

86  
2er.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EMBARAZO ADOLESCENTE Y SUS  
IMPLICACIONES EMOCIONALES: UN ESTUDIO  
COMPARATIVO ENTRE ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS CON PAREJA Y SIN PAREJA.

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A  
**MARGARITA DUARTE ARIAS**

DIRECTOR DE TESIS: DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA

MEXICO, D. F.,

MARZO DE 1997



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

El presente trabajo pudo ser posible  
gracias a las facilidades brindadas por  
El Instituto Nacional de Perinatología y a su  
Departamento de Psicología.

Así como a la supervisión y asesoría de:  
Dr. Francisco A. Morales Carmona  
Mtro. Edgar C. Díaz Franco

A mis padres  
Por su apoyo incondicional

A Jorge Carlos  
Por su apoyo, comprensión y paciencia

A Daniela  
Mi dulce hija

## INDICE

### RESUMEN

#### PRIMERA PARTE:

##### MARCO TEORICO

<b>1. ADOLESCENCIA.....</b>	<b>1</b>
Aspectos biológicos de la adolescencia.....	4
Aspectos psicológicos de la adolescencia.....	7
Implicaciones emocionales durante la adolescencia.....	14
Aspectos Psico-socioculturales de la adolescencia.....	17
<b>2. EMBARAZO.....</b>	<b>20</b>
Definición de embarazo.....	20
Aspectos generales del embarazo.....	22
- Características del embarazo por trimestres.....	23
- Síntomas y Signos del embarazo.....	24
Aspectos biomédicos y fisiológicos del embarazo.....	26
Aspectos psicosociales del embarazo.....	28
Aspectos psicológicos del embarazo.....	30
- Implicaciones emocionales en el embarazo.....	37
<b>3. ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....</b>	<b>42</b>
Incidencia del embarazo adolescente.....	43
Causas y Consecuencias del embarazo adolescente.....	45
Las causas del embarazo adolescente.....	46
- Desenso de la edad de la menarquia o inicio temprano de las relaciones sexuales.....	48
- Carencia de información sexual adecuada y prácticas anticonceptivas.....	50
- Aspectos psicosociales.....	54
- Aspectos psicológicos.....	56
Consecuencias del embarazo adolescente.....	58
- Complicaciones en la salud.....	59
- Consecuencias psicosociales.....	62
a) Consecuencias en la relación de pareja y familiar.....	63
b) Consecuencias académicas y laborales.....	64
c) Consecuencias sobre la relación materno-infantil.....	66
Consecuencias psicológicas e implicaciones emocionales.....	69
<b>4. ASPECTOS AFECTIVOS DE ANSIEDAD, DEPRESION Y AUTOCONCEPTO IMPLICADOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....</b>	<b>72</b>
Ansiedad.....	72
Ansiedad y Adolescentes Embarazadas.....	76
Autoconcepto.....	78
Autoconcepto y Adolescentes Embarazadas.....	80
Depresión.....	82
Depresión y Adolescentes Embarazadas.....	85

## **SEGUNDA PARTE:**

### **INVESTIGACION**

<b>1. METODOLOGIA.....</b>	<b>88</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	88
1.2 Hipótesis.....	88
1.2.1. Hipótesis de trabajo.....	88
1.2.2. Hipótesis alternas.....	88
1.2.3. Hipótesis nulas.....	89
1.3. Variables.....	90
1.3.1. Variable independiente.....	90
1.3.2. Variables dependientes.....	91
1.4. Control de variables.....	92
1.5. Diseño de investigación.....	92
1.5.1. Muestras.....	92
1.5.2. Criterios de inclusión.....	93
1.5.3. Criterios de exclusión.....	93
1.6. Escenario.....	93
1.7. Instrumentos.....	93
1.8. Procedimiento.....	96
1.9. Análisis estadístico de datos.....	96
<b>2. RESULTADOS.....</b>	<b>97</b>
<b>3. DISCUSION.....</b>	<b>149</b>
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>160</b>
<b>5. SUGERENCIAS.....</b>	<b>162</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>164</b>

## RESUMEN

En el presente trabajo se hace una revisión detallada con base en la literatura con respecto al embarazo adolescente, lo cual nos lleva a comprender que las causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia, están ampliamente determinadas no solo por el aspecto biológico sino por el contexto social, psicológico y cultural al cual pertenecen las adolescentes. No obstante el embarazo en la adolescencia es un fenómeno concomitante con una etapa de la vida plena de cambios físicos, biológicos y emocionales, que dan lugar por una parte, a una modificación de la gestación, evolución, parto y crianza; y por otra parte, a una inestabilidad emocional adjunta a su inmadurez por lo que presenta riesgos para la relación en la diada madre-hijo, trascendiendo a la familia, sociedad y a la pareja cuando la hay, siendo aun más conflictiva la situación para las adolescentes embarazadas sin pareja.

En el presente trabajo se exploró básicamente si existían diferencias significativas entre los puntajes de ansiedad, depresión y autoconcepto que presentan las adolescentes embarazadas con y sin pareja. Se aplicó a 130 adolescentes embarazadas entre 13 y 17 años de edad que estaban cursando de entre 13 a 42 semanas de gestación de un primer embarazo sin complicaciones médicas, tres instrumentos el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger y Diaz (1975) normalizado por Morales y González (1990), el inventario de autoevaluación de la depresión de Zung (1972), normalizada por González y Morales (1993) y la escala de autoconcepto de Tennessee; asimismo se realizó un registro de variables sociodemográficas, familiares y de uso de métodos anticonceptivos. Se llevó a cabo una Prueba T entre el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja y el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja con los puntajes de las escalas antes mencionadas; una distribución de frecuencias entre el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja y el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja con los puntajes de depresión de Zung; una prueba T entre el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas y el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas, con los puntajes de las escalas de autoconcepto de Tennessee y el inventario de ansiedad rasgo-estado y por último se realizó un Factorial y una correlación de la escala de automedición de la depresión de Zung.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, se aceptan las Hipótesis nulas pues no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de depresión, ansiedad y autoconcepto entre las adolescentes embarazadas con y sin pareja. Lo cual sugiere que no influye de manera determinante en los niveles de los puntajes antes señalados el que las adolescentes embarazadas tengan o no pareja. Sin embargo, sí se encontró que la depresión en el embarazo adolescente impacta de manera determinante en los puntajes de autoconcepto y ansiedad rasgo-estado, lo cual puede estar determinado por el proceso mismo de la etapa adolescente y el embarazo mismo.

**PRIMERA PARTE:**

**MARCO TEORICO**



## ADOLESCENCIA

Durante largo tiempo tanto el proceso de crecimiento como el de desarrollo humano han sido objeto de numerosas discusiones y teorizaciones, pero es a partir de los comienzos del siglo XX que se ha dedicado especial atención al periodo evolutivo llamado "adolescencia". La extensa literatura actual sobre la adolescencia muestra el profundo y persistente interés que ha suscitado en psicólogos, educadores, médicos, etc. (López, 1994).

Son numerosas las teorías formuladas para explicar el fenómeno de la adolescencia. Estas teorías han conducido a puntos de vista discrepantes. En siglos anteriores, quienes defendían opiniones opuestas en psicología evolutiva fundaban sus argumentos principalmente en experiencias personales o consideraciones fisiológicas. En los últimos años en cambio, se tiende a realizar cada vez más estudios sistemáticos, observaciones controladas e investigaciones experimentales (López, 1994; Abernethy y Eobel, 1970).

Para abordar el tema de la adolescencia, primeramente es necesario determinar el significado de la palabra; se sabe que adolescencia se deriva de la voz latina *adolescere*, que significa "crecer o desarrollarse hacia la madurez" (Moreno, 1988; López, 1994).

Se ha definido a la adolescencia como el periodo que se extiende desde la pubertad (de los 12 a 13 años) hasta la edad adulta, (de los 17 y 21, (López, 1994; Acosta 1993; Patterson y McCubbin, 1987). Havighurst citado en González (1992) la divide en: adolescencia temprana (11 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). El comité de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha adoptado el rango de 10 a 19 años de edad para su definición etarea, en cuyo periodo se hace una definición entre adolescencia temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años) (Orduña, 1992). La falta de límites cronológicos claros y exactos (Figueras, 1985) involucra una serie de factores psicológicos (Riburcio et al., 1995; Moreno, 1988; Goldman, 1989 y Orduña, 1992) que además, tiene que ver con una serie de factores físicos, sociales y culturales, ya que se tiene claro la falta de un acuerdo social de cualquier cultura sobre todo en la occidental acerca de la edad en que el individuo deja de ser un niño o deja de ser un adolescente y se vuelve un adulto (Bios, 1971; Acosta, 1993; Papalia y Olds, 1988).

La Asociación Médica Americana de la adolescencia define a la adolescencia como un proceso bio-psico-social, caracterizada por transformaciones tanto anatómicas como fisiológicas y en busca de una definición de su papel social condicionado por los patrones culturales de su medio (Oliva, 1986; López, 1994) que inicia con la aparición de los cambios físicos y finaliza cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicococial (Oliva, 1986), con

grandes variaciones emocionales y culturales (López, 1994).

Según Acosta (1993), Moreno (1988), Garnezy (citado en Patterson y McCubbin 1987), Aberastury y Knobel (1970) y Littré (1982) la adolescencia es una etapa confusa de la vida, por ser una época de transición entre la niñez o la infancia que se inicia con los cambios puberales y termina al adquirirse el papel de adulto, este proceso va a depender de las condiciones socio-económicas y culturales de cada familia. En esta etapa existe el desarrollo de tres aspectos: el físico; el socio-cultural, que le va a permitir delimitar su rol en la sociedad; y el psicológico, que facilitará la adquisición de un pensamiento analítico y el logro de la propia identidad.

Por su parte Meeus (1986), menciona que la adolescencia se acompaña del desarrollo de actividades para adquirir un yo estable y una identidad sexual, para llegar a ser independientes de la familia y explorar nuevos roles, dentro del contexto de los cambios precipitados de la pubertad, en donde la autoimagen se ve influenciada por los cambios corporales que se presentan.

Moreno (1988), está de acuerdo con Aberastury y Knobel (1970); en que en la adolescencia aparecen las diferentes tendencias ideológicas en busca de un definido patrón de identidad, con sus manifestaciones tan variadas de rebeldía y deseos de libertad, expresados como descontento frente a situaciones familiares o a las normas sociales, lo cual lleva a una alteración de los valores tradicionales vinculados a la sexualidad, el matrimonio y la familia, así como también, define a la adolescencia como un proceso de evolución que conlleva una serie de cambios tanto en la esfera somática como en la psíquica, que puede producir una profunda angustia si no encuentra un entendimiento o una buena comunicación con padres, profesores y demás adultos.

La adolescencia de acuerdo con Garnezy (citado en Patterson y McCubbin 1987) es un período del desarrollo humano caracterizado por la terminación del desarrollo de tareas o demandas, en donde los adolescentes se enfrentan con el manejo de los cambios fisiológicos de la pubertad, la integración del incremento de su capacidad cognitiva, las experiencias de la vida, así como llevan a cabo un incremento en la independencia de sus padres y familiares, además de que desarrollan un determinado rol social con diferencias y similitudes entre otros jóvenes de diferente sexo, completan sus expectativas académicas, eligen y planean una profesión u ocupación.

Además en trabajos anteriores se ha llegado a definir la adolescencia como: " la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y

que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil" (Aberastury y Knobell, 1970).

Por su parte, Blos (1971) emplea el término pubertad para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual, mientras que el término de adolescencia lo emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad que se reflejan en todas las facetas de la conducta. Así define a la adolescencia como la "suma total de todos los intentos para ajustarse en la etapa de la pubertad al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta el individuo" y además reconoce a la adolescencia como la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital, que había sido interrumpida por el período de latencia, período que está colocado entre el temprano florecimiento de la sexualidad infantil y la sexualidad puberal genital, el cual se caracteriza por la falta de nuevas metas sexuales más bien que la falta completa de actividad sexual. Período preparatorio que al pasarse con éxito, surge el proceso adolescente; por lo que según Blos, los complejos fenómenos de la adolescencia están contruidos sobre antecedentes específicos que residen en la niñez temprana.

