursos para enfrentar esta situación”. En contraste, la percepción de madurez implicaría esa sensación subjetiva de ser el propio aval para incursionar en conductas de riesgo en el sentido de; “como me siento mayor de mi edad, entonces puedo fumar, tomar, tener sexualidad, etc.”. En pocas palabras, consideramos que la madurez se encuentra en el terreno del juicio y sentido de realidad (lo que en la jerga psicoanalítica se conoce como “yo fuerte”) y la percepción de madurez se encontraría en el terreno de lo ideal o de la fantasía. Esta última, la percepción de madurez, es lo que se ha asociado, en estudio científicos previos, con las conductas de riesgo en adolescentes que refieren tener una edad subjetiva mayor (Galambos & Almeida, 1992; Galambos, Barker & Tilton-Weaver, 2003; Galambos, Kolaric, Sears & Maggs, 1999; Galambos & Tilton-Weaver, 2000; Galambos, Mac Donald Stuart, Naphtali, Cohen & de Frías, 2005; Galambos, Turner & Tilton-Weaver, 2005).

Malestar psicológico, edad cronológica y edad subjetiva.

En la comparación entre el malestar psicológico y la edad cronológica no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo cual nos lleva a aceptar la hipótesis nula número 4, que plantea que, si las adolescentes embarazadas tienen una edad cronológica menor, no presentan malestar psicológico. No obstante, existe una tendencia de asociación entre el malestar psicológico y la edad cronológica en el sentido de que a menor edad cronológica mayor presencia de malestar, pues, al dicotomizar la variable edad cronológica (edad16) en las menores de 16 y las de 16 años (casi el 50% de la muestra), se vio esa tendencia aun cuando no existen diferencias estadísticamente significativas (chi-cuadrada = 83.529, 1 gl, $p = .06$).

No obstante, por este resultado, decidimos tomar los 78 casos de malestar psicológico y comparar la edad subjetiva con la edad cronológica; aquí se encontraron diferencias estadísticamente significativas y una asociación entre tener una edad cronológica menor y sentirse mayores (chi-cuadrada = 11.912, 1 gl, $p = .008$). Es decir, si a nuestro primer hallazgo de que las adolescentes embarazadas que se sienten mayores tienden a presentar malestar psicológico, agregamos este resultado, podemos suponer que son específicamente las adolescentes embarazadas menores de 16 años quienes se encontraran más en la situación de sentirse mayores y de tener malestar psicológico. Desde el aspecto asistencial, las adolescentes embarazadas con estas características serian el foco de detección para que reciban una asistencia psicológica oportuna.

Malestar psicológico y actitudes de independencia.

En la comparación entre el malestar psicológico y las actitudes de independencia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = .226$, 1 gl, $p = .635$) lo cual nos hace aceptar la hipótesis 3 que plantea que, si las adolescentes embarazadas tienen actitudes no independientes, no presentan malestar psicológico. Sin embargo, descriptivamente 79.5% de las adolescentes que presentaron malestar psicológico puntuaron con actitudes no independientes, y de las 27 adolescentes Mayores, solamente tres puntuaron con actitudes independientes. En la primera parte de esta discusión presentamos el argumento de por qué el instrumento que elegimos para medir este aspecto no fue el adecuado.

Malestar psicológico y recursos relacionales.

En la comparación entre el malestar psicológico y la percepción de las relaciones familiares no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 2.152$, 1gl, $p = .142$), lo cual nos hace aceptar la hipótesis nula 1, que postula que, si las adolescentes embarazadas tienen una peor percepción de las relaciones de afecto con su padre, su madre y su pareja, no presentan malestar psicológico. Un hallazgo importante, respecto a la percepción de las relaciones de afecto con el padre, la madre y la pareja, fue que la percepción de afecto con la madre predijo la percepción de relación de afecto con el padre y con la pareja, en el sentido de que si la adolescente embarazada tiene una percepción de la relación de afecto con su madre de muy mala a regular, entonces también tiene una percepción de afecto de muy mala a regular de la relación con el padre (χ^2

cuadrada = 39.67, 1gl, $p = .000$) y con la pareja (chi-cuadrada = 4.647, 1gl, $p = .031$). Este hallazgo sugiere que, cuando se evalué las redes de apoyo familiar con las adolescentes embarazadas, es importante iniciar con la percepción de la relación de afecto con la madre pues, si ésta indica un conflicto, entonces las demás relaciones también estarán caracterizadas por el conflicto, lo que indicará un dato para establecer un objetivo psicoterapéutico con esa adolescente.

Malestar psicológico y recursos cognoscitivos.

La interacción del malestar psicológico con los recursos cognoscitivos no tuvo diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los índices evaluados: Comprensión Verbal (chi-cuadrada = 1.600, 1gl, $p = .206$), Memoria de Trabajo (chi-cuadrada = 0.041, 1gl, $p = .840$) y Velocidad de Procesamiento (chi-cuadrada = 3.158, 1gl, $p = .076$). Por lo tanto, debemos aceptar la hipótesis nula 2 que postula que, si las adolescentes embarazadas tienen bajos puntajes en los recursos cognoscitivos, no presentan malestar psicológico.

Sin embargo, resultó interesante el análisis con las 78 adolescentes embarazadas que presentaban malestar psicológico en la comparación entre la edad subjetiva y los recursos cognoscitivos. Llamó la atención la sub-prueba esencial Claves, pues mostró una relación entre sentirse mayor y tener mayor recurso cognoscitivo aun cuando no existen diferencias estadísticamente significativas (chi-cuadrada = 3.466, 1 gl, $p = .063$). No obstante, la sub-prueba Vocabulario sí corrobora esta asociación (chi-cuadrada = 4.325, 1gl, $p = .038$), al igual que el ICV sin sustituir la sub-prueba Vocabulario (chi-cuadrada = 4.108, 1gl, $p = .043$). Esto indica que en el

grupo de adolescentes que presentan malestar psicológico hay una asociación entre sentirse mayor y tener mayores recursos cognoscitivos.

Nuestros resultados permiten afirmar que, en adolescentes embarazadas que tienen una percepción de ser mayor con respecto a su edad cronológica, existe mayor riesgo de presentar malestar psicológico durante su embarazo. Además, los resultados también nos permiten afirmar que las adolescentes embarazadas que presentan malestar psicológico en general se caracterizan por ser menores de 16 años, sentirse mayores con respecto a su edad cronológica y tener mayores recursos cognoscitivos.

Además, nuestros resultados dejan en claro que las adolescentes embarazadas que se sienten mayores son el foco de atención psicológica en las instituciones donde reciben atención médica, porque seguramente presentarán malestar psicológico durante su embarazo. En particular, debe prestarse atención a las adolescentes embarazadas con malestar, que se sienten mayores, que tienen una edad menor a 16 años y que refieran tener una percepción de afecto con la madre de muy mala a regular. Estas adolescentes se caracterizan, también, por tener mayores recursos cognoscitivos, lo cual les permite, por una parte, advertir con mayor consciencia las dificultades que implica el estar embarazadas, las responsabilidades que deberán adquirir y que muy probablemente no podrán hacer frente solas a esta sobredemanda; quizá esa misma conciencia sea, en parte, lo que explique tanto el malestar psicológico que presentan como la percepción de ser mayores en un sentido de madurez psicológica. Por la otra parte, estos mayores recursos cognoscitivos les hacen candidatas a una intervención psicoterapéutica y seguramente beneficiarse de esa intervención.

Conclusiones

Respecto a las hipótesis nulas propuestas en el método de este trabajo doctoral concluimos:

- Aceptar la hipótesis 1: Si las adolescentes embarazadas tienen una peor percepción de las relaciones de afecto con su padre, su madre y su pareja, no presentan malestar psicológico.
- Aceptar la hipótesis 2: Si las adolescentes embarazadas tienen bajos puntajes en los recursos cognitivos, no presentan malestar psicológico.
- Aceptar la hipótesis 3: Si las adolescentes embarazadas tienen actitudes no independientes, no presentan malestar psicológico.
- Aceptar la hipótesis 4: Si las adolescentes embarazadas tienen una edad cronológica menor, no presentan malestar psicológico.
- Rechazar la hipótesis 5: Si las adolescentes embarazadas tienen una edad subjetiva mayor, no presentan malestar psicológico.
- Aceptar la hipótesis 6: La combinación de las características de las variables de madurez (edad subjetiva, edad cronológica, y etapa adolescente) y de los recursos psicológicos (cognitivos, relacionales) de las adolescentes embarazadas no es adecuada para proponer un modelo explicativo del malestar en el embarazo.