Blos considera a la adolescencia como un período de maduración en el cual cada individuo tiene que elaborar las exigencias de las experiencias de vida total para llegar a un yo estable y a una organización del impulso, que llevan a nuevas formaciones psíquicas o a una reestructuración psíquica.

Según Monroy de V. y Cois (1986), al analizar los cambios que se presentan en tres aspectos (biológico, psicológico y social) definen a la adolescencia como " una etapa ubicada entre la vida infantil y la vida adulta, durante la cual el joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo y a los requerimientos socioculturales de ese momento"

Hasta aquí, podemos señalar que en el intento por definir a la adolescencia, se ha comenzado con una explicación etimológica de la palabra, que como ya se señaló significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Por otra parte, se ha tratado de mostrar tal evento a partir de diversas teorías vertidas sobre el tema; así es como diversos autores han señalado límites cronológicos, aunque estos no resultan claros y exactos. Sin embargo; han coincidido al referir que es una etapa entre la niñez y la edad adulta.

Diversos autores mencionan, que tal etapa se caracteriza por el cumplimiento de tareas tales como: el desarrollo de una identidad sexual, un rol social, de la formación de un yo estable, de una organización de impulsos, entre otras más.

Es importante resaltar que hay quienes basan sus explicaciones con respecto a la adolescencia como un proceso bio-psico-social,

que dependerá de condiciones socio-económicas y culturales.

Al hacer una revisión de la Literatura con respecto al presente tema, podemos apreciar que hay una dificultad por definir a la adolescencia en términos generales, razón por la cual en los siguientes apartados, se ha tratado de desarrollar el periodo adolescente; primeramente bajo los aspectos biológicos, los cuales postulan la relevancia que marca el inicio de esta fase con los cambios físicos inherentes a cambios biológicos.

En segundo lugar, a través de los aspectos psicológicos, se permitirá evaluar que la adolescencia es proceso y desarrollo en donde los cambios físicos se verán reflejados en la conducta, además, se tendrá el conocimiento de las tareas que deben cumplirse en esta etapa, lo cual está íntimamente relacionado con diversos estados afectivos, tal como se revisarán.

Por último, se tratará de explicar a la adolescencia con fundamentos psico-socio-culturales, en donde interactúan los factores psicológicos del individuo y las demandas del medio social y cultural.

#### ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

Tomando en cuenta los aspectos biológicos de la adolescencia Sereno y cols (1993) refieren que la adolescencia es la etapa en la que ocurre el último incremento lineal del crecimiento que culmina con la obtención de la estatura adulta, la maduración sexual, además de la función reproductiva; y de acuerdo con la definición proporcionada por la Asociación Médica Americana se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y se finaliza cuando cesa el crecimiento somático, por lo que Oliva (1986), describe cuatro tipos de crecimiento:

- a) Linfóide, que se caracteriza por un rápido crecimiento durante la niñez, que cesa al llegar a la pubertad y después muestra involución.
- b) Neuronal (cerebral y cabeza) tiene que ver con un crecimiento rápido en los primeros seis años de vida después de los cuales se reduce y cesa antes de la pubertad.
- c) General, que incluye tanto el peso como la talla y tiene dos periodos de crecimiento, uno que va de los 6 a los 8 años de edad y otro que va de los 13 a los 15 años de edad.
- d) Reproductivo, en este existe muy poco crecimiento en los primeros años de vida, seguido de uno muy marcado en la pubertad.

El surgimiento de crecimiento en la adolescencia se realiza mediante la acción conjunta de la hormona del crecimiento y de los andrógenos. Es importante recordar que la aceleración del crecimiento en la adolescencia no comienza al mismo tiempo en todas las partes del cuerpo. Además del aumento de estatura y peso también se presenta una aceleración del crecimiento de la circunferencia cefálica en la adolescencia, un tamaño y aumento del peso del corazón, de los pulmones, de los huesos, de los músculos, de las glándulas suprarrenales, tiroideas, e hipófisis, así como de los órganos reproductivos. La grasa subcutánea se reduce al comenzar la adolescencia y posteriormente se acumula una vez que el adolescente ha alcanzado la capacidad máxima de aumento de estatura, siendo más notorio en las mujeres. Con el aumento del crecimiento también aumenta el ritmo cardíaco, la tensión arterial, los eritrocitos y la hemoglobina, el metabolismo basal, la excreción de creatina, la acidez gástrica, la fosfatasa alcalina, las excreciones hormonales y el olor del sudor (glándulas apócrinas). Estas glándulas de la piel principalmente en la axila y la vulva comienzan usualmente a funcionar al mismo tiempo que aparece el vello púbico y el axilar (Oliva, 1986).

Por lo anterior, durante la pubertad se pueden observar rápidas, variadas y amplias transformaciones en el cuerpo del individuo (Monroy, 1989) y es así como todos los cambios físicos se refieren a la aparición de características sexuales primarias y secundarias propias de la pubertad, que influyen significativamente en la conducta del adolescente (Blos, 1994).

Aberastury y Knobel (1970), mencionan que durante la pubertad ocurren cambios físicos en tres niveles fundamentales que son: un primer nivel; donde la activación de las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis anterior produce el estímulo fisiológico necesario para la modificación sexual que ocurre en este período de la vida. En el segundo nivel, se tienen las consecuencias inmediatas de la secreción de la hormona de crecimiento de la misma hipófisis: la producción de óvulos y espermatozoides maduros y también el aumento de secreción de hormonas adrenocorticales como resultado de la estimulación de la hormona adrenocorticotrófica. En el tercer nivel, se encuentra el desarrollo de las características sexuales primarias (con el agrandamiento del pene, los testículos, o el útero y la vagina) y el desarrollo de las características secundarias con la maduración de los pechos, el crecimiento del bello pubiano, el cambio de voz, a lo que se debe agregar las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo que se dan en este período vital.

Por otro lado, la pubertad se ha definido, por los cambios endócrinos y físicos que inician con el aumento durante el sueño de la hormona luteinizante (LH) y los primeros cambios físicos, hasta la etapa en que estos cambios cesan y se llega a un nuevo estado uniforme (García, 1985).

Boyar, Judd y Lee (citados en García, 1985), describen cronológicamente por etapas, algunos de los acontecimientos que ocurren en el sistema endócrino desde la pubertad avanzada, la adolescencia y la edad adulta:

A) PREPUBERAL AVANZADA

Esta etapa avanzada, en la que no han ocurrido cambios físicos ni hormonales.

B) PUBERTAD MUY TEMPRANA

Durante ésta etapa, no hay signos físicos de maduración sexual; durante el sueño hay aumento de la liberación de gonadotropinas y esteroides sexuales; se advierte aumento de la secreción de esteroides sexuales suprarrenales; sin mas cambios hormonales importantes.

C) PUBERTAD TEMPRANA

En ella continúa el aumento de las gonadotropinas durante el sueño, se manifiesta la maduración primaria y secundaria; aumentan las concentraciones de esteroides sexuales, puede existir aumento de la secreción de la hormona de crecimiento y quizá se modifique algo la función tiroidea.

D) PUBERTAD MEDIA

En esta etapa existe un aumento del desarrollo de las características sexuales; de la concentración de gonadotropinas y esteroides durante la vigilia; las mujeres incrementan su crecimiento en talla y aumento de la liberación de la hormona del crecimiento.

E) PUBERTAD AVANZADA

Durante la pubertad avanzada, ocurre la menarquia, hay espiga de aumento de la talla en los varones, la capacidad reproductiva es casi completa al igual que la maduración, el aumento de la hormona gonadotrópica durante el sueño es máximo y alcanza sus mayores niveles, la secreción de hormona del crecimiento.

F) EDAD ADULTA

La maduración física es completa, desaparece el aumento de gonadotropinas y testosteronas y el crecimiento de las mujeres es completo.

En el desarrollo humano son evidentes diversos cambios físicos, observándose en la pubertad rápidas, variadas y amplias transformaciones en el cuerpo del individuo. Durante el proceso adolescente, se genera el surgimiento de crecimiento en relación

con la altura y peso, así como también de las glándulas y demás órganos, los cuales son a propósito de una serie de modificaciones hormonales, tanto los cambios físicos palpables, como los que no son evidentes en el cuerpo del adolescente influyen de manera relevante en la conducta del mismo, ya que generan una infinidad de sensaciones e inquietudes sobre la transformación que se da en su cuerpo. Es necesario mencionar que la conducta generada será enmarcada bajo un contexto psicosocial.

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

Tomando en cuenta el criterio evolutivo en la psicología, se acepta que la adolescencia más que una etapa estabilizada es proceso y desarrollo, en donde el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, así como también es un periodo de contradicciones, confusas, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social (Aberastury y Knobel, 1970).

La adolescencia, aunque no necesariamente es siempre un periodo de gran estrés, es como ya se describió un tiempo de cambios físicos, de definición del rol sexual, momento en el que emergen nuevos cambios psicológicos en la persona al definir sus propios valores éticos, la búsqueda de la solución teórica de los problemas trascendentes y de aquellos a los que se verá enfrentado a corto plazo como el amor, la libertad, el matrimonio, la paternidad, la educación, la filosofía, la religión, etc., así como también un interés de conocer la sexualidad, con todo lo cual se da la formación de la identidad así como la maduración del individuo (Black and Deblassie 1985; Aberastury y Knobel, 1970).

Erikson (1959) se refiere a este periodo de experimentación como una moratoria psicológica, una etapa en la que los adolescentes pueden ensayar diferentes roles, identidades, personalidades y formas de comportarse. El experimentar diferentes roles es un importante preludio para establecer un sentido de identidad concreta, asegurando la necesidad interna e igualdad social que será el puente entre lo que era de niño y en lo que pronto se convertirá, además reconciliará la concepción de sí mismo y el reconocimiento que su comunidad tenga de él. Sin un periodo de moratoria, el desarrollo de la identidad de los adolescentes puede retrasarse.

Por otro lado, algunas exploraciones de identidad de los adolescentes conllevan consecuencias y conductas negativas, tales como promiscuidad sexual, abuso de drogas o alcohol, desórdenes conductuales, delincuencia, depresión, suicidio y embarazo. (Medora, 1993).

La teoría psicoanalítica tiene por sentido que la adolescencia constituye una fase en el continuo del desarrollo, en donde los años entre la niñez temprana y la adolescencia, marcada por el periodo de latencia son de gran importancia, debido a que se establecen nuevas formas de gratificación y del control del medio ambiente, mediante el desarrollo social y de capacidades físicas.

Para abordar el fenómeno adolescente, se retoma en seguida la explicación psicodinámica que hace Peter Blos (1971) sobre este periodo, pues describe las diferentes fases del periodo de la adolescencia, y explica que la duración de cada una de las fases no puede fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica; refiere que las fases están matizadas por una serie de procesos integrativos para alcanzar finalmente, metas definidas como tareas de la vida, en términos de relaciones permanentes, roles definidos, así como de un fortalecimiento yoico, en donde la sensación subjetiva del adolescente es plantear este es "mi modo de vida", restándole importancia a la pregunta de "¿quién soy yo?", emergiendo una claridad de propósitos y un conocimiento del ser que se describe con las palabras de "este soy yo".

Tales fases son: La preadolescencia, adolescencia temprana, la adolescencia propiamente tal, la adolescencia tardía y la postadolescencia.

A continuación serán abordados las fases antes señaladas, sumando el periodo inmediato anterior a la preadolescencia, llamada latencia, dada la relevancia tomada en cuenta por Blos, por ser una transformación preparatoria esencial, sin la cual el proceso adolescente no podría establecerse.

#### **Periodo de latencia**

Blos (1971), retoma el periodo de latencia, solo para resaltar la importancia de este para la iniciación del desarrollo de la adolescencia.

Es así, como menciona que en este periodo previo, es en donde el niño adquiere los instrumentos, en términos del desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad, por lo tanto, los logros del periodo de latencia representan una precondition para avanzar hacia la adolescencia y Blos (1971) lo resume de la manera siguiente: "la inteligencia debe desarrollarse a través de un proceso tanto primario como secundario y a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica; la comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo deben adquirir estabilidad; la estatura física debe permitir independencia y control del ambiente; las funciones del yo deben de haber adquirido una capacidad de defender la integridad con menos ayuda del mundo externo" (Blos, 1971).



## **Preadolescencia**

A. Freud (citada en Blos 1971) menciona que en este periodo hay un resurgimiento en los impulsos, con dirección a un resurgimiento de la pregenitalidad, lo cual lleva al periodo de latencia a su terminación y el niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar. En esta época el muchacho muestra un aumento difuso de la movilidad (gran inquietud motora), voracidad, actitudes sádicas, actividades anales (expresadas en placeres coprofílicos, cualquier lenguaje obsceno, rechazo por la limpieza, una fascinación por los olores y gran habilidad en la producción onomatopéyica de ruidos) y juegos típicos exhibicionistas.

Durante este periodo también aparece una situación nueva para el servicio de la gratificación instintiva y en la socialización de la culpa, el cual crea temporalmente defensas autoprotásticas que son en cierto grado formas de disculpa.

La psicología del desarrollo descriptivo, habla de descargas tensionales en esta etapa: frecuentes dolores de cabeza y de estómago, el comerse las uñas, taparse los labios, tartamudeo, el taparse la boca con la mano, el jugar con sus cabellos, estar tocando constantemente todas las cosas y algunos niños se chupan todavía el pulgar (Gesrel, citado por Blos 1971).

En esta fase, el niño tiene que completar la tarea del periodo edípico, mientras que la muchacha permanece por más tiempo en la situación edípica por un periodo indefinido y solamente lo abandona muy tarde en su vida y en forma incompleta, por lo que la mujer lucha con relaciones de objeto más intensamente en la adolescencia; de hecho la separación prolongada y dolorosa de la madre constituye la tarea principal de este periodo.

## **La adolescencia temprana**

La característica distintiva de la adolescencia temprana es la falta de catexis en los objetos de amor incestuosos, por lo que hay una libido flotante libremente, es decir una búsqueda de objetos nuevos. Es por ello, que el adolescente se dirige al amigo y este adquiere una gran importancia y significación de la que antes carecía.

Es aquí en donde, los valores, las reglas y las leyes morales han adquirido independencia de la autoridad parental. Es decir, se realiza una elección de objeto adolescente, renunciando a los objetos parentales.

Por lo tanto, en la adolescencia temprana hay un resurgimiento de amistades idealizadas con miembros del mismo sexo; los intereses y la creatividad se mantienen en un nivel bajo y emerge la búsqueda un tanto torpe de valores nuevos, es decir; existe una fase de transición, que posee características propias antes de que se

afirme la adolescencia. Mientras que en la adolescencia propiamente dicha, ocurre un cambio decisivo hacia la heterosexualidad y una renunciación final e irreversible del objeto incestuoso y es Anny Katan (citada por Blos, 1971) quien ha sugerido en llamar a este proceso "remover al objeto."

Es durante la adolescencia temprana y adolescencia propiamente tal, donde debe lograrse una renunciación de los objetos primarios de amor, los padres como objetos sexuales; los hermanos y sustitutos paternos deben ser incluidos en este proceso de renunciación. Cuyas fases están por lo tanto, relacionadas con la renuncia a objetos y a la búsqueda de otros, razón por la cual la identidad adquiere una desconocida labilidad.

#### **La adolescencia propiamente tal**

Tanto la búsqueda de relaciones de objeto como el evitarlos forma parte del desarrollo psicológico que ocurre durante esta fase; así como también lo caracteriza, el hallazgo de un objeto heterosexual con el abandono de las posiciones bisexual y narcisista. Es decir el adolescente por fin se desprende de los objetos infantiles de amor, lo que con anterioridad ha tratado de hacer muchas veces; cuya separación o rompimiento abre nuevos horizontes, nuevas esperanzas y nuevos miedos.

Los adolescentes en esta fase entran rápidamente en una actividad heterosexual, aún cuando la capacidad para el amor heterosexual maduro se desarrolla lentamente, ya que los primeros amores son intentos rudimentarios de desplazamiento que adquirirían madurez amorosa sólo con la resolución progresiva del complejo de Edipo revivido; pues la primera elección de un objeto de amor heterosexual está determinada por algún parecido físico o mental con el padre del sexo opuesto o por algunas disimilitudes chocantes. Pero aún así, esta actividad heterosexual está íntimamente ligado con el proceso de la búsqueda de objetos no incestuosos.

Es por lo que se observa en los adolescentes, un hambre de objeto, un deseo avaro que le lleva a uniones e identificaciones superficiales y constantemente variantes que llevan automáticamente a identificaciones transitorias.

La etapa narcisista representa una etapa positiva en el proceso de desprendimiento. Mientras que previamente los padres fueron sobrevalorados, considerados con temor y no valorados y finalmente, en esta fase se vuelven devaluados y son vistos con las ruines proporciones de un ídolo caído. La autoinflación narcisista surge en la arrogancia y la rebeldía del adolescente, en su desafío a las reglas y en su burla a la autoridad.

Por otra parte, la vida de fantasía y la creatividad están en la cúspide en esta etapa; expresiones artísticas e ideacionales

hacen posible la comunicación entre experiencias altamente personales que, como tales, se vuelven un vehículo para la participación social.

También se observa una hipersensibilidad en relación con el abrumador anhelo de amor, por lo que pueden surgir en esta etapa creativities literarias, además de que es típico para los adolescentes llevar un diario.

Por otro lado, la cultura influye en la formación de mecanismos de defensa, cuando el adolescente se aleja de la familia, para encontrar su lugar en la sociedad.

Los mecanismos de defensa de la adolescencia fueron descritos por Anna Freud (1936). Tanto el ascetismo como la intelectualización son características de la crisis de la adolescencia y demuestran bien el papel de mecanismos de defensa en la lucha del yo en contra de los instintos. Además, anuncian el surgimiento del carácter y de intereses especiales, de preferencia talento y elecciones vocacionales definitivas.

Para Inhelder y Piaget (citados en Blos, 1971), que estudiaron el pensamiento adolescente en el "asumir roles de adulto" lo que "implica una total reestructuración de la personalidad en la que las transformaciones intelectuales son paralelas o complementarias a las transformaciones afectivas".

El adolescente es capaz de analizar su propio pensamiento y construir teorías, en donde el pensamiento, como acción de juicio se convierte en la adolescencia en un modo de trato con la interacción entre el individuo y su medio ambiente, el presente y el futuro.

En esta etapa los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos y emerge el principio de realidad.

#### **Adolescencia tardía**

Esta fase es de consolidación, es un punto de cambio decisivo y por lo tanto, es un periodo de crisis, que con frecuencia somete a esfuerzos decisivos la capacidad integrativa del individuo y resulta en fracasos de adaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y psicopatología severa. Erikson (1956) lo describió como "crisis de identidad", mientras que Blos (1971) describe el síndrome de la adolescencia prolongada, para llevar la última fase de la infancia, es decir la adolescencia, a su fin.

#### **Postadolescencia**

Para Blos (1971), la transición de la adolescencia a la edad adulta, está marcada por una fase intermedia llamada

postadolescencia.

Aún después de que los conflictos de bisexualidad (principio de la adolescencia) y del desembarazo de tempranas ligas de objeto (propias de la adolescencia) han encontrado bases estables y después de que las tareas selectivas de la vida han adquirido forma, definición y articulación a través de la consolidación de roles sociales e identificaciones irreversibles (adolescencia tardía); aun después de que estas fases de desarrollo son atravesadas con éxito, todavía le falta armonía a la realización total.

En este periodo, la integración va de la mano con la actividad del rol social, con el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad.

Los procesos integrativos de la adolescencia, llevan a una limitación de metas definibles de tareas de la vida; mientras que en la postadolescencia, la realización de estos fines en términos de relaciones permanentes, roles y un fortalecimiento yoico.

Por su parte Aberastury y Knobel (1970), mencionan que la adolescencia, como ya se ha mencionado es proceso y desarrollo; por lo tanto, si aparece patología debe admitirse y comprenderse para ubicar sus desviaciones, los desequilibrios e inestabilidad extremas de acuerdo con lo que conocemos de él, en el contexto de la realidad humana que nos rodea. En nuestro medio cultural, nos muestra periodos de abalación, de ensimismamiento, alternando con audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés o apatía, que se suceden o son concomitantes con conflictos afectivos, crisis religiosas en las que se puede oscilar del ateísmo a fervorosas misticismos fervorosos, idealizaciones y postulaciones filosóficas, ascetismo, conductas sexuales dirigidas hacia el erotismo y hasta la homosexualidad ocasional. Todo esto es lo que Aberastury y Knobel (1970) ha llamado una entidad semipatológica, o "síndrome normal de la adolescencia".

Sintetizando las características de la adolescencia se puede describir la siguiente "sintomatología" que integraría este síndrome: búsqueda de sí mismo y de la identidad; tendencia grupal; necesidad de intelectualizar y fantasear; crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo hasta el misticismo más fervoroso; desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario; evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; actitud social reivindicadora con tendencias anti o sociales de diversa intensidad; contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de vida; una separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

No obstante, la aportación que Aberastury y Knobel hacen al respecto, tan solo se rescatarán algunos puntos que tienen que ver con el autoconcepto y la identidad en la adolescencia; importantes para el presente estudio.

#### Búsqueda de sí mismo y de la identidad

El niño entra en la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, para salir luego a la madurez estabilizada, con determinado carácter y personalidad adultos. Se logra lo que Erikson ha definido como una identidad yoica, una identidad personal y lo que Nixon (citado por Aberastury y Knobel, 1970) ha denominado la autocognición. Según este último autor, la autocognición es un fenómeno esencialmente biológico y se relaciona con el concepto de "el mismo" (self). La idea del sí mismo o self es el conocimiento de la individualidad biológica y del social, del ser psicofísico en su mundo circundante que tiene características especiales en esta edad evolutiva. La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento del sí mismo como identidad biológica en el mundo, el todo psicosocial de cada ser en ese momento de la vida.

El logro de un "autoconcepto" es lo que Sherif y Sherif llaman el yo, desde un punto de vista psicológico no psicoanalítico señalando que este autoconcepto se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que acerca de él mismo tienen muchas personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social. Concomitantemente, se va formando este sentimiento de identidad con una verdadera experiencia de "autoconocimiento" (Aberastury y Knobel 1970).

Según Erikson, el problema de la identidad, tiene que ver con la capacidad del yo de mantener una mismidad y una continuidad frente a un destino cambiante y por ello para este autor no significa la identidad un sistema interno, cerrado, impenetrable al cambio, sino más bien un proceso psicosocial que preserva algunos rasgos esenciales tanto en el individuo como en la sociedad.

Para Sorenson, la identidad es la creación de un sentimiento interno de mismidad y continuidad, una unidad en la personalidad sentida por el individuo y reconocida por otro, que es el "saber quien soy yo."

Algunos autores sepanan la pubertad de la adolescencia, por cuanto esta última implicaría más que los cambios físicos ya que ante los cambios sexuales secundarios el adolescente los vive como perturbadores en donde la ansiedad es tan grande que surge la disconformidad con la propia identidad (Aberastury y Knobel, 1970).

La identidad adolescente es la que se caracteriza por el cambio en la relación del individuo, básicamente con sus padres,

pues la presencia externa, concreta de los padres empieza a hacerse innecesaria (Aberastury y Knobel, 1970).

#### La tendencia grupal.

En la búsqueda de la identidad adolescente, el individuo recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, en donde hay un proceso de sobre identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno.

Las actuaciones del grupo y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar. El fenómeno familiar transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar y con los padres en especial. El grupo constituye así, la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individualización adulta. Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse y asumir su identidad adulta.