En síntesis: nuestros resultados nos permiten concluir que las adolescentes embarazadas que tiene una percepción de ser mayores, con respecto a su edad cronológica, tienen mayor riesgo de presentar malestar psicológico durante su

embarazo en comparación con las que no se sienten mayores. Estas adolescentes embarazadas deben ser el foco de atención psicológica en las instituciones donde reciben atención médica, porque seguramente presentarán malestar psicológico durante su embarazo. Las adolescentes embarazadas que presentan malestar psicológico se caracterizan por ser menores de 16 años, sentirse mayores con respecto a su edad cronológica, referir tener una percepción de afecto con la madre de muy mala a regular y tener mayores recursos cognoscitivos. Tener mayores recursos cognoscitivos les permite, por una parte, advertir con mayor consciencia las dificultades que implica el estar embarazadas, las responsabilidades que deberán adquirir y que muy probablemente no podrán hacer frente, solas, a esta sobredemanda; quizá esa misma consciencia sea, en parte, lo que explique tanto el malestar psicológico que presentan como la percepción de ser mayores. Por la otra parte, estos mayores recursos cognoscitivos las hacen candidatas a una intervención psicoterapéutica y seguramente beneficiarse de esa intervención.

Referencias

- Ackerman, P. L., Beier, M. E. & Bowen, K. R. (2000). Explorations of crystallized intelligence: Completion test, and knowledge. *Learning and Individual Differences*, 12(1), 105-121.
- Adalbjarnardottir, S. (2002). Adolescent psychosocial maturity and alcohol use: quantitative and qualitative analysis of longitudinal data. *Adolescence*, 137(45).
- Ahued, J., Lira, J. y Simon, L. (2001). El embarazo adolescente un problema de salud pública. *Cirugía y Cirujanos*, 69(5), 300-303.
- Akinbami, L. J., Schoendorf, K. C. & Kiely, J. I. (2000). Risk of Preterm Birth in Multiparous Teenagers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(11), 1101-1107.
- Alan Guttmacher Institute. (1994). *Sex And America's Teenagers*. New York, NY: Autor.
- Aldwin, C. M., Spiro, A., Levenson, M. R. & Bossé, R. (1989). Longitudinal findings from the normative aging study: 1. Does mental health change with age? *Psychology and Aging*, 4(3), 295-306.
- Alexander, P. A. & Kulikowich, J. M. (1991). Domain knowledge and analogic reasoning ability as predictors of expository text comprehension. *Journal of reading behavior*, 23(2), 165-190.
- Anderson, V.A., Anderson, P., Northam, E., Jacobs, R. & Catroppa, C. (2001). Development of executive functions through late childhood and adolescence in an Australian sample. *Developmental Neuropsychology*, 20, 385-406.
- Anjejo, D., Modeste, N. N., Lee, J. W. & Wilson, C. M. (2007). Factor associated with sexual intercourse among African-born adolescents in southern California. *Californian Journal of Health Promotion*, 5(4), 97-112.

- Aquino, I., M., Bojorge, R. J., Granados, M. y Ramírez, G. V. (2011). Determinación de la edad cronológica en pacientes mexicanos mediante el análisis del cierre apical del segundo molar mandibular para fines médico legales. *ODOUS Científica*, 12(2), 7-14.
- Arbeau, K. J., Galambos, N. L. & Jansson, S. (2007). Dating, sex and substance use as correlates of adolescents' subjective experience of age. *Journal of Adolescence*, 30(3), 435-447.
- Arnett, J. (1992a). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- Arnett, J. (1992b). Socialization and adolescent reckless behavior: A reply to Jessor. *Developmental Review*, 12, 391.
- Arnett, J. J. (1994). Are college students adults? Their conceptions of the transition to adulthood. *Journal of Adult Development*, 1, 213-224.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnold, E., Smith, T., Harrison, D., & Springer, D. (2000). Adolescents' Knowledge and Beliefs about Pregnancy: The Impact of "Enabl". *Adolescence*, 35, 485 - 498.
- Barjer, E. T., & Galmbos, N. L. (2005) Adolescent Implicit Theories of maturity: ages of adulthood, freedom, and fun. *Journal of Adolescent Research*, 20, 557-576.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

- Barnes-Farrell, J. L. & Piotrowski, M. J. (1989). Workers' perceptions of discrepancies between chronological age and personal age: You're only as old as you feel. *Psychology and Aging*, 4, 376-377.
- Baum, S. K. & Boxley, R. L. (1983). Age identification in the elderly. *The Gerontologist*, 23, 532-537.
- Bedoya, A., Salcedo, M., Villavicencio, J. y Acosta, B. (2009). Evaluación de la maduración ósea mediante radiografía del carpo en niños y adolescentes afro-colombianos de Puerto Tejada, Cauca, 2007. *Estomatología*, 17(1), 19-25.
- Bell, T., Watson, M., Sharp, D., Lyons, I. & Lewis, G. (2005). Factors associated with being a false positive of the General Health Questionnaire. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 402-407.
- Bennette, T. (1999). Reproductive health in South Africa. *Public Health Report*, 114, 88-90.
- Beyth-Marom, R. & Fischhoff, B. (1997). Adolescents' decisions about risks: a cognitive perspective. En J. Schulenberg, J. L. Maggs & K. Hurrelmann (Eds.), *Health risks and developmental transaction during adolescence* (pp. 110-135). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Blau, Z. S. (1956). Changes in status and age identification. *American Sociological Review*, 21, 198-203.
- Blos, P. (1992). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Motriz.
- Boatwright, E. A., Tozer, B. S., Verma, D. P., Blair, J. E., Mayer, A. P. & Files, J. A. (2005). Health Care Maintenance in Female Adolescents. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(12), 1641-1650.
- Botega, N. J., Pereira, W. A., Bio, M. R., García, M. C. & Zomignani, M. A. (1995). Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment

- (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviews in a Brazilian hospital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(3), 127-131.
- Brage, D., Elek, S. & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, Self-Steem, Loneliness And Social Support Among Adolescent Mothers Participating in the New Parents Project. *Adolescence*, 35, 445-453.
- Brandell, L. y Cifuentes, M. (2000). Diagnóstico de embarazo adolescente en la región del Bío Bío, Sector Salud y Educación. Documento no publicado.
- Byrnes, J. P. (1998). *The nature and development of decision making: a self-regulation model*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Calderón, J. y Alzamora De Los Godos, L. (2006). Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes. *Revista Médica Vallejana*, 3(2), 97-106.
- Cano, G. J. M., Díaz-Martínez, A., Juárez, M. C., Ortega, R. de C. H. R., Martínez, S. J. L., Cano, G. L., Zamora, S. M., Rodríguez, L. M. T., Hernández, M. I. y Pérez, P. J. (2001). Exploración epidemiológica de la salud mental a través de la aplicación de la escala de Goldberg en el Estado de México. *Boletín Informativo; Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM*, 2, 2-12.
- Cauffman, E. & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 741-760.
- Cohen, D. A., Farley, T. A., Taylor, S. N., Martin, D. H. & Schuster, M. A. (2002). When and where do youths have sex? The potential role of adult supervision. *Pediatrics*, 110, 66.
- Cohn, L. D. (1991). Sex differences in the course of personality development: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109, 252-266.