#### Implicaciones emocionales durante la adolescencia

Los brotes de crecimiento en relación con la altura, el peso, la musculatura y el desarrollo de características sexuales primarias y secundarias, generalmente están acompañados por importantes estados emocionales en la adolescencia.

Peter Blos (1971), menciona que la adolescencia en sí logra tareas dentro de un cuerpo que ha llegado a la madurez física sexual y consecuentemente el desarrollo emocional tiende a relaciones de objeto estables con ambos sexos, fuera de la familia y hacia la formación de identidad sexual irreversible.

Los cambios biológicos que se operan en la adolescencia producen estados emocionales tales como: ansiedad y preocupación, porque el adolescente debe asistir pasiva e impotentemente a los mismos (Aberastury y Knobel 1970; Patterson y McCubbin, 1987; López, 1994 y Moos, 1986); ambivalencia (Aberastury y Knobel 1970; Acosta, 1993; Blos 1971; Moreno, 1988); depresión (Linenberger, 1987; Blos, 1971; Moos, 1986; Leslie-Usteri, 1982) entre otros estados afectivos.

Acosta (1993), López (1994) y Moreno (1988) señalan que una de las características que definen a la adolescencia es la ambivalencia de sentimientos y deseos; ya que, por un lado, quieren estar solos, aislados, adquirir independencia, y por otro lado, desean integrarse a grandes grupos y amistades y en ninguna otra etapa del desarrollo la bondad y la virtud se presentan en forma tan pura, pero tampoco jamás la tentación domina tan poderosamente el pensamiento.

Blos (1971), menciona que tanto durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha, ocurre efectivamente una profunda reorganización del estado emocional con un estado de caos bien reconocido, en donde la ambivalencia tan característica de la adolescencia comprende no solamente la alternativa de amar y odiar, sino que se manifiesta también con mayor intensidad en la polaridad de las metas instintivas, activas y pasivas, ya que estas polaridades se ejercitan en relación con el yo, con el objeto y con el mundo externo, lo cual determina los fluctuantes estados de ánimo de los adolescentes como los siguientes: sumisión y rebelión, sensibilidad delicada y torpeza emocional, conducta gregaria y aislamiento, altruismo y egoísmo, profundo pesimismo, intensa infidelidad y cambios repentinos de infidelidad, ideas cambiantes y argumentos absurdos, idealismo y materialismo, dedicación e indiferencia, aceptación y rechazo impulsivo, apetito voraz, indulgencia excesiva y gran anorexia, exuberancia física o gran abandono.

Así como también, hay sentimientos de aislamiento, de realidad y despersonalización que amenazan con romper la continuidad de los sentimientos del yo; el adolescente experimenta el mundo externo con una singular calidad sensitiva que él piensa que no es compartida por otros: "Nunca nadie ha sentido como yo", "Nadie ve el mundo como yo". La madre naturaleza se convierte en un corresponsal personal para el adolescente; la belleza de la naturaleza es descubierta y se experimentan estados emocionales exaltados (Blos, 1971).

Según Aberastury y Knobel (1970), el adolescente realiza tres duelos fundamentales: a) el duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo; b) el duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obligan a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce y c) el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños. Se une a estos duelos, la bisexualidad infantil también perdida. Esto es, que al entrar al mundo de los adultos -descado y temido- significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de ser niño (Aberastury y Knobel 1970).

Por otro lado, Blos (1971) describe la fase de la adolescencia en términos de dos amplios estados afectivos: "duelo" y "estar enamorado". En donde el adolescente sufre una pérdida verdadera con la renunciación de sus padres edípicos y experimenta un vacío interno, pena y tristeza que son parte de todo luto. Root citado por Blos (1971) dice que el trabajo de estar de luto es una tarea

psicológica importante en el periodo de la adolescencia. Por otro lado, el aspecto de estar enamorado es más familiar en la vida del adolescente, el cual se caracteriza por un sentimiento de estar completo, acoplado con un singular autoabandono.

Un estado de ánimo característico de la adolescencia es la depresión, la cual emerge de necesidades sexuales abrumadoras y del deseo ambivalente de proximidad o independencia, es decir surge como expresión de vivencias internas de confusión a raíz de los cambios físicos y exigencias sociales y este estado emocional se ve reflejado a través de conductas impulsivas carentes de una planeación y previsión de consecuencias (Linenberger 1987; Blos, 1971) la cual se manifiesta en el fracaso escolar, la hiperactividad y la agresividad (Blos, 1971), agresividad, tanto constructivas como destructivas (Kosli-Usteri, 1982) o conductas adaptativas o mal adaptativas (Moss, 1986).

Por ejemplo, algunos adolescentes frecuentemente tratan de reducir sus tensiones a estados de depresión a través de la ingesta de bebidas alcohólicas (Moss, 1986).

Además de la depresión los adolescentes manifiestan altos niveles de ansiedad, es decir cierta incertidumbre e inquietud emocional ante las exigencias internas y demandas sociales (Kosli-Usteri, 1982; Patterson, y Macuboni, 1987).

Por otro lado, Erikson (1970) mencionó que a raíz del intento por definir la identidad, surgen estados de ansiedad y confusión, debido a los esfuerzos psicológicos y demandas sociales a las que el individuo se ve sometido.

Se han observado diferencias en las respuestas emocionales en los adolescentes, dado que estas son matizadas por el género, la familia, la sociedad y la cultura.

En suma, el abordaje de los aspectos psicológicos inherentes en la adolescencia, permiten evaluar efectivamente que la adolescencia es proceso y desarrollo, en cuya etapa, se dan una serie de cambios biológicos que se ven reflejados en la conducta, dado que se presenta una inquietud en cuanto a la sexualidad y se debe definir un rol sexual; como así mismo, se presentan cambios en el individuo al definir sus valores éticos, su identidad y maduración, lo cual está íntimamente relacionado con los estados afectivos de los adolescentes.

En conclusión, podemos decir que Peter Blos (1971), describe el proceso de la adolescencia a través de una secuencia ordenada de cinco fases del desarrollo, bajo el marco teórico del psicoanálisis en el que atribuye una gran importancia a las fases pregenital y preedípica del desarrollo del yo, así como le otorga relevancia al periodo de latencia, por ser este una transformación preparatoria esencial, sin la cual la adolescencia como proceso de desarrollo no



podría establecerse por sí mismo.

Al haber hecho una revisión de las fases enumeradas como sigue: 1) la preadolescencia, 2) la adolescencia temprana, 3) la adolescencia propiamente tal, 4) la adolescencia tardía y 5) la postadolescencia, se deduce que son fases que no pueden fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica, puesto que el adolescente puede llevar a cabo con rapidez las diferentes fases, sin que pueda evadir transformaciones psíquicas esenciales de cada una. Con esto se quiere decir, que en cada fase se debe cumplir con tareas inherentes al período edípico, la elección de objetos (con la renuncia de los objetos primarios de amor), identidad psico-sexual, rol social, fortalecimiento yoico, entre otras tareas entrelazadas como ya se mencionó; con algunos estados emocionales contradictorios, como ambivalencia, inestabilidad, ansiedad, depresión, etc.

Por otro lado, pese a que no se hizo relevancia a los procesos psíquicos a los que hace referencia Abramstury y Knobel (1970), se puede decir que están de acuerdo que en la adolescencia y en el cumplimiento de tareas entrelazadas, con una serie de implicaciones emocionales y conductuales que pueden ir de lo positivo a lo negativo, pudiendo llegar a puntos extremadamente conflictivos. La posibilidad de que la adolescencia sea un período conflictivo y patológico dependerá por una parte; a la manera en que vive el adolescente los cambios y resuelve su crisis de identidad; y por otro lado; del entorno social, cultural y familiar en el que se encuentra, puesto que son factores relevantes para la formación de identidad y autoconcepto adolescente.

#### ASPECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES DE LA ADOLESCENCIA

Patterson y McCubbin (1987) mencionan que el ajuste del adolescente con la familia se lleva a cabo a través de relaciones recíprocas en donde los adolescentes necesitan conocer más sus capacidades, para lo cual necesitan la ayuda de sus familiares (por ejemplo, cubrir sus necesidades básicas y apoyo para sus necesidades de individuación). El ajuste entre los adolescentes y su comunidad, también se busca a través de relaciones recíprocas en donde la capacidad de los adolescentes es usada para determinar las demandas de la comunidad (por ejemplo, la habilidad de los adolescentes para elegir y preparar una carrera dentro de sus perspectivas como adultos) y la capacidad de la sociedad está responsable para las necesidades de los adolescentes (por ejemplo, el sistema escolar el cual puede cubrir las expectativas educacionales de los adolescentes). Las relaciones escolares y con los compañeros son una parte importante dentro de la red social de amigos, es un importante recurso de la comunidad para el desarrollo

de la individuación y de la identidad. Además, las relaciones con sus compañeros son un recurso para el desarrollo de los adolescentes que puede dar lugar a demandas tales como la expectativa de que los adolescentes tienen que fumar, beber y usar drogas entre una serie de conductas más tanto positivas como negativas.

Erikson (1959) organizó el aspecto conductual reflejado en su esquema de las ocho crisis psico-sociales del ser humano, en donde la etapa de adolescencia se caracteriza por el establecimiento de la identidad frente a la confusión de roles.

Erikson (1970) consideró a la adolescencia un estadio del desarrollo psicossocial, es decir, una etapa en la que interactúan los esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social y durante la cual la sociedad espera determinados comportamientos. Tales expectativas de conducta, variables según la cultura, constituyen exigencias que el individuo debe afrontar mediante un trabajo interno de adaptación primero, y de cumplimiento con éxito después; logrando así, asumir el papel de adulto que se espera en su cultura.

Ya que la adolescencia es un fenómeno psico-socio-cultural, destaca la importancia conjunta de los factores socio-culturales los cuales influyen en las manifestaciones de la adolescencia y al estudiarla, tan solo como una característica social determinada sería realizar una abstracción parcial de todo un proceso humano que es necesario considerar dentro de una totalidad del conocimiento de la psicología evolutiva, ya que la adolescencia es un fenómeno específico dentro de toda la historia del desarrollo del ser humano y por otra parte, es necesario tomar en cuenta su expresión de tipo geográfico y temporal histórico-social puesto que no se debe olvidar que se trata de una de las etapas de la vida por las que pasa todo ser humano (Abernastury y Knobel, 1970).

Desde el punto de vista sociológico de Hallenqstead (1982), se dice que "la adolescencia es el período de la vida de una persona durante el cual la sociedad en la que vive deja de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el estatuto de adulto, sus cometidos y sus funciones."

La asignación de un rol y un nuevo estatus otorga al adolescente una autoimagen que es definitiva, recíproca y comunitaria; al mismo tiempo se promueve la asimilación societaria del niño en maduración. Sin este tipo de complementación o refuerzo del medio ambiente la auto-imagen del adolescente pierde claridad y cohesión (Blos, 1971).

Sin embargo, aún no hay un acuerdo societario en la cultura occidental acerca de la edad en que el individuo deja de ser niño o deja de ser adolescente y se vuelve un adulto (Blos, 1971).

De acuerdo con Sherif y Sherif citado en Aberastury y Knobel (1970), el periodo de la adolescencia en las diferentes sociedades puede variar como varía el reconocimiento de la condición adulta que se le da al individuo; por lo tanto, el problema de la adolescencia debe ser tomado como un proceso universal de cambio, pero que se tiñe con connotaciones externas peculiares de cada cultura que lo favorecerán o dificultarán, según las circunstancias (Aberastury y Knobel 1970).

Se ha visto en este apartado a la adolescencia, como un periodo del desarrollo psicossocial, en donde interaccionan esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social. Como se ha visto no hay un acuerdo en la sociedad de cuanto se deja de ser niño o deja de ser adolescente y se vuelve un adulto. Sin embargo, existen expectativas de conducta, variables según la cultura, lo que contempla exigencias que el individuo debe afrontar mediante un trabajo interno de adaptación primero, y de cumplimiento con éxito después; logrando así, asumir el papel de adulto que se espera en la cultura.

A manera de resumen, se puede mencionar que el periodo de la adolescencia, es una transición de la niñez a la vida adulta, en cuya etapa se carece de límites cronológicos claros y precisos, pero que involucra una serie de aspectos biológicos, caracterizados por una movilización hormonal que favorece el crecimiento del adolescente, puesto que es evidente un aumento en la talla, peso, glándulas, órganos, entre otras partes del cuerpo. También intervienen aspectos psicológicos, en el que se observan cambios reflejados en la conducta que subyacen a los cambios físicos del adolescente, debido a que tratara de definir su identidad sexual, resolver una serie de duelos, entre otras tareas, los cuales están relacionada con diversos estados emocionales. Por último, otros aspectos importantes son los psicosociales, en los cuales interactúan los esfuerzos psicológicos del individuo con las demandas del medio social, a través de exigencias que el individuo debe afrontar con un trabajo interno de aceptación y el logro de una definición de sí mismo, logrando el papel de adulto que se espera de él según su cultura.

Por lo tanto, el cumplimiento con éxito de las tareas propias del periodo de latencia, la propia personalidad del adolescente, la familia y la sociedad son de fundamental importancia, ya que de ello dependerá la presencia de estados emocionales conflictivos o no, aun y cuando esta etapa se caracteriza por sensaciones de confusión, ambivalencia, depresión, entre otros.

## EMBARAZO

La reproducción es la función biológica mediante la cual los seres vivos generan nuevos individuos para la supervivencia de la especie, y el que la sexualidad humana no se reduce a la reproducción está dado por las características siguientes: puede ser un acto de recreación placentero en sí mismo, no se realizan con fines de procreación únicamente, de hecho, da respuestas a las necesidades más variadas ajenas a la necesidad reproductiva (Cruz, 1992).

Es decir, las relaciones sexuales cubren necesidades de la más diferente índole; desde la mera experimentación de placer; y/o por necesidades emocionales de cercanía, comunicación, intimidad, hasta otras consideradas como patológicas, de poder, agresión, sojuzgamiento, sadomasoquismo, hasta sentimientos de trascendencia espiritual con su práctica o su abstinencia (Cruz, 1992).

Por lo tanto, se puede asestar, que en el ser humano aún y cuando se dan los impulsos y la base biológica para ejercer su sexualidad, la forma en que ésta va a ser manifestada depende más del aprendizaje individual obtenido dentro de un sustrato cultural que la va a moldear y contornar (Cruz, 1992).

Sin embargo, independientemente de como se den las circunstancias de un acto sexual y bajo qué condiciones, cuando el embarazo es la resultante, éste es de gran trascendencia para la pareja, sobre todo para la mujer, ya que el embarazo, el parto y nacimiento son parte de un mismo proceso, en el que emergen una serie de cambios tanto biológicos, físicos, sociales y psicológicos, los cuales alteran y modificarán tanto la conducta como la situación afectiva de la gestante.

## DEFINICION DE EMBARAZO

Abordar la temática del embarazo (gestación o gravidez) implica realizar una breve revisión con respecto a lo que se entiende por este proceso el cual implica la creación de una nueva vida, convirtiéndola a la mujer en madre; por lo que éste evento es de gran trascendencia, ya que se ven involucrados diversos aspectos de índole biológico, socio-cultural y psicológico según lo refiere Salvatierra (1989); mismos que se abordaran más adelante.

A continuación se señalan algunas de las definiciones que del embarazo han hecho algunos teóricos:

Benson (1980) ha definido al embarazo "Como un tiempo que media entre la concepción y el parto, que tiene lugar cuando el óvulo fecundado se implanta dentro de la cavidad uterina".

Por su parte Berk (1977) define al embarazo como un "Evento que tiene lugar por medio de la fecundación, en la cual se produce la unión del espermatozoide con un óvulo maduro, unión que habitualmente se da en el tercio externo de la trompa de falopio".

Cruz (1992) y Valderrama (1988), definen al embarazo normal como aquel evento que no fue precedido por pérdidas fetales anteriores, por violación o incesto, que no se lleva presente cardiopatías, toxemias, diabetes u otras enfermedades que impliquen riesgo para la madre y/o el producto, en el que no se haya presentado amenazas de aborto, ni embarazo múltiple y que tenga lugar en las condiciones óptimas, en que la embarazada cuente con una pareja estable y exenta de perturbaciones graves en sus circunstancias de vida, como es el caso extremo de que la mujer padezca de un trastorno psicótico.

En la obstetricia moderna se ha incorporado el concepto de embarazo de alto riesgo para señalar algunos factores que complican este fenómeno y hacen que el embarazo presente un riesgo mayor para la madre o el producto. Por lo tanto, el evento de un embarazo de alto riesgo, tiene que ver con una elevada proximidad al daño durante este periodo, o bien a la asociación de embarazo con problemas durante el proceso y/o el parto, en el cual aumentan los peligros para la madre o su hijo. Entre otros autores Steiner (1991) y Cruz (1992) consideran que el embarazo de alto riesgo, como aquel que tiene o puede llegar a tener complicaciones trascendentes para la integridad de la salud de la madre y/o del producto, por presencia de estados morbidos o coincidentes en el proceso gravídico.

Dentro de la magnitud de riesgo mas bajo, se incluyen factores que aún y cuando pueden provocar problemas perinatales, no suelen ser tan graves como en el caso de aquellas mujeres que en el momento en que se embarazan tienen menos de 15 o mas de 35 años en un primer embarazo (Cruz, 1992).

En suma, se puede considerar al embarazo como un evento que tiene lugar con la fecundación hasta el parto o interrupción de la concepción por medio del aborto. El fenómeno de embarazo puede transcurrir de manera normal, cuando hay ausencia de complicaciones médicas y sin antecedentes de pérdidas fetales, violación o incesto; mientras que también puede tener una evolución de alto riesgo, con una elevada proximidad de daño o peligro, con problemas durante el proceso y/o parto tanto para la gestante como para el producto.

## ASPECTOS GENERALES DEL EMBARAZO

La experiencia del embarazo por muchos años se ha considerado a nivel popular como la ocurrencia de un estado fisiológico normal en la vida procreativa de la mujer, ocurriendo sin mayores molestias que las habituales, tales como vómitos, náuseas, aumentos de peso, fatiga, sueño y algunos otros cambios fisiológicos más. De manera, que se concibe tan solo como un estado temporal de cambios exclusivamente a nivel fisiológico, ligado inevitablemente a molestias y dolores, adquiriendo la homeostasis sólo después del parto (Valderrama, 1988).

Sin embargo, en los últimos años la investigación en el ámbito perinatal se ha ido ampliando y extendiendo a otros tópicos que hacen referencia no tan solo a los aspectos obstétricos, sino se ha tratado de explicar a partir de otros más, tales como los sociales y los psicológicos.

En primer lugar, el aspecto bio-médico y fisiológico, resalta como principal postulado los cambios hormonales del embarazo que tienden a causar síntomas, incidiendo directamente sobre la fisiología materna, señalándolos como principal causante de dificultades obstétricas. Un segundo aspecto es el social, en donde está inmersa el cumplimiento de tareas de desarrollo psicosociales correspondientes a la maduración. Por último, un tercer aspecto es el que se refiere al embarazo como un conflicto intrapsíquico, es decir, parte de elementos psicológicos y cambios somáticos para explicar el resultado de conflictos internos experimentados por las mujeres (Oaklein citado por Lips, 1985; Morales y colaboradores, 1988 y Ruiz y Martínez, 1988).

Según Refé y colaboradores (1993), Deutsch (1994), Erikson (1960), Breen, MacFarlanek Bibring, Dwyer, Huntigton, Valenstein, Caplan, Taylor, Sherman (citados en Valderrama, 1988), Carco (1990) y Salvatierra (1989), entre otros teóricos, refieren que el embarazo es uno de los acontecimientos de mayor trascendencia que la mujer llega a experimentar en su vida procreativa, ya que se considera, un estado crítico de desarrollo en la vida de ésta, que está ligado no sólo a cambios de tipo fisiológico, además de una concreta amenaza de daño, incluso de muerte, con seguridad de dolor, no sólo para la madre sino también para el feto; por lo que la mujer al ser consciente de ello experimenta preocupación y miedo; también mencionan éstos autores que la gestación lleva implícito adaptaciones de índole psicológico que están relacionadas a la condición de mujer, con alteraciones emocionales muy importantes que le otorgan una maduración de su personalidad, pero en el cual también convergen aspectos dinámicos vinculados con el nivel previo de madurez emocional, sentido de feminidad, presencia de conflictos no resueltos, temprana relación madre-hija y en donde inclusive interfieren aspectos socioculturales.

La razón por concederle importancia a tal periodo se justifica no solo porque implica una etapa de crisis, en donde la mujer se enfrenta a serios problemas, sino como ya se mencionó, ello implica una tarea de desarrollo psicosocial o más exactamente una sucesión de tareas u objetivos difíciles que le otorgan madurez, es decir, se prevé que ante tal experiencia la mujer logre alcanzar un desarrollo psicológico, dentro de un contexto sociocultural presentándosele la oportunidad de obtener un ajuste con respecto a sus relaciones con su pareja, padre, producto y particularmente consigo misma y en el cual emergen una serie de cambios emocionales, que conlleva al proceso de adaptación (Kennel citado en Morales, 1988; Rotó y cols., 1993 y Valderrama, 1988).

Normalmente el embarazo tiene una duración de nueve meses, por lo que tradicionalmente los meses del embarazo se han dividido por trimestres. Cada trimestre sirve para marcar los diferentes cambios físicos y emocionales que caracterizan a la mujer embarazada (Ewy, Roger y Eva, citados en Steiner, 1981), así como también, para marcar la repercusión y efecto que llegan a tener determinados síntomas que provocan el proceso de desarrollo del feto sobre el organismo femenino y su estado emocional, de acuerdo a la etapa de gestación que se esté llevando en curso, de aquí que se considera oportuno describir las características del embarazo por trimestre a continuación.

#### CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO POR TRIMESTRE

El primer trimestre del embarazo, abarca desde el principio de la gestación, hasta los tres meses, en donde el embrión alcanza a medir unos 3 centímetros y ya tienen un corazón definido completamente; además de que los ojos, nariz, boca, orejas, manos y pies se desarrollan paulatinamente. Mientras que en la mujer es común la evidencia de síntomas físicos y una marcada introspección (Zarco, 1990; Pick de Weiss y cols., 1991).

Al inicio del embarazo, la mujer no percibe su estado en forma objetiva y con el diagnóstico médico lo confirma aunque duda, más tarde se manifiesta objetivamente. En esta primera etapa es muy frecuente que existan conflictos en el estado emocional (Zarco, 1990; Pick de Weiss y cols., 1991), como depresión (Everly, 1989 y Fernández y Arcelus, 1988), ambivalencia, inestabilidad emocional, entre otros más (Zarco, 1990; Pick de Weiss y cols., 1991).

En el segundo trimestre, se continúan formando en el feto las partes antes mencionadas y los órganos ya empiezan a abrirse y cerrarse. El producto ya es capaz de tener movimiento y la madre ya puede percibirlo, la cual repasa en la presencia de signos más observables del embarazo. La mujer presenta más seguridad en sí misma y más orientación hacia su pareja. En este trimestre ya han desaparecido algunos síntomas (Zarco, 1990; Pick de Weiss y cols.,

1991). Se presentan reacciones positivas, aunque para la mujer el segundo trimestre se convierte en un periodo donde empieza a percibir las alteraciones en su imagen corporal. Los cambios fisiológicos que se presentan en esta etapa parecen acentuar el sentimiento de que el cuadro interiorizado de sí misma ya no se ajusta a la imagen del espejo y hay una necesidad constante de que la pareja reafirme su confianza respecto a su belleza y su atractivo sexual (Anderson, Camacho y Stark, citados en Steiner 1991).