- Coleman, J. C. & Hendry, L. (1990). *The Nature of Adolescence*. London: Routledge.
- Consejo Nacional de Población. (1996). *Encuesta nacional de planificación familiar, 1995, Avances de Resultados*. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población. (1999). *La situación demográfica en México*. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población. (2000a). *La situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnostico sociodemográfico*. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población. (2000b). *Cuadernos de salud reproductiva. Estados unidos mexicanos*. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población. (2002). *Proyecciones de la población de México, 2000-2050*. México: CONAPO.
- Corona, S. & Tidwell, R. (1999). Differences between Adolescent Mothers and Nonmothers: An Interview Study. *Adolescence*, 34, 91-105.
- Davidson, N. W. & Felice, M. E. (1992). Adolescent Pregnancy. En S. Friedman, M. Fisher y S. Schonberg (Eds.), *Comprehensive Adolescent Health Care* (pp. 1026-1040). St Louis, Mo: Quality Medical Publishing.
- Delis, D. C., Kaplan, E. & Kramer, J. H. (2001). *Delis-Kaplan executive function system*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Demetriou, A., Christou, C., Spanoudis, G. & Platsidou, M. (2002). The development of mental processing: Efficiency, working memory, and thinking. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 67(1).
- DesChamps, J. (1979). *Embarazo y Maternidad Adolescente*. Barcelona: Herder.

- DeSanti, R. J. (1989). Concurrent and predictive validity of a semantically and syntactically sensitive cloze scoring system. *Reading, Research, & Instruction, 28*(2), 29-40.
- Díaz-Franco, E., Rodríguez-Pérez, L., Mota-González, C., Espíndola-Hernández, G. et al. (2006). Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana, 20*(4), 80-90.
- Díaz F., E. (2007) *Estilos De Afrontamiento En Adolescentes Embarazadas Y Su Relación Con La Ansiedad, La Depresión Y El Auto Concepto: Un Estudio Comparativo Entre Adolescentes Embarazadas Con Y Sin Pareja* (Tesis de maestría). UNAM: México, D. F.
- Díaz F., E. (2007). Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en adolescentes. *Perinatología y Reproducción Humana, 21*(2).
- DiCenso, A., Guyatt, G., William, A. & Grffith, L. (2002). Interventions to reduce pregnancies among adolescents: Systematic review of randomized controlled trials. *British Medical Journal, 324*, 14-26.
- Dilorio, C., Dudley, W. N., Soet, J. E. & McCarty, F. (2004). Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: The moderating role of protective factors. *Journal of Adolescent Health, 35*, 11–20.
- Donders, J.(1997). Sensitivity of the WISC-III to injury severity en children with traumatic head injury. *Assessment, 4*(1), 107-109.
- Erikson, E. (1993). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Espíndola-Hernández, J. G., Morales-Carmona, F., Díaz-Franco, E., Nieto, D. et al. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y Reproducción Humana, 20*(4), 112-122.

- Fontanesi, F., Gobetti, C., Zimmermann-Tansella, C. & Tansella, N. (1985). Validation of the Italian version of the GHQ in a general practice setting. *Psychological Medicine*, 15(2), 411-415.
- Fraser, A. M., Brockert, J. E. & Ward, R. H. (1995). Association Of Young Maternal Age With Adverse Reproductive Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 332, 1113-1117.
- Fry, A. E. & Hale, S. (1996). Processing speed, working memory, and fluid intelligence: Evidence for a developmental cascade. *Psychological Science*, 7(4), 237-241.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florezano, R., Cruz, C. y Weil, K. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41, 103-109.
- Galambos, N. L. & Almeida, D. M. (1992). Does parent-adolescent conflict increase in early adolescence? *Journal of Marriage and the Family*, 54, 737-747.
- Galambos, N. L., Barker, E. T. & Tilton-Weaver, L. C. (2003). Who gets caught at maturity gap? A study of pseudomature, immature, and mature adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 253-263.
- Galambos, N.L., Kolaric, G.S., Sears, H.A. & Maggs, J.L. (1999). Adolescents subjective age: An indicator of perceived maturity. *Journal of Research on Adolescence*, 9(3), 309-337.
- Galambos, N. L. & Tilton-Weaver, L. C. (2000). Adolescents' psychosocial maturity, problem behavior and subjective age: in search of the adultoid. *Applied Developmental Science*, 4, 178-192.
- Galambos, N.L., Mac Donald Stuart, W.S., Naphtali, C., Cohen A.L. & M. de Frías, C. (2005). Cognitive performance differentiates selected aspects of

- psychosocial maturity in adolescence. *Developmental Neuropsychology*, 28(1), 473-492.
- Galambos, N. L., Turner, P. K. & Tilton-Weaver, L. C. (2005). Chronological and Subjective Age in Emerging Adulthood: The Crossover Effect. *Journal of Adolescent Research*, 20, 538-556.
- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after the traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 32, 11-19.
- García, R. R., Cortes, A. A., Vila, A. L., Hernández, S. M. y Musquia, V. A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1), 1-7.
- García-Viniegras, V. y Carmen, R. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 88-97.
- Gayet, C. y Solís, P. (2007). Sexualidad saludable de los adolescentes: la necesidad de políticas basadas en evidencias. *Salud Pública de México*, 49, 47-51.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldenberg, R. L. & Klerman, L. V. (1995). Adolescent Pregnancy-Another Look. *The New England Journal of Medicine*, 332, 1161-1162.
- Gómez, E. M., Morales-Carmona, F., Aretia, P. A. y Gutiérrez, E. (1990). Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 58, 112-116.

- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M. y Olaiz-Fernández, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud pública de México*, 47(3), 209-218.
- Gordon, C. P. (1996). Adolescent decision making: a broadly based theory and its application to prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 31, 651-584.
- Greenberger, E. & Sorensen, A. B. (1974). Toward a concept of psychosocial maturity. *Journal of Youth and Adolescence*, 3, 329-358.
- Greenberger, E. & Steinberg, L. (1986). *When Teenager Work: the psychological and social cost of adolescent employment*. New York: Basic Books.
- Grunseit, A. & Kippax, S. (1993). *Effects of sex education on young people's sexual behavior*. Ginebra: OMS.
- Guijarro, S., Naranjo, J., Padilla, M., Gutiérrez, R., Lammers, C. & Blum, R. W. (1999). Familial Risk Factors Associated With Adolescent Pregnancy : Study Of A Group Of Adolescent Girls And Their Families In Ecuador. *Journal Of Adolescent Health*, 25, 166-172.
- Guiot D.(2001). Antecedents of Subjective Age Biases Among Senior Women. *Psychology & Marketing*, 1049, 10-18.
- Haffner, D. W., (1995). *Facing Facts: Sexual Health For America's Adolescents: The Report Of The National Commission On Adolescent Sexual Health*. New York: Sexuality Information And Education Council Of The United States.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, 33, 176-187.

- Herbst, M., Mercer, B. & Beazley, D. (2003). Relationship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth-weight infants. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189, 930-933.
- Hirschi, T. & Hindelang, M. J. (1977). Intelligence and delinquency: A revisionist review. *American Sociological Review*, 42, 571-587.
- Horn, J. L. (1968). Organization of abilities and the development of intelligence. *Psychological Review*, 75, 242-259.
- Horn, J. L. (1985). Remodeling old models of intelligence. En B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of intelligence: Theories, measurement and applications* (pp. 267-300). Wiley-Interscience.
- Horn, J. L. (1988). Thinking about human abilities. En J. R. Nesselroade y R. B. Cattell (Eds.), *Handbooks of multivariate experimental psychology* (pp. 645-685). New York: Plenum.
- Horn, J. L. (1991). Measurement of intelligence capabilities: A review of theory. En K. S. McGrew, J. K. Weder y R. W. Woodcock (Eds.), *Woodcock-Johnson technical manual* (pp. 197-232). Itasca, IL: Riverside.
- Horn, J. L. & Cattell, R. B. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 57, 253-270.
- Horn, J. L. & Noll, J. (1997). Human cognitive capabilities: Gf-Gc theory. En D. P. Flanagan, J. L. Genshaft y P.L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (pp. 53-91). New York: Guilford Press.
- Huble, A. M. & Hultsch, D. F. (1994). The relationship of personality trait variables to subjective age identity in older adults. *Research on Aging*, 16, 415-439.