El tercer trimestre, es la última fase del embarazo, en la cual el feto da vueltas y su crecimiento alcanza aproximadamente 50 centímetros. Sus órganos están tan desarrollados que ya pueden funcionar independientemente, en tanto que la mujer experimenta incremento de las molestias nuevamente, tales como: el insomnio, fatiga, ansiedad y miedos relacionados con el parto. Aumentan los sentimientos de dependencia e identificación con el recién nacido. La mujer tomará la actitud hacia el niño dependiendo de la aceptación que la pareja tenga hacia él, entre otros factores o bien rechazo (Zarco, 1990; Pick de Weisz y cols., 1991).

#### SINTOMAS Y SIGNOS DEL EMBARAZO

El embarazo trae consigo una serie de síntomas y signos tanto físicos como psicológicos que afectan por completo la conducta de la mujer (Steiner, 1991).

Algunos de los cambios físicos que trae consigo el embarazo son hormonales. Siendo la amenorrea el primero y más importante signo del embarazo. También se presentan cambios en los órganos internos al ensancharse el abdomen después del tercer mes (Steiner, 1991).

Cabe señalar tanto los síntomas, como los signos que la literatura obstétrica reporta:

#### SINTOMAS PRESUNTIVOS

- 1) Amenorrea (cese de la menstruación).
- 2) Náuseas y vómito por periodos prolongados en los primeros tres meses.
- 3) Dolor y hormigueo en las mamas, congestión de las mamas ocurriendo en las primeras semanas del embarazo, debido a la acción estrógenica de la progesterona.
- 4) Poliuria y micción imperativa (aumento de deseo de evacuar la vejiga, debido a la estructura de la pelvis y por la presión originada del ensanchamiento del útero).
- 5) Constipación. Como resultado de los cambios alimenticios.
- 6) Fatiga.
- 7) Aceleración (percepción de los primeros movimientos fetales que tienen lugar entre las catorce y dieciséis semanas de



gestación).

- 8) Aumento de peso.
- 9) Efectos metabólicos.
- 10) Elevación de la temperatura.

#### SIGNOS PRESUNTIVOS

- 1) Pigmentación cutánea, melanosos facial, oscurecimiento de la frente, dorso de la nariz y pómulos.
- 2) Epulis (hipertrofia de las papilas gingivales ocurridos en el primer trimestre del embarazo).
- 3) Leucorrea (aumento de estrógenos y progesterona que aumenta el moco cervical y produce una marcada descamación de células epiteliales vaginales).
- 4) Cambios en mamas.
- 5) Crecimiento abdominal.
- 6) Cambios en los órganos pélvicos.

SINTOMAS PROBABLES. Se consideran como tales todos aquellos clasificados como presuntivos.

#### SIGNOS PROBABLES

- 1) Crecimiento uterino (correlación del tamaño uterino con la fecha de concepción).
- 2) Soplo uterino (sonido intenso que se puede escuchar bilateralmente sobre el pubis, sincronizando el pulso materno).
- 3) Contracciones uterinas (signo de Braxton-Hicks).

#### SIGNOS POSITIVOS O DE CERTEZA

Constituyen aquellas evidencias médicas, que se hacen presentes después del cuarto mes.

- 1) Auscultación del latido cardíaco fetal.
- 2) Palpaciones del contorno fetal.
- 3) Reconocimiento de los movimientos fetales.
- 4) Demostración radiológica del esqueleto fetal.
- 5) Ultrasonografía.
- 6) Electrocardiografía fetal.

Hasta aquí podemos resumir, que cuando se lleva a cabo un acto sexual, independientemente de cómo se dieron las circunstancias y bajo que condiciones resultando el embarazo; éste implica todo un proceso relevante convirtiendo a la mujer en futura madre. Período en el que debido a toda una movilización hormonal, emergen una serie de síntomas y signos insidiando en la conducta y estado emocional de la mujer.

Como ya se mencionó el embarazo, parto y nacimiento forman parte de un mismo proceso, que por tener una duración de 40 semanas

o 9 meses se ha segmentado por trimestres, en los cuales se pueden identificar claramente las características propias de cada uno marcando los diferentes cambios físicos y emocionales de la mujer y la repercusión o efecto en la misma.

Además, como se puede concluir, la trascendencia del embarazo está sustentada por los aspectos vinculados que tienen estrecha relación. Sin embargo a pesar de que ya fueron mencionados, se abordarán a continuación para tener una mayor claridad de la naturaleza de este evento; tales aspectos a saber son: Aspectos Bio-médicos, Aspectos Psicosociales y Aspectos psicológicos con sus implicaciones emocionales.

#### ASPECTOS BIOMÉDICOS Y FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO

Los conceptos que se manejan en el ámbito médico, proceden o ya se mencionó de un orden biológico, por lo que la literatura ginecétrica define al embarazo como el período comprendido desde la fecundación del ovulo, hasta el parto (Higashida, 1985), es decir, es el período que se extiende desde el encuentro de una célula masculina y una célula femenina, hasta el nacimiento de un niño capaz de vivir de manera autónoma o hasta la interrupción de éste proceso con el aborto (Mendez, 1986; Macary y Macary, 1983).

La existencia de un gran número de investigaciones en el estudio del embarazo, según Salvatierra (1985) y Valderrama (1988) con un enfoque médico, muestra un carácter biológico respecto a tal evento, así dentro de este aspecto de la gestación se espera el cumplimiento de objetivos siendo el principal el nacimiento de un niño sano sin detrimento físico para la madre, además de los siguientes objetivos concretos:

1. Lograr un nacido vivo de más de 37 semanas de gestación y de 2 500 grs o más de peso.
2. Que el nacido no presente malformaciones congénitas en enfermedad adquirida durante el embarazo.
3. Que su estado al nacimiento sea normal, es decir, presente un índice de Apgar de 7 puntos o más a los 5 minutos y no muestre alteraciones neurológicas. El índice de Apgar de refiere a sus constantes vitales (frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, reflejos y coloración) y puede llegar como máximo a 10 puntos.
4. Que la embarazada no haya requerido asistencia especializada, ni hospitalización durante el embarazo.
5. Que el parto haya sido espontáneo, con duración menor de 12 hrs. y bien tolerado por la madre.

Es importante señalar que el embarazo, independientemente de la condición física, social, económica y psicológica de la mujer, causa alteraciones en la fisiología materna, ocurriendo variaciones en el funcionamiento normal de todos los aparatos y sistemas, tales como la deformación del cuerpo con notable incremento de peso, evidencia que implica profundas modificaciones metabólicas y circulatorias provocadas por una masiva producción de esteroides por la placenta, así como de cambios hormonales que son los que tienden a causar los síntomas ya antes referidos incidiendo directamente sobre la fisiología materna, lo cual puede ser causante de dificultades obstétricas (Eaij y Nilsson, Grim, Chalmers, citados por Morales y colaboradores, 1988); Bellak, citado por Valderrama, 1988).

También se encuentran nuevas sensaciones que llegan al cerebro desde la periferia y desde el quinto mes, la gestante percibe la existencia de alguien vivo en su matriz, que crece y se agita en progresión creciente hasta el momento del parto, fenómeno único en que se realiza el nacimiento traumático y sanatorio del hijo, separación que equivale casi a una parturición (Valderrama, 1989).

La literatura obstétrica reporta, que los mecanismos que dan origen a los cambios de la fisiología materna son desencadenados por los mensajes hormonales, produciendo cambios obvios y sutiles que afectan a muchos sistemas orgánicos. Es decir, el patrón hormonal en la circulación cambia súbitamente durante el embarazo, presentandose de manera diferente al patrón que se efectúa durante el ciclo menstrual normal (Valderrama, 1988).

El movimiento activo de hormonas se inicia con un aumento de estrógenos, produciendose en grandes cantidades por los sincitiotriastos de la placenta, (Hamilton, Benson, citados en Valderrama, 1988).

El aumento de los estrógenos, activan al metabolismo energético, promoviendo el crecimiento del útero, así como para asegurar la acidez del fluido vaginal y retardando el crecimiento de las bacterias y los hongos, para estimular el aumento de las secreciones de la tiroides y la adrenalina teniendo un efecto anabólico; incrementan el contenido proteínico de los huesos, de la piel y del cuerpo en general (Valderrama, 1988).

Algunas hormonas como son la luteinizante (LH) y la gonadotropina coriónica (HCG) aumentan rápidamente alrededor de los primeros 10 días de la concepción. Contrariamente a la hormona estimulante del folículo (FSH) que desciende a concentraciones apenas detectables, aproximadamente 10 días después de la ovulación (Valderrama, 1988).

Con respecto a las alteraciones subjetivas y objetivas de todo embarazo normal, que tiene que ver con la fisiología de la mujer durante este periodo, es importante considerar que la aparición de

los cambios físicos pueden ser subyacentes a las alteraciones afectivas como la labilidad y susceptibilidad emocional en la mujer embarazada y otras más (Valderrama, 1988).

Una parte importante de complicaciones en el embarazo se debe a causas orgánicas identificables: defectos constitucionales, genéticos, de la mujer; enfermedades antecedentes (diabetes, por ejemplo); infecciones durante el mismo embarazo, etc. En otra proporción considerable la causalidad biológica no es tan evidente, aunque se detectan factores orgánicos que puedan contribuir a la génesis de anomalías: desnutrición, exceso de trabajo, consumo de tóxicos, etc. En bastantes casos no hay una etiología evidente para la complicación en la exploración clínica usual (Salvatierra, 1989).

Al abordar el aspecto bio-médico y fisiológico del embarazo, podemos resumir que los conceptos que se manejan proceden básicamente de un orden biológico, dado por el origen de la concepción, ya que participan dos células inicialmente para la formación de un ser vivo. También, por medio de esta revisión se puede confirmar que en este proceso ocurren variaciones en el funcionamiento normal de todos los órganos y sistemas, además de modificaciones metabólicas y aumento de peso en la mujer debido a una profunda movilización hormonal. La causalidad biológica no es tan evidente con respecto a las complicaciones en el embarazo; sin embargo, cuando se suscitan pueden deberse a causas orgánicas identificables. Y para finalizar, todos los cambios inmersos en la fisiología de la mujer embarazada puede ser subyacentes a diversos estados afectivos.

#### ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO

La posición que la mujer ocupa en el ámbito social, resulta definitivamente importante tomarla en cuenta, en tanto que se hacen evidentes las diferencias en comportamiento y desenvolvimiento social que mantenía la mujer de épocas pasadas a la mujer actual (Valderrama, 1988). Langer (1978), señala que la "evolución histórica ha impulsado a la mujer para que ocupe y asuma determinado rol de acuerdo a las exigencias que la sociedad le impone".

En 1950 Erickson introdujo el calificativo "psicosocial" para referirse a "la interacción entre los esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social". La vida de una persona atravesada una serie de estadios de desarrollo psicosocial. Durante cada estadio, la sociedad espera determinados comportamientos, que son los correspondientes a la edad y situación, que constituyen exigencias que el sujeto debe afrontar mediante un trabajo interno de aceptación primero y con cumplimiento de éxito después. Este trabajo psicológico se denomina tarea de desarrollo psicosocial y

prepara al sujeto para el estadio siguiente. El embarazo es un estadio de desarrollo que implica tareas, entre la más importante es la de aceptar la gestación y ejercer el papel materno con afecto o ternura, sin restarle importancia a otras (Salvatierra, 1989).

Según Salvatierra (1989), el cumplimiento de los objetivos sociales que se esperan, serían el que la mujer crezca y madure como madre en el plano personal, psicológico y social, pero el principal es mantener o alcanzar una salud psicossocial óptima; lo que representa el cumplimiento de las tareas de desarrollo psicossocial que promueven los fundamentos para la siguiente etapa de maternidad. Tales tareas son de aceptación, adaptación y ligazón las cuales son relativamente independientes y siguen un curso temporal propio a lo largo de la gestación. Aquí este autor distingue tres componentes:

1. La aceptación del embarazo, es solo a nivel intelectual sino también emocional.
2. La adaptación al papel materno, que requiere la asignación al neonato de una identidad basada en la realidad.
3. La ligazón maternopostnatal que puede describirse como una actitud positiva e interactiva con su reto y que es la base de la futura relación afectiva con el hijo.