- Hueston, W. J., Geesey M. E. & Diaz, V. (2008). Prenatal Care Initiation Among Pregnant Teens in the United States: An Analysis Over 25 Years. *Journal of Adolescent Health, 44*, 243-248.
- Hulton, L. J. (2001). Adolescent sexual decision-making: An integrative review. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing, 8*, 48-60.
- Hurrelmann, K. & Egel, U. (1989). *The Social World of Adolescents: International Perspectives*. Berlin: W. de. Gruyter.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1997). *Encuesta nacional demográfica 1997*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000a). *Censo Nacional De Población y Vivienda 2000*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000b). *Encuesta nacional de la juventud*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Conteos de población y vivienda 2005*. México: INEGI.
- Jacobs, J. E. & Klaczynski, P. A. (2002). The development of judgment and decision making during childhood and adolescence. *Current Directions In Psychological Science, 11*, 145-149.
- Jessor, R. (1992). Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review, 12*, 374-390.
- Jones, C. J. & Meredith, W. (2000). Developmental paths of psychological health from early adolescence to later adulthood. *Psychology and Aging, 15*(2), 351-360.

- Kably Ambe, A., Mar de la Rosa, J. M., Orozco Herrera, M. T. y Alvarado Durán, A. (1982). Embarazo en adolescentes. Análisis de 500 casos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 50(303), 179-182.
- Kail, R. (2000). Speed of information processing: developmental change and links to intelligence. *Journal of School Psychology*, 38(1), 51-62.
- Kail, R. & Hall, L. K. (1994). Processing speed, naming speed, and reading. *Developmental Psychology*, 30(6), 949-954.
- Kail, R. & Salhouse, T. A. (1994). Processing speed as mental capacity. *Acta Psychologica*, 86, 199-225.
- Kaiser, M. M. & Hays, B. J. (2004) The adolescent prenatal questionnaire: assessing psychosocial factors that influence transition to motherhood. *Health Care For Women International*, 25, 5-19.
- Klein, A. (2008). Adolescents without Adolescent: Reflections On Adolescent Formation Of Subjectivity And Their Families In A Neoliberal Context. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 464-479.
- Klenberg, L., Korkman, M. & Lahti-Nuutila, P. (2001). Differential development of attention and executive functions in 3- to 12-year-old Finnish children. *Developmental Neuropsychology*, 20, 407-428.
- Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (2003). *Fundamentals in human neuropsychology*. New York: Worth.
- Lagana, L. (1999) Psychosocial Correlates Of Contraceptive Practices During Late Adolescence. *Adolescence*, 34, 463-482.
- LaVern Bishop, T. (2002). Abstinence from vaginal intercourse among black adolescent females as a means of pregnancy prevention. (Tesis doctoral) Faculties of the University of Pennsylvania.

- Leichtentritt, R. D., Blumenthal, N., Elyai, A. & Rotmensch, S. (2005). High-risk pregnancy and hospitalization: the woman's voices. *Health & Social Work, 30*, 39-45.
- León, F. G. y Lupiani, G. J. (2003). Problemas psicosociales del embarazo y la maternidad adolescente. *Revista Iberoamericana de Fertilidad, 20(2)*, 119-124.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lira, P. J., Oviedo, C. H., Simón, P. L., Dib, S. C., Grosso, E. J., Ibargüengoitia, O. F. y Ahued, A. R. (2006). Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México, 74*, 241-246.
- Lynam, D., Moffitt, T. & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relation between IQ and delinquency: Class, race, test motivation, school failure, or self-control? *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 187–196.
- Makowska, Z., Merecz, D., Moscicka, A. & Kolasa, W. (2002). The validity of General Health Questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28 in mentalhealth studies of working people. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 15(4)*, 353-362.
- Mancilla Gómez, B. E. (2001) *Análisis y/o comprobación de la teoría de Peter Blou en una población mexicana* (Tesis de maestría). UNAM: México, D. F.
- Marin, B., Coyle, K., Gomez, C., Carvajal, S. & Kirby, D. (2000). Older boyfriends and girlfriends increase risk of sexual initiation in young adolescents. *Journal of Adolescent Health, 27(6)*, 409–418.
- Markides, K. S. & Boldt, J. S. (1983). Change in subjective age among the elderly: a longitudinal analysis. *The Gerontologist, 23*, 422-527.

- Martin, J.A., Park, M.M. & Button, P. D. (2002). Births: Preliminary Data for 2001. *National Vital Statistics Report*, 50(10), 1-20.
- McKenna, M. C.& Layton, K. (1990). Concurrent validity of doze as a measure of intersentential comprehension. *Journal of Educational Psychology*, 82(2), 372-377.
- Menkes B. C. y Suárez L. L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 35,1-31.
- Michels, T. M., Kropp, R. Y., Eyre, S. L. & Halpern-Felsher, B. L. (2005). Initiating Sexual Experiences: How Do Young Adolescents Make Decisions Regarding Early Sexual Activity? *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 583-607.
- Miller, L., Gur, M., Shanok, A. & Weissman, M. (2008). Interpersonal psychotherapy with pregnant adolescents: two pilot studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49,(7), 733-742.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Moffitt, T. E.& Silva, P. A. (1988). Neuropsychological deficit and self-reported delinquency in an unselected birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 233–240.
- Molina, M., Salinas, M., Fernández, G., Pérez, R. & Ferrada, C. (1997). El embarazo en la adolescencia. *Revista de Ciencia y Salud*, 1, 25-29.
- Montepare, J. M. (1996). An assessment of adults' perceptions of their psychological, physical and social ages. *Journal of Clinical Geropsychology*, 2, 117-128.

- Montepare, J. M., & Clements, A. E. (2001). "Age schemas": Guides to processing information about the self. *Journal of Adult Development*, 8, 99-108.
- Montepare, J. M. & Lachman, M. E. (1989). "You're only as you feel": self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4, 73-78.
- Montepare, J. M., Rierdan, J., Koff, E. & Stubbs, M. (1989, mayo). The impact of biological events on females' subjective age identities. En *Eighth Meeting of the Society for Menstrual Cycle Research*, Salt Lake City, UT.
- Moore, M. R. (2001). Family environment and adolescent sexual debut in alternative household structures. En R. T. Michael (Ed.), *Social awakening: Adolescents behavior as adulthood approaches* (pp 109 136). New York: Rusell Sage Foundation.
- Morales-Carmona, F. y Díaz-Franco, E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 14(3), 1176-182.
- Morales-Carmona F, Luque-Coqui M, Barroso-Aguirre J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos gineco-obstétricos. *Ginecol Obstet Mex* 4: 157-62.
- Morales, C. F., Pimentel, N. D., Sánchez, B. C. y Henales, A. C. (2008). Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(6), 313-318.
- Morales, C. F., Díaz, F. E., Espíndola, H. G., Henales, A. C., Meza, R. P., Mota, G. C. y Pimentel, N. D. (2004). Concepto de Salud Psicológica. En *Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas* (pp. 49-61). México: Manual Moderno: 49-61.

- Mroczek, D. K. & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- Muñoz, B., Berger, C. y Aracena, M. (2001). Una perspectiva integradora de embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10, 21-34.
- Newcomb, M. D. & Bentler, P. M. (1988). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Newbury Park, CA: Sage.
- Newstead, S. E., Thompson, V. & Handley, S, J.(2002). Generating alternatives: A key component in human reasoning? *Memory and Cognition*, 30(1), 129-137.
- Pérez de la Barrera, C., Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Internacional de Psicología*, 40(3) 333-340.
- Perlow, R., Jattuso, M. & Moore, D. D. (1997). Role of verbal working memory in complex skill acquisition. *Human Performance*, 10(3), 283-302.
- Peterson, C. (1996). *Looking Forward through the Lifespan: Developmental Psychology*. Sydney, Australia: Prentice-Hall.
- Philibert, C. & Weil, G.(1998). *Accompagner l'adolescence. Du projet de l'élève au projet de vie*. Paris: Editions de la Chronique Sociale.
- Phipps, M. G., Rosengard, C., Weitzen, S., Meers, A. & Billinkoff, Z. (2008). Age Group Differences among Pregnant Adolescents: Sexual Behavior, Health Habits and Contraceptive use. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 21, 9-15.

- Poggenpoel, M. & Myburgh, C.P.H. (2006). The developmental implications of a termination of pregnancy on adolescents with reference to the girl and her partner. *Education*, 122(4), 731-741.
- Portella, D. L., De Arruda, M. y Cossio-Bolanos, M. A. (2011). Valoración del rendimiento físico de jóvenes futbolistas en función de la edad cronológica. *Apunts: Educación Física y Deportes*. 106(4), 42-49.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Real Academia Española.
- Ravert, A. & Martín, J. (1997). Family Stress, Perception of Pregnancy, and Age of First Menarche among Pregnant. *Adolescence*, 32(126), 261-269.
- Ridgeway, V. (1995). The use of cloze as a measure of the interactive use of prior knowledge and comprehension strategies. En W. M. Linek y E. G. Sturtevant (Eds.), *Generations of literacy: the seventeenth yearbook of the college reading association* (pp. 26-34). Commerce, TX: East Texas State University.
- Sánchez-Bravo, C., Morales-Carmona, F., Carreño, M. J. y Cuenca, V. J. (2007). Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 15(1), 60-67.
- Satin, A. J., Leveno, K. J., Sherman, M. I., Reedy, N. J., Lowe, T. W. & McIntire, D. D. (1994). Maternal Youth and Pregnancy Outcomes: Middle School Versus High School Age Groups Compared With Women beyond The Teen Years. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 171, 184-187.
- Settersten, R. A. & Mayer, K. U. (1997). The measurement of age, age structuring, and the life course. *Annual Review of Sociology*, 23, 233-261.
- Short J. & Slusher I. (1994). Adolescent Pregnancy. *Kentucky Nurse*, 42(3), 36-37.

- Sperman, C. (1904). "General intelligence" Objectively determined and measure. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. New York: Oxford University Press.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1990). *Pubertal maturation in female development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Swanson, H. L. (1996). Individual and age-related differences In children's working memory. *Memory & Cognition*, 24(1), 70-82.
- Szasz, I. (1995). Sexualidad y la salud reproductiva. *Demos. Carta demografica sobre México*, 8.
- Trad, V. P. (1999). Assessing the Patterns that Prevent Teenage Pregnancy. *Adolescence*, 34(133), 221-240.
- Turner, P. K., Runtz.M. G.& Galambos, N. L. (1999). Sexual abuse, pubertal timing, and subjective age in adolescents girls: a researche note. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*,17, 111-118.
- Valdespino, J. L., Plaiz, G., López-Barajas, M. P., Mendoza, L., Palma, O., y Velazquez, O. (2003).. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional De Salud Pública.
- Wechsler, D. (1939). *Wechsler-Bellevue intelligence scale*. New York: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence* (3^{ed} ed.) Baltimore: Williams &Wilkins.
- Wechsler, D. (1991). *The Wechsler intelligence scale for children-third edition*. San Antonio, TX The Psychological Corporation.

- Welti, C. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de población*, 26, 43-87.
- White, J. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Bartusch, D. J., Needles, D. J. & Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 192-205.
- Zacarés Gonzalez, J.J. y Serra Desfilis, E. (1996). Creencias sobre madurez psicológica y desarrollo adulto. *Anales de psicología*, 12(1), 41-60.
- Zebrowitz, L. A. & Montepare, J. M. (2000). "Too young, too old": Stigmatizing adolescents and elders. En T.Heatherton, P. Kleck y J. H. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 334–373). New York: Guilford Press.
- Zelazo, P. D., Müller, U., Frye, D. & Marcovitch, S. (2003). The development of executive function in early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 68(3).

Anexos

TEXTO INFORMATIVO

Responsable del proyecto:

Mtro. Edgar Cuauhtémoc Díaz Franco.

Proyecto de investigación:

“Madurez y recursos psicológicos predictores del malestar en el embarazo y la maternidad adolescente”

Propósito: la presente es una invitación para que participes en una investigación que pretende buscar un modelo explicativo que permita reconocer, tanto los factores de asociados como los factores protectores del malestar psicológico durante el embarazo y la maternidad en adolescente. Los resultados de esta investigación contribuirán a la generación de estrategias de intervención más eficaces para dar asistencia psicológica a adolescentes que presenten malestar psicológico en el embarazo y la maternidad. Además los resultados contribuirán a tener un mayor conocimiento sobre el embarazo y la maternidad durante la adolescencia.

Metodología: Esta investigación estará constituida por pacientes adolescentes que acuden al Instituto Naciones de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” para su atención médica durante el embarazo. Consiste en la aplicación de varios cuestionarios que de manera individual debe de contestar la paciente adolescente al ingreso al Instituto y entre el tercer y sexto mes de haber nacido su hijo. Toda lo que se responda en los cuestionarios es confidencial y será utilizado únicamente para fines de investigación. Los cuestionarios son los siguientes: una ficha de identificación, una escala de edad subjetiva, una escala de actitudes de independencia psicológica en adolescentes, una escala que evalúa la percepción de la relación con el padre, la madre y la pareja, y una escala que evalúa los recursos cognitivos en tres áreas (comprensión verbal, memoria de trabajo, y velocidad de procesamiento).

Riesgos: No existe ningún riesgo en la aplicación de estos instrumentos. Si esto te provoca algún tipo de malestar psicológico, puedes acudir con el psicólogo responsable del estudio para hablar de ello y recibir atención psicológica si tú y el psicólogo lo creen conveniente y necesario para mejorar la atención institucional.

Beneficios: Los beneficios por participar en este protocolo serán la atención psicológica en el Departamento de Psicológica en le programa de Embarazo Adolescente en el caso de que la paciente lo requiera durante su atención médica en el Instituto.

Costos financieros: la participación en el protocolo de investigación no tendrá ningún costo para la paciente.

Alternativas: Estas libre de negarte a participar en el estudio (aun y cuando ya hayas firmado la carta de consentimiento informado) sin que esto tenga ninguna repercusión en tu atención médica o psicológica, si la requieres se te dará la atención psicológica con los

mismos procedimientos terapéuticos a los que tiene derecho cualquier paciente de la institución.

Confidencialidad: todos los datos que se obtengan de esta investigación serán confidenciales y solo tendrán acceso a ellos los investigadores que participan en esta investigación, el resto del equipo médico no los conocerá. Los datos se manejarán por número de folio con fines únicamente de investigación, teniendo la opción de ser destruido en tu presencia si así lo crees conveniente.

Información adicional: durante la aplicación de los cuestionarios puedes hacer las preguntas que desees o aclarar tus dudas.

Cualquier duda o aclaración dirigirse a:

Mtro. Edgar Cuauhtémoc Díaz Franco, investigador principal, al teléfono 55 20 99 00 ext. 147 o acudir personalmente al departamento de psicología en el primer piso de la torre de investigación del instituto.

	SI	NO
Me queda claro que mi participación es voluntaria.		
Me quedo clara la explicación de los objetivos de la investigación.		
Me queda claro que se aplicarán instrumentos psicológicos.		
Estoy consciente que en cualquier momento puedo retirarme del estudio y no tendrá consecuencias mi atención médica.		
Entiendo que en caso de requerir tratamiento psicológico este no tendrá ningún costo a lo largo de mi atención en la institución		

TEXTO DECLARATORIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____
(Nombre del participante o de su representante legal)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar (en que participe mi representado cuyo nombre aparece abajo) en esta investigación cuyo objetivo, procedimientos, beneficios, y riesgos se especifican en el TEXTO INFORMATIVO de este documento.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación.

Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se me proporcione, se vea afectada por este hecho.

En el caso que yo decida retirarlo, deberán seguir las siguientes indicaciones:

1) Comunicarme con el investigador principal, Mtro. Edgar Cuauhtémoc Díaz Franco al teléfono 55 20 99 00 ext. 147 o acudir personalmente al Departamento de Psicología, en el primer piso de la Torre de Investigación del propio Instituto.

2) De ser posible exponer las razones de su decisión.

Se me ha informado que el participar en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica que se me deba brindar y que toda la información que se otorgue sobre mi (su) identidad y participación será confidencial, excepto cuando yo lo autorice.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto al investigador que me informó y dos testigos, conservando una copia de a) Consentimiento informado e b) Información proporcionada para obtener mi autorización.

México D.F. a _____ de _____ de _____.

NOMBRE

FIRMA

PARTICIPANTE:

REPRESENTANTE:

INVESTIGADOR:

TESTIGO 1: _____

TESTIGO 2: _____

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR

YO _____
(Nombre del padre o tutor legal)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en que participe mi hija (o representada) _____ en esta investigación cuyo objetivo, procedimientos, beneficios, y riesgos se especifican en el TEXTO INFORMATIVO.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar el presente, no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación.

Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se proporcione a mi hija (o representada) se vea afectada por este hecho.