Sin embargo, algunos factores que influyen negativamente en la aceptación de la mujer hacia la maternidad, según Barclay y Barclay (1975) son el rechazo a los cambios que la mujer embarazada tendrá hasta el nacimiento de su hijo, además de aquellos relacionados con su vida tales como: el dedicarse al hogar y a su hijo, el desarrollo personal, se verá intererido, entre otros cambios.

Otros autores como Nees (1984), señalan que el proceso de adaptación de la mujer embarazada al maternaje, esta relacionado con el deseo de la gestación misma. Además, el apoyo que reciba por parte del entorno social la mujer embarazada, es de gran importancia para la adaptación, aceptación y ligazón de la madre hacia la gravidez. Según Seifer (1977), tanto el compañero como los familiares acompañan a la mujer embarazada en los procesos psicologicos de adaptación, así como también la actitud que manifieste la pareja ante el embarazo son de importancia para que esta acepte su nueva condición.

Por otra parte, se tiene entendido que las culturas regulan la conducta reproductiva dentro de un marco legal y ritual, pues cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo, parto y puerperio, en donde las futuras madres han de acoplarse a dichas creencias, que condicionan en gran parte tanto sus expectativas, como su comportamiento (Salvatierra, 1989).

Por lo que los valores, mitos, prejuicios, que rodean o

caracterizan los roles de hombre, mujer; así como el concepto que tenga respecto a la maternidad y al embarazo propiamente dicho, serán simplemente válidos y entendibles dentro de determinado ámbito cultural, resultando difícil de entender y explicar para otra cultura en cuestión. De manera, que al intentar explicar los valores asumidos por la mujer en nuestra cultura, se podrán encontrar semejanzas y diferencias respecto a otras culturas más. No cabe más que concederle a la cultura la parte correspondiente de influencia respecto al rol asumido por la mujer, directamente vinculado a la función de maternidad (Valderrama, 1988).

En nuestra cultura occidental, desde se ha estigmatizado los fenómenos reproductivos como el mayor sufrimiento en la vida de la mujer, el parto representa el máximo castigo por supuestos pecados cometidos; sin embargo, en otras sociedades, el embarazo es vivido como un proceso natural y es un evento que no implica peligro alguno (Ruiz Durá y Martínez, 1988).

Resumiendo, podemos decir que en los aspectos psicosociales se contemplan al embarazo como un estadio de desarrollo que implica tareas, siendo la más importante, la de aceptar la gestación y ejercer el rol materno con firmeza, sin restarle importancia a las tareas que tienen que ver con la adaptación y ligazón. Además en esta etapa debe llevarse a cabo el cumplimiento de los objetivos sociales que se esperan en este proceso, tales como: el que la mujer crezca y madure como madre en el plano personal, psicológico y social. Se tomaron en cuenta algunos factores que influyen negativamente como la manera positiva en la aceptación de la mujer hacia la maternidad. Todo lo anterior, está relacionado estrechamente bajo un marco cultural.

#### ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO

El aspecto psicológico esencial, es que las mujeres son conscientes de la significación del embarazo. Una diferencia fundamental entre la especie humana y los restantes animales es que únicamente los humanos saben que han de morir y saben que también pueden dar la vida (Salvatierra, 1989).

La gestación como indica Melinski (citado en Salvatierra, 1989), plantea a la consciencia de las mujeres tres realidades muy diversamente percibidas:

1. La percepción de un nuevo ser, un tercero en la relación, ha entonces diádica, entre mujer y hombre.
2. Profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y conllevan la posibilidad de daño corporal.
3. Un cambio en el papel social.

Estas nuevas realidades provocan reacciones psicológicas de la mujer, por lo que al referirse a los aspectos psicológicos del embarazo implica partir de los muchos supuestos que al respecto se han hecho, considerando a este como un acontecimiento dramático al que se enfrenta la mujer quien lo desea y lo teme, lo siente como un enriquecimiento y una mutilación a la vez. Así mismo, como un evento al que se le confiere un carácter de angustia y conflicto debido a los cambios implicados, es decir, que el embarazo se presenta como un evento traducido a emociones y ambivalencias, temores y deseos, actividad y pasividad, un proceso orgánico que es fácilmente utilizado por el aparato psíquico para dar expresión a tensiones emotivas preexistentes (Deutsch, 1944; Langer, 1978).

Diversos teóricos en el ámbito de la psicología, señalan que el embarazo es una crisis emocional similar al que presenta en la adolescencia, pues se vive un equilibrio psicológico de fases de desarrollo previas al embarazo (Bibring citada por Fernández y Arcelus, 1988) como regresiones, pérdida de defensas (Heister citado por Steiner, 1991), reestructuración del autoconcepto inherente en la transición al rol externo y la elaboración de la identificación con la propia madre (Gendin citada por Steiner, 1991). Es decir, existen varios aspectos que influyen en la magnitud de los cambios psicológicos que ocurren durante el embarazo, como son los antecedentes emocionales y la historia de la vida de la mujer por ejemplo, si la mujer ha presentado inestabilidad emocional, si el embarazo fue o no planeado, si cuenta con una buena relación de pareja, si existe una situación económica estable o si se cuenta con figuras de apoyo con las que se pueden compartir temores, angustias y necesidades (Fernández y Colla, 1993).

Freud, Horney, Erikson (citados por Valderrama, 1988), Morales y colaboradores (1988), Arhundia (1988), Zarco (1990), Heiman (citados en Salvatierra, 1989) entre otros, están de acuerdo en que efectivamente, el embarazo es un período de crisis del desarrollo psicológico, en el que intervienen aspectos tanto psicológicos como dinámicos vinculados al nivel previo de madurez emocional de la personalidad en la mujer embarazada y el contexto social en que se desarrolla, que determinan el estado emocional de la gestante.

De la misma forma Helen Deutsch (1944), menciona que el embarazo es una "crisis de maduración". Mientras que Bibring (1959), también destacó el carácter de la gestación como una crisis psicológica, considerándolo como un período de desequilibrio fisiológicos y psicológicos que induce al crecimiento y maduración de la mujer. El aspecto de maduración es fácil de comprender si se considera como el cumplimiento de las tareas de desarrollo psicosocial correspondientes. Pero simultáneamente con la maduración, la mujer gestante experimenta una regresión a sus etapas más tempranas de desarrollo y conducta. La regresión es parte normal y regular del embarazo y en cierto sentido, desempeña una función de adaptación. La experiencia del embarazo hace aflorar los conflictos de desarrollo infantil y puberal, especialmente los

problemas relacionados con la madre. El modelo que la embarazada tiene ante sí, es el de su propia madre. La gestación es una preparación para la maternidad que incluye la repetición y la reactivación de los conflictos tempranos de la mujer con su propia madre (Salvatierra, 1989).

La psicología, explica que en el embarazo se presenta un conflicto intrapsíquico; es decir, parte de elementos psicológicos y cambios somáticos para explicar el resultado de conflictos y ternos experimentados por las mujeres y la forma en que ellas reaccionan a su condición de embarazo (Morales y Colaborales, 1988; Soifer, 1977).

Soifer (1977), explica los procesos psicológicos inmersos durante el proceso de embarazo deseado y aceptado por la madre, de acuerdo a ciertos momentos específicos, los cuales son subyacentes a procesos de ansiedad que pueden durar días o semanas y llegar a producir sintomatología física o inclusive provocar el aborto o el parto prematuro, tales momentos son a saber: en el comienzo de la gestación; durante la formación de la placenta (2o y 3er mes); ante la percepción de los movimientos (4 y medio meses); por la instalación franca de los movimientos (5 meses); por la variación interna (6 y medio meses en adelante); al comienzo del noveno mes; mismos que se explicaran a continuación:

a) La situación psicológica en el comienzo de la gestación.

La primera sospecha del estado de embarazo recae sobre un síntoma que produce cierta inquietud: la hipersomnia. La mujer siente que necesita dormir mucho más de lo habitual, que no le son suficientes las horas que generalmente destina a este fin y que está con sueño todo el día. Según teóricos psicoanalistas como Langer (1978) refieren que con este síntoma de hipersomnia comienza la regresión, asumiendo las características de una identificación fantaseada con el feto. La regresión es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales, y la sensación de incognita.

Los cambios imperceptibles a la observación ligera de las manifestaciones externas de esta regresión y de la retracción que surgen a partir de la segunda o tercer semana del embarazo son las siguientes: la mujer se encuentra abstraída, se halla como en un estado de sopor (además de sentir realmente sueño) y un tanto desconectada de los demás, a lo que se suman las ansiedades que despiertan la verificación de la falta menstrual originando incógnitas o la negación del embarazo.

Langer (1978) señala que el mayor o menor grado de aceptación del embarazo por parte del ambiente social inmediato refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad. También refiere que todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo (deseo y



contradeseo). El rechazo se basa en vivencias persecutorias débiles a la elaboración del conflicto edípico, generalmente conectadas con sentimientos de culpa. El mecanismo de defensa más útil para resolver el conflicto es la negación.

Es así, como el síntoma de hipersomnia, al favorecer la negación de los síntomas es provechoso, además de ser una defensa biológica, que proporciona al organismo reposo para el proceso que inicia; por lo tanto el insomnio debe ser considerado como la expresión de una situación externa de ansiedad frente al embarazo.

Como se revisó con anterioridad, en el apartado correspondiente a los signos y síntomas del embarazo, en el inicio de este evento suelen presentarse náuseas y vómitos, los cuales junto con la ansiedad son determinados por la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo, siendo a su vez esta la expresión del conflicto de ambivalencia, debido a la intensificación de las vivencias persecutorias que existen frente a la maternidad como el producto de sentimientos de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados a la propia madre como por los deseos de ocupar su lugar. La vivencia persecutoria es que alguien pueda arrebatarse el hijo nacido y demostrarle que se trata de una fantasía y no de un embarazo real, o bien que el embarazo tan deseado implique la pérdida de la propia madre, por haberse concretado la fantasía infantil evidenciada: tener el hijo y que la madre esté destruida.

Otro aspecto importante de la psicopatología de los síntomas de las náuseas y vómitos, es el temor de no ser capaz de dar a luz y criar un niño. El temor se basa por un lado en el temor al hijo en general, a ese desconocido que recién se verá al cabo del embarazo y por otra parte en forma especial al desarrollo cultural con respecto a los conocimientos sobre crianza. Además, se puede sumar otro factor que es el temor derivado de la situación económica, cuando ésta es realmente precaria, o como la fantasía pura, por desplazamiento de las ansiedades inconscientes.

b) Durante la formación de la placenta (2o y 3er mes).

Cuando se establece la circulación a través de las vellosidades cambia el sistema nutritivo del embrión, realizándose este proceso a través de la placenta. Los procesos de nidación y absorción de sustancias alimenticias en el torrente circulatorio materno, con los cambios psicológicos que determinan, son percibidos en forma persecutoria por el inconsciente de la mujer.

Por lo que desde el comienzo del 2o mes, la mujer embarazada tiene sueños que resultan típicos en los que aparecen elementos de sangre.

En este momento de la gestación, a la sintomatología de las náuseas y vómitos, que en algunos casos de incremento de las

vivencias persecutorias suelen intensificarse, se añade la diarrea o la constipación. Ambas disfunciones asustan mucho, dado que la embarazada acostumbra asociarlas conscientemente al peligro de aborto.

Dentro del psicoanálisis, como lo postulara Freud (citado por Soifer, 1977), estos síntomas son la expresión del rechazo al hijo, ese rechazo involucra tan solo un aspecto de la personalidad, de la importancia menor que el otro, el que anhela ser madre. Es decir, si una mujer embarazada vomita o tiene diarrea o se constipa es porque está asustada por la percepción de su rechazo y busca dar salida a éste a través de la sintomatología. Por lo tanto vomita o defeca excesivamente como manera de disociar y discriminar lo bueno de lo malo dentro de ella, expulsando lo malo para quedarse con lo bueno, el hijo.