En el caso que yo decida retirarlo, seguiré estas indicaciones:

- 1) Comunicarme con el investigador principal, Mtro. Edgar Cuauhtémoc Díaz Franco al teléfono 55 20 99 00 ext. 147 o acudir personalmente al Departamento de Psicología, en el primer piso de la Torre de Investigación del propio Instituto.
- 2) De ser posible exponer las razones de mi decisión.

Se me ha informado que participar en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica y que toda la información será manejada de forma estrictamente confidencial.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto al investigador que me informó.

México D.F. a _____ de _____ de _____.

NOMBRE

FIRMA

Cuestionario de Edad subjetiva.

Instrucciones: Las siguientes cinco preguntas pretenden conocer cuál es la percepción que tienes con relación a tu edad cronológica. No hay respuestas buenas o malas, por favor contesta las preguntas con toda franqueza, marcando con una "X" la opción que mejor exprese tu percepción.

1. ¿Comparada con la mayoría de la gente de mi edad, la mayor parte del tiempo me siento...?

Mucho más chica que mi edad	Más chica que mi edad	Un poco más chica que mi edad	De la edad que soy	Un poco más grande de mi edad	Más grande de mi edad	Mucho más grande de mi edad

2. ¿Comparada con la mayoría de gente de mi edad, la mayor parte del tiempo me veo (parezco)...?

Mucho más chica que mi edad	Más chica que mi edad	Un poco más chica que mi edad	De la edad que soy	Un poco más grande de mi edad	Más grande de mi edad	Mucho más grande de mi edad

3. ¿Mis intereses y actividades se parecen más a gente que es ...?

Mucho más chica que mi edad	Más chica que mi edad	Un poco más chica que mi edad	De la edad que soy	Un poco más grande de mi edad	Más grande de mi edad	Mucho más grande de mi edad

4. ¿Mis amigas se comportan hacia mí como si yo fuera...?

Mucho más chica que mi edad	Más chica que mi edad	Un poco más chica que mi edad	De la edad que soy	Un poco más grande de mi edad	Más grande de mi edad	Mucho más grande de mi edad

5. ¿Mis amigos se comportan hacia mí como si yo fuera ...?

Mucho más chica que mi edad	Más chica que mi edad	Un poco más chica que mi edad	De la edad que soy	Un poco más grande de mi edad	Más grande de mi edad	Mucho más grande de mi edad

Cuestionario de la percepción de las relaciones con el padre, la madre y la pareja.

Instrucciones: Las siguientes tres preguntas pretenden conocer cuál es la percepción que tienes con respecto a la relación que tienes con; tu padre, tu madre y tu pareja. No hay respuestas buenas o malas, por favor contesta las preguntas con toda franqueza, marcando con una "X" la opción que mejor exprese tu percepción.

1. ¿Percibo que las relaciones de afecto con mi padre son...?

Muy malas	Malas	Regulares	Buenas	Muy buenas

2. ¿Percibo que las relaciones de afecto con mi madre son...?

Muy malas	Malas	Regulares	Buenas	Muy buenas

3. ¿Percibo que las relaciones de afecto con mi pareja son...?.

Muy malas	Malas	Regulares	Buenas	Muy buenas

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE INDEPENDENCIA PSICOLÓGICA DEL ADOLESCENTE

Autora: LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ

INSTRUCCIONES

Este cuestionario pretende conocer tu opinión acerca de situaciones cotidianas; es completamente anónimo. La información obtenida se usara exclusivamente con fines de investigación. No hay respuestas ni buenas ni malas; por favor contesta las preguntas con toda franqueza, marcando con una “X”

1. Prefiero ir a pasear con mis amigos que con mis papás

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

5. Me gusta ir a fiestas o reuniones con mis compañeras(os) de escuela y amigas(os)

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

6. Prefiero mentir en mi casa, que decirles que reprobé un examen

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

11. Me gusta platicar con los demás

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

15. Prefiero estar sola(o) que acompañada(o)

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

18. Tengo novia (o) o he tenido novia (o)

Si	No

19. Prefiero irme sin permiso a pasear aunque al regresar me regañen mis papás

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

21. Me gusta tratar con gente que no sea de mi familia

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

24. Me gusta ir a fiestas y bailar con mis amigas (os)

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

25. Me gustan las familias donde cada quien hace lo que quiere y nadie los regaña

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

31. Cuando tengo algún problema personal sé que hacer

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

32. Me gusta acariciarme el cuerpo cuando estoy sola(o)

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

34. He reprobado

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

35. Aunque no estoy de acuerdo hago cosas que me dicen mis amigas (os) para que no me dejen de hablar

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

37. Le oculto las cosas a mi mamá cuando sé que no le van a gustar

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

39. Tengo varias amistades tanto hombres como mujeres

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

40. Hago cosas que mis papás no aprueban

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

41. Me gusta pasarla bien, aunque después me regañen: “nadie me quita lo bailado”.

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

42. Prefiero ir al cine con mis amigas(os) que con mi familia

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

43. Mis decisiones me meten en problemas

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

45. Prefiero salir a la calle con mis amigas(os) que quedarme en casa

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

48. Me siento muy a gusto cuando estoy con mis amigos (as)

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

57. Hago fácilmente amistades

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

60. Conservo amistades desde hace años

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

61. Para salir les pido permiso a mis papás

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

Recursos cognitivos. Comprensión verbal (Semejanzas, Vocabulario, Comprensión, Información, Palabras en contexto),

Semejanzas (SE)

Instrucciones: ahora voy a decir dos palabras y te preguntaré en que se parecen

1. ¿en que se parecen la LECHE y el AGUA?
2. ¿en que se parecen una PLUMA y un LÁPIZ?
3. ¿en que se parecen un GATO y un RATÓN?
4. ¿en que se parecen una MANZANA y un PLÁTANO?
5. ¿en que se parecen una CAMISA y un ZAPATO?
6. ¿en que se parecen el INVIERNO y el VERANO?
7. ¿en que se parecen una MARIPOSA y una ABEJA?
8. ¿en que se parecen la MADERA y los LADRILLOS?
9. ¿en que se parecen el ENOJO y la ALEGRÍA?
10. ¿en que se parecen un POETA y un PINTOR?
11. ¿en que se parecen una PINTURA y una ESTATUA?
12. ¿en que se parecen una MONTAÑA y un LAGO?
13. ¿en que se parecen el HIELO y el VAPOR?
14. ¿en que se parecen un CODO y una RODILLA?
15. ¿en que se parecen una MUECA y una SONRISA?
16. ¿en que se parecen una INUNDACIÓN y una SEQUÍA?
17. ¿en que se parecen el PRIMERO y el ÚLTIMO?
18. ¿en que se parecen el HULE y el PAPEL?

19. ¿en que se parecen el PERMISO y la PROHIBICIÓN?
20. ¿en que se parecen la SAL y el AGUA?
21. ¿en que se parecen la VENGANZA y el PERDÓN?
22. ¿en que se parecen la REALIDAD y la FANTASÍA?
23. ¿en que se parecen el ESPACIO y el TIEMPO?

Vocabulario (VB)

Instrucciones: voy a decir algunas palabras. Escucha con cuidado y dime que significa cada una de ellas. (iniciar en el reactivo 9 en edades de 12 a 16 años)

9. ¿Qué es un SOMBRERO?
10. ¿Qué quiere decir VALIENTE?
11. ¿Qué quiere decir OBEDECER?
12. ¿Qué es una BICICLETA?
13. ¿Qué quiere decir ANTIGUO?
14. ¿Qué quiere decir ABECEDARIO/ALFABETO?
15. ¿Qué quiere decir REMEDIAR?
16. ¿Qué es una FÁBULA?
17. ¿Qué quiere decir EMIGRAR?
18. ¿Qué es una ISLA?
19. ¿Qué quiere decir ABSORBER?
20. ¿Qué significa SALIR?
21. ¿Qué quiere decir TRANSPARENTE?
22. ¿Qué quiere decir MOLESTIA?
23. ¿Qué quiere decir RARAMENTE?

24. ¿Qué quiere decir PRECISO?
25. ¿Qué quiere decir OBLIGAR?
26. ¿Qué quiere decir RIVALIDAD?
27. ¿Qué quiere decir DISPARATE?
28. ¿Qué quiere decir PREVISIÓN?
29. ¿Qué quiere decir AFLICCIÓN?
30. ¿Qué quiere decir ARDUO?
31. ¿Qué quiere decir UNÁNIME?
32. ¿Qué quiere decir DILATORIO?
33. ¿Qué quiere decir ENMIENDA?
34. ¿Qué quiere decir INMINENTE?
35. ¿Qué quiere decir ABERRACIÓN?
36. ¿Qué quiere decir LOCUAZ?

COMPRENSIÓN (CM)

Instrucciones: ahora voy a hacerte unas preguntas y quisiera que me dijeras las respuestas. (En edades de 12 a 16 años iniciar con el reactivo 5)

5. ¿Qué se supone que deberías de hacer si te encuentras la cartera o bolsa de una persona en una tienda?
6. ¿Qué deberías hacer si ves que está saliendo mucho humo por la ventana de la casa de tu vecino?
7. ¿Qué debes hacer si un niño o niña mucho más pequeño que tú empieza a pelear contigo?
8. ¿Cuáles son algunas ventajas de tener bibliotecas públicas?

9. ¿Por qué es importante que el gobierno inspeccione la carne antes de que la vendan?
10. ¿Cuáles son las ventajas de hacer ejercicio y mantenerse activo?
11. ¿Por qué es importante disculparse cuando sabes que heriste o lastimaste a alguien?
12. Dime algunas razones por las que debes apagar las luces cuando nadie las está usando
13. ¿Por qué es importante dar derechos de autor a los escritores por sus libros y patentes a los inventores por sus creaciones?
14. ¿Por qué se debe cumplir una promesa?
15. ¿Por qué los médicos deben tomar clases adicionales después de haber practicado su profesión durante algún tiempo?
16. Dime algunas ventajas de leer las noticias en un periódico en lugar de verlas en la televisión
17. ¿Por qué es importante la libertad de expresión en una democracia?
18. ¿Por qué es importante impedir que sólo una compañía sea la propietaria de todos los periódicos y las estaciones de radio y televisión en una misma ciudad?
19. ¿Por qué ponemos estampillas en las cartas?
20. ¿Por qué los medios de comunicación (como televisión, radio e internet) pueden ser una amenaza para las dictaduras?
21. ¿Cuáles son algunos de los problemas asociados con los cambios rápidos en ciencia y tecnología?

Información (IN)

Instrucciones: voy a hacerte algunas preguntas y quisiera que me dijeras las respuestas. (En edades de 12 A 16 años iniciar con el reactivo 12)

12. ¿Cuántos días hay en un año?
13. ¿Quién fue Cristóbal Colón?
14. ¿Cuáles son las cuatro estaciones del año?
15. ¿Cuántas cosas forman una docena?
16. ¿Qué hace el estómago?
17. ¿Cuál mes tiene un día adicional cada cuatro años?
18. ¿Qué es un fósil?
19. ¿Qué es la capa de ozono?
20. ¿Cómo regresa el oxígeno al aire?
21. ¿Qué son los jeroglíficos?
22. ¿Cuál país en el mundo tiene la población más grande?
23. ¿Cuál es la capital de Grecia?
24. ¿Por qué se oxida el hierro?
25. ¿Qué hace que las hojas de las plantas sean verdes?
26. ¿Quién fue Charles Darwin?
27. ¿De qué están hechos los diamantes?
28. ¿Quién fue Confucio?
29. ¿Qué es el solsticio de invierno?
30. ¿Qué es un barómetro?
31. ¿Qué es la fisión nuclear?
32. ¿Qué distancia hay entre la ciudad de México y la ciudad de Nueva York?
33. ¿De dónde se obtiene la resina natural?

Palabras en contexto/pistas (PC)

Instrucciones: vamos a jugar un juego de adivinanzas. Dime en que estoy pensando

(En edades de 12 A 16 años iniciar con el reactivo 5)

5. I. Se pone en la cabeza para protegerse del frio o del sol
6. I. Tiene una perilla o picaporte y la gente puede abrirla para pasar
7. I. Mezcla de tierra con la lluvia... II. Y puedes manchar con esto tu ropa o el piso
8. I. Tiene cosas del pasado o antiguas... II. Y en ese lugar se exhiben cosas interesantes
9. I. liquido de colores... II. Y se usa para poner en las paredes
10. I. Esta es una habitación donde la gente duerme
11. I. Proviene de los charcos/ estanques en la costa del mar... II. Y es útil para (aderezar, condimentar, sazonar) los alimentos
12. I Nacen al pie de las montañas... II. Y por lo general desembocan en el océano
13. I. Son los responsables de que tu cuerpo funciones... II. Y algunos de ellos se pueden trasplantar
14. I. Conduce a nuevos descubrimientos... II. Y comprende un proceso con una serie de pasos... III. Y puede incluir experimentos.
15. I. Facilita la convivencia de las personas que son diferentes... II. Se rompe cuando hay conflictos sociales... III. Y es algo que la ONU y muchos gobiernos tratan de mantener.
16. I. son normas que debe respetar el ciudadano... II. Y están escritas con el fin de proteger a la sociedad.

17. I. La gente lo hace para arreglar edificios viejos... II. Y se hace para devolver el aspecto original a algo.

18. I. No se detiene... II. No se toca... III. Y se puede medir.

19. I. Es un permiso oficial... II. Por lo general lo otorga una autoridad... III. Y puede ser que hagas un examen para obtenerlo.

20. I. Lo festejas... II. Aumenta cada año... III. Y te hace más grande

21. I. nunca se ha visto... II. Mejora nuestras vidas... III. Y puede provocar que la gente gane premios.

22. I. Este es un lugar... II. Y te protege de los cambios de clima... III. Y se halla dentro de otra cosa.

23. I. Puede ser un río... II. Y las guerras pueden cambiarlo... III. Y dos países pueden compartirlo.

24. I. Ha pasado... II. Y se puede contar... III. Y otorga lecciones a la gente.

Memoria de trabajo. (Retención de dígitos, Sucesión de números y letras, Aritmética)

Retención de dígitos

Dígitos en orden directo.

Instrucciones: voy a decir algunos números. Escucha con cuidado y cuando haya terminado, repítelos después de mí. Simplemente repite lo que yo diga.

Reactivo	Ensayo 1	Ensayo 2
1	2-9	4-6
2	3-8-6	6-1-2
3	3-4-1-7	6-1-5-8
4	5-2-1-8-6	8-4-2-3-9
5	3-8-9-1-7-4	7-9-6-4-8-3
6	5-1-7-4-2-3-8	9-8-5-2-1-6-3
7	1-8-4-5-9-7-6-3	2-9-7-6-3-1-5-4
8	5-3-8-7-1-2-4-6-9	4-2-6-9-1-7-8-3-5

Dígitos en orden inverso.

Instrucciones: ahora voy a decir algunos números más, pero en esta ocasión, cuando me detenga quiero que los repitas al revés. Si yo digo 8-2, ¿Qué dirías tú?

Reactivo	Ensayo 1	Ensayo 2
1	2-1	1-3
2	3-5	6-4
3	2-5-9	5-7-4
4	8-4-9-3	7-2-9-6
5	4-1-3-5-7	9-7-8-5-2
6	1-6-5-3-9-8	3-6-7-1-9-4
7	8-5-9-2-3-4-6	4-5-7-9-2-8-1
8	6-9-1-7-3-2-5—8	8-1-7-9-5-4-8-2

Sucesión de números y letras (NL)

Instrucciones: ahora voy a decir un grupo de números y letras. Después de que yo los diga, quiero que me digas primero los números, en orden, comenzando con el número más pequeño. Después, dime las letras en orden alfabético. Por ejemplo, si yo digo A-1, tú debes decir 1-A. el número va primero y después la letra.

Reactivo		Ensayo	Respuesta correcta	
1	1	A-3	3-A	A-3
	2	B-1	1-B	B-1
	3	2-C	2-C	C-2
2	1	C-4	4-C	C-4
	2	5-E	5-E	E-5
	3	D-3	3-D	D-3
3	1	B-1-2	1-2-B	B-1-2
	2	1-3-C	1-3-C	C-1-3
	3	2-A-3	2-3-A	A-2-3
4	1	D-2-9	2-9-D	D-2-9
	2	R-5-B	5-B-R	B-R-5
	3	H-9-K	9-H-K	H-K-9
5	1	3-E-2	2-3-E	E-2-3
	2	9-J-4	4-9-J	J-4-9
	3	B-5-F	5-B-F	B-F-5

6	1	1-C-3-J	1-3-C-J	C-J-1-3
	2	5-A-2-B	2-5-A-B	A-B-2-5
	3	D-8-M-1	1-8-D-M	D-M-1-8
7	1	1-B-3-G-7	1-3-7-B-G	B-G-1-3-7
	2	9-V-1-T-7	1-7-9-T-V	T-V-1-7-9
	3	P-3-J-1-M	1-3-J-M-P	J-M-P-1-3
8	1	1-D-4-E-9-G	1-4-9-D-E-G	D-E-G-1-4-9
	2	H-3-B-4-F-8	3-4-8-B-F-H	B-F-H-3-4-8
	3	7-Q-6-M-3-Z	3-6-7-M-Q-Z	M-Q-Z-3-6-7
9	1	S-3-K-4-Y-1-G	1-3-4-G-K-S-Y	G-K-S-Y-1-3-4
	2	7-S-9-K-1-T-6	1-6-7-9-KS-T	K-S-T-1-6-7-9
	3	L-2-J-6-Q-3-G	2-3-6-G-J-L-Q	G-J-L-Q-2-3-6
10	1	4-B-8-R-1-M-7-H	1-4-7-8-B-H-M-R	B-H-M-R-1-4-7-8
	2	J-2-U-8-A-5-C-4	2-4-5-8-A-C-J-U	A-C-J-U-2-4-5-8
	3	6-L-1-Z-5-H-2-W	1-2-5-6-H-L-W-Z	H-L-W-Z-1-2-5-6

Aritmética (AR)

Instrucciones: ahora te voy a pedir que resuelvas algunos problemas (en edades de 10 a 16 años iniciar con el reactivo 12).

12. Si tienes tres lápices en cada mano, ¿Cuántos lápices tienes en total?

13. tres bicicletas llegan a un parque en donde ya hay 12 bicicletas. ¿Cuántas bicicletas hay en ahora en total en el parque?

14. marcos tenía 8 pelotas y compro 6 más. ¿Cuántas pelotas tiene en total?

15. Francisco ganó 10 calcomanías el lunes y 15 calcomanías el martes.
¿Cuántas calcomanías ganó en total?
16. En un campo hay tres vacas. Otras cuatro llegan al campo y después se van 2 vacas. ¿Cuántas vacas quedan en el campo?
17. Catalina tenía 12 globos y vendió 5. ¿Cuántos globos le quedaron?
18. Juana compró 4 manzanas en una tienda y dos manzanas en otra. ¿Cuántas manzanas tiene en total?
19. Si compras 2 plumas a 40 pesos cada una, ¿Cuánto cambio te regresarán si pagas con 100 pesos?
20. Tomás anotó 17 puntos en un juego y 15 en otro juego. ¿Cuántos puntos anotó en total?
21. Una feria tiene 8 concursos distintos. Si cada concurso concede 3 premios, ¿Cuántos premios en total dan en la feria?
22. En una clase de karate se inscribieron 30 estudiantes. Después de un mes, 11 estudiantes se van de la clase. ¿Cuántos estudiantes quedan en la clase?
23. Rosa compró 3 libros de caricaturas por 2 pesos cada uno y un juguete de 7 pesos. ¿Cuánto cambio le regresarán si paga con un billete de 20 pesos?
24. Laura mira a 8 pájaros posados en la barda, 4 de ellos vuelan y otros dos llegan de visita. ¿Cuántos pájaros observa Laura ahora?
25. Juan tiene el doble de dinero que Sergio. Juan tiene 17 pesos. ¿Cuánto dinero tiene Sergio?
26. Una escuela tiene 25 alumnos en cada salón de clase. Si en total hay 500 alumnos en toda la escuela, ¿Cuántos salones de clase hay?

27. Susana tenía 30 pesos y se gastó la mitad. Unas revistas cuestan 5 pesos cada una ¿Cuántas revistas puede comprar Susana con el dinero que le queda?

28. Una familia maneja un automóvil durante 3 horas, se detuvo a descansar y luego maneja otras 2 horas más. Manejaron un total de 300 kilómetros. ¿Cuál fue la velocidad promedio a la que manejaron?

29. Beatriz compró una carpeta usada por $\frac{2}{3}$ de lo que costaba nueva. Paga 20 pesos. ¿Cuánto dinero costaba la carpeta cuando estaba nueva?

30. La temperatura se elevó 12 grados entre las 4 y las 8 de la mañana. Luego se elevó 9 grados más entre las 8 y las 11 de la mañana. En promedio, ¿Cuántos grados se elevó la temperatura cada hora?

31. Un juego que normalmente cuesta 40 pesos se pone en oferta y se le rebaja 15% durante una venta especial. ¿Cuál es el precio del juego durante la venta especial?

32. Seis personas pueden lavar 40 automóviles en el curso de 4 días. ¿Cuántas personas se necesitarían para lavar 40 coches en medio día?

33. Carlos viene de camino a casa en un vuelo que dura 2 horas. Jaime vive a 150 kilómetros del aeropuerto. Maneja a 60 kilómetros por hora (kph). Si el vuelo de Carlos sale a las 3 de la tarde, ¿a qué hora necesita salir Jaime de su casa para llegar al aeropuerto 30 minutos antes de que llegue Carlos?

34. Diego sale de trabajar 1 hora antes que Victoria. Diego maneja a 40 km/h y Victoria a 60 km/h. si ambos van a la misma dirección, ¿Qué tan adelantada estará Victoria 5 horas después de que Diego sale?

Velocidad de procesamiento (Claves, Búsqueda de símbolos, Registros).

Claves. El niño copia símbolos que están con figuras geométricas o dígitos. Por medio de una clave, el menor dibuja cada símbolo en un su figura o casilla correspondiente con un límite de tiempo específico. Material; protocolo de registro, cuadernillo de respuestas, un lápiz del número 2 sin coma para borrar, cronometro.

Instrucciones: mira estas casillas. Cada una tiene un numero en la parte superior y un signo en especial en la parte de abajo. Cada número tiene su propio signo. Aquí abajo, las casillas tienen números en la parte de arriba pero están vacías en la parte de abajo. Tú tienes que escribir los signos que deben estar en los cuadros vacíos. Detente cuando llegues a la línea.

Búsqueda de símbolos. El niño busca dentro de un grupo símbolos e indica si el modelo estímulo aparecen en el grupo de búsqueda dentro de un tiempo determinado. Material; protocolo de registro, cuadernillo de respuestas, un lápiz del numero 2 sin coma para borrar, cronometro.

Instrucciones: mira estas figuras. Una de estas figuras es la misma que una de las figuras aquí. Esta figura de aquí es la misma que esta figura de aquí entonces marcaré la casilla de SÍ de este modo. Ahora mira estas figuras. Ninguna de las figuras de aquí es la misma que cualesquiera de las figuras que aparecen aquí entonces marcaré la casilla de NO de este modo. Debes marcar la casilla SÍ cuando una de las figuras de aquí sea igual a cualquiera de estas figuras aquí y debes marcar la casilla de NO cuando ninguna de las figuras sea igual.

Registros. El niño busca en una disposición tanto aleatoria como estructurada de dibujos y marca los dibujos estímulo dentro de un límite específico de tiempo.

Material: protocolo de registro, cuadernillo de respuestas, un lápiz rojo sin goma para borrar, cronometro.

Instrucciones: mira esta fila. Todos son animales. Mira esta fila. Tiene animales y otros objetos. Voy a dibujar una línea que cruce cada animal. No voy a marcar ninguna otra cosa que no sea animal. Ahora haz estos de aquí dibuja una línea que cruce cada animal. No dibujes una línea que cruce ningún otro objeto. Así es, ahora ya sabes cómo hacerlos. Cuando te diga que empieces, dibuja una línea que cruce cada animal. Trabaja lo más rápido que puedas sin cometer ningún error. Dime cuando hayas terminado. ¿Estás lista? Adelante.