Por otra parte el rechazo, como ha sido expuesto por diversos autores, obedece a vivencias terroríficas tanto con respecto al hijo en sí mismo, representante de la propia hostilidad hacia los padres, como en relación a los propios padres, que aparecen cargados de amenazas y reproches por la actividad sexual de la mujer.

c) La percepción de los movimientos fetales (3 1/2 meses).

Al percibirse los movimientos fetales a los tres meses y medio de la gestación, es porque corresponde en la evolución fetal al surgimiento de la motilidad. Pero no en todos los casos la consciencia de la mujer registra esa situación, siendo hasta el quinto mes cuando empiecen a percibirlo y un menor porcentaje de mujeres entre el sexto y séptimo mes lo percibe, lo cual se atribuye a la negación, cuando las mujeres conrunden la gestación con amorfos.

Otra manifestación psíquica que puede presentarse en esta época de la gestación, es la del chico que da patadas, en donde el mecanismo de defensa inconsciente es la proyección, en base a lo cual se desplaza sobre el niño una imagen terrorífica, que es identificada en él; la criatura es sentida, entonces, como un ser peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos, amenazan con causar un severo daño físico a la madre. Lo proyectado en esta imagen son los impulsos hostiles hacia la propia madre embarazada (fantaseada o real).

Tales distorsiones de la percepción por negación o proyección, con sus fantasías, son la expresión de un profundo estado de ansiedad.

La investigación de esta ansiedad ubica en primer lugar, el temor al hijo, que aparece como un desconocido, un ser cuyo sexo, forma y características, etc., son una incógnita. Junto con este temor, está el miedo a la responsabilidad asumida el cual en éste

momento adquiere características de un hecho concreto.

Además de la negación y proyección, la embarazada, por lo general, acude a los mecanismos maníacos. La ensoñación, la fantasía de un hijo hermoso y bueno que la colmará de felicidad, lo cual se basa en el instinto maternal que el psicoanálisis lo atribuye a las tendencias reparatorias de la imagen materna y a la necesidad de recrearla mediante la identificación.

Los mecanismos maníacos pueden estar exagerados, en cuyo caso la mujer, pese a su embarazo, despliega intensa actividad, que dice que "no se da cuenta de su estado, ni piensa en él", siendo su contraparte también maníaca, los antojos, y la necesidad de atención de toda la familia. Además, presentan trastornos románticos: hipertensión o hipotensión, vómitos, diarreas, bulimia, excesivo aumento de peso, etc., cuyos padecimientos físicos producen, a través del masoquismo y de las fantasías de expiación, el alivio buscado ante las intensas vivencias terroríficas.

Los mecanismos maníacos exagerados y la expiación son una defensa frente a la identificación de un temor natural, que surge de una factibilidad real: el niño enfermo.

Esta autora, menciona que la experiencia clínica permite comprender que además de la posibilidad real, esta fantasía monstruosa y terrorífica tiene que ver, por un lado, con el temor de no ser capaz de criar y educar bien al hijo.

La ansiedad dominante de todo el embarazo que surge con la percepción de los movimientos fetales es aquella que tienen que ver con la culpa por experimentar una unión tan íntima y personal, de dos, en la que ningún otro puede interferir. Tanto la ansiedad como la culpa reactivan en el inconsciente las fantasías incestuosas y masturbatorias infantiles.

En casos de ocultamiento o mentira, con respecto al embarazo, se pueden observar la intensificación de trastornos como emergencia de cierta patología psíquica: terrores nocturnos, fobias agudas, convulsiones, etc.

Todo lo anteriormente expuesto, nos permite comprender que la percepción de los primeros movimientos determinan la urgencia de fuertes ansiedades y dependerá de cada personalidad la mayor o menor capacidad de tolerarlas.

d) Por la instalación franca de los movimientos (5 meses en adelante).

Los movimientos a partir de los cinco meses cumplidos va acompañada de una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas del embarazo. Las mujeres refieren que el vientre se le pone duro a momentos y después se afloja. Lo cual produce

siempre un proceso de ansiedad y entre los mecanismos de defensa, se acentúa la retracción narcisista, si bien el estado de euforia puede continuar.

e) Por la versión interna (6 1/2 meses en adelante).

Desde los 6 1/2 en adelante, los movimientos fetales producen una visión interna, de como el niño comienza a ubicarse de cabeza a bajo a la entrada del canal de parto. La percepción de estos mecanismos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente, que se trauce en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

La crisis de ansiedad inconsciente determina ciertos procesos somáticos: crisis de hipertensión, hipotensión, vómitos graves, hiperemesis, diarrea, constipación, edemas, un brusco y excesivo aumento de peso, intensificación dolorosísima de los calambres, etc. La emergencia más grave es el parto prematuro, entendiéndose por tal el que se produce entre los 6 y los 8 meses cumplidos.

f) el comienzo del noveno mes.

Con el comienzo del 9o mes surgen varias modificaciones fisiológicas: el feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando peso y volumen; las contracciones fisiológicas se acentúan; tales modificaciones intensifican las ansiedades, pronunciándose con la proximidad del parto.

La crisis de ansiedad puede expresarse: con el parto anticipado (casi a término ya) y con distintas somatizaciones.

Las fantasías se centran en torno al temor a la muerte, al dolor, al vaciamiento, a la castración, etc., con características intensas, por lo general inconscientes.

Con la revisión de la clasificación de los procesos psicodinámicos inmersos en el embarazo que ofrece Soifer (1977), en cuyos momentos específicos se ve incrementada la ansiedad, se puede concluir que es una explicación subjetiva, pues está sustentada en su particular experiencia clínica y no en investigaciones estructuradas.

## Implicaciones emocionales en el Embarazo

Zarco (1990) refiere, que las modificaciones en la imagen corporal, conflictos psicológicos latentes activados, los efectos acumulativos de los cambios endócrinos, tienen que ver con el surgimiento de alteraciones a nivel psíquico y emocional.

Salvatierra (1989), Valderrama (1988), Soifer (1977), Archundia (1981), Mercer y Lips (1982), Zarco (1990), entre otros, están de acuerdo en que el embarazo es uno de los eventos más importantes para la mujer, así mismo es referir que es un periodo que se caracteriza por diversas alteraciones emocionales.

A través de estudios con mujeres embarazadas se ha señalado que entre las alteraciones emocionales más frecuentes se encuentran las siguientes:

Ansiedad, regresión y dependencia, interés corporal, resentimiento, sensibilidad y labilidad emocional, estado de ánimo oscilante, variaciones en el deseo sexual, preocupaciones económicas por empleo o por el estado de salud del bebé, por la fecha del parto, etc. Tales alteraciones emocionales no se presentan aisladamente, sino al igual que otros síntomas físicos, dependerá de la etapa de gestación que se está presentando (Valderrama, 1989).

La mujer embarazada puede presentar múltiples actitudes frente a su estado, lo cual incluye ambivalencia hacia su futuro hijo, que tienen que ver con un deseo del embarazo y a la vez con un rechazo. En donde, por un lado existe un profundo deseo del hijo, con la íntima convicción de que debe cumplirse, ya que es el objetivo cumbre de la mujer. Por otro lado ese deseo se acompaña de un conflicto, centrado alrededor de la aceptación o del rechazo de la gestación. Sin embargo, como parte del proceso psicológico del embarazo es típico en nuestra cultura, la presencia de la ambivalencia, altos y altos niveles de ansiedad, condicionados de forma importante por las demandas sociales con que las mujeres se enfrentan a este evento (Zarco, 1990; Salvatierra, 1989; Soifer, 1977).

Según Anderson, Camacho y Starí (citados por Steiner, 1991), cuando un embarazo es planeado, los padres esperan que satisfaga todos sus sueños y deseos, pero también se producen sentimientos, pues se presenta una ambivalencia cuando los padres tienen que ocuparse de la realidad y dejar de lado los sueños. Considerando que la realidad tiene que ver con una responsabilidad grande y concreta.

Mientras que Fernández y Arcelus (1988), mencionan que la ambivalencia se refiere a una serie de sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo, tales como una

de satisfacción, mezclada con frustración por las limitaciones que emergen con el embarazo, además de otros sentimientos ambivalentes como amor y odio, dependencia e independencia, los que no solo están dirigidos hacia el hijo, sino a la pareja y a la madre también.

A pesar de que la ansiedad es considerada por varios autores, como una de las características de la mujer embarazada González (1991), Zarco (1990), Mercer y Ferketich (1988), Ruiz Durá (1986), Langer (1978), se han observado resultados que se contradicen en poblaciones mexicanas. Así, Valderrama (1988) evaluó el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) encontrando, en una muestra de 100 mujeres entre 20 y 35 años, con un embarazo sin complicaciones en el Instituto Nacional de Perinatología (INPER), que el embarazo de curso normal no promueve en la mujer embarazada modificaciones en el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado, ya que este se presenta dentro un patrón de normalidad, sin llegar a niveles significativos. Tales resultados fueron encontrados por Zarco (1990) y Archundia (1991), quienes también observaron que entre las mujeres primigestas y multigestas no existen diferencias en el nivel de ansiedad en poblaciones mexicanas.

En la literatura se ha encontrado una amplia diversidad de características que pueden estar relacionadas con el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas. Así, Mercer y Ferketink (1988), mencionan que el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas depende por un lado del tipo de embarazo que presente, ya sea normoevolutivo o de alto riesgo y por otro lado de la autoestima y el apoyo social. A lo que se suman los recursos que refiere Salvatierra (1989), los cuales son: la capacidad física, la salud previa y actual, recursos materiales y psicológicos.

Según Everly (1989), señala que el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazada está relacionado con el trimestre y el número de gesta que está cursando, ya que durante el primero y el tercer trimestre del embarazo y en las primíparas se observa elevada la ansiedad que en el segundo trimestre y en las multiparas.

Soifer (1977) al respecto menciona que al cabo de la gestación, el hombre y la mujer viven la experiencia de un parto, lo que genera ansiedad, puesto que no se tiene certeza absoluta del resultado, hasta que el bebé nace. Después del alumbramiento, se integra a la pareja un nuevo ser. Todas estas situaciones nuevas modifican roles familiares y pueden ser necesarios reajustes y readaptaciones. La ansiedad que origina este tipo de cambio puede presentarse en varias formas: la embarazada puede presentar fluctuaciones en su estado emocional, mientras que el esposo podría presentar celos o sentirse desplazado, etc.

Es natural que las mujeres conozcan las probabilidades de la

desviación de la normalidad, de peligro y de daño, para ellas misma y para su hijo, durante la gestación y el parto, por lo que la mayoría de las embarazadas manifiestan preocupaciones. En un estudio realizado por Ilano y Sol (citado en Salvatierra, 1989), sobre 27 primigrávidas las cuales eran mujeres de bajo nivel social, con problemas económicos y de vivienda, derivados de la segunda guerra mundial, se realizaron una serie de temores conscientes, que los autores atribuyeron a la ansiedad y tales fueron divididos en dos grupos: 1) Temor por ella misma, en las que se incluyen las preocupaciones por la salud y complicaciones durante el embarazo y parto, miedo al dolor y a la muerte; y 2) Temor por el hijo, en el que se contemplan; el nacimiento, el parto, la malformación congénita, a los trabajos y esfuerzos maternos, a la muerte intrasterina, etc.

Al respecto Guzmán (1976) menciona que uno de las fuentes de tensiones psicológicas en la relación con la mujer embarazada, además de los temores derivados del embarazo y de la maternidad, es la que se refiere a los temores localizados alrededor del mismo embarazo, el parto y el recién nacido; los temores de la mujer sobre sí misma tienen que ver con el dolor físico, la muerte y las enfermedades; con respecto a los temores que se centran en el feto son el temor a la muerte, el defecto físico y a las enfermedades.

Lips (1982), observó que el nivel de ansiedad que presentan las mujeres está relacionado con las ideas que sobre él se tienen, presentando estrecha relación con la cultura, además menciona que las mujeres con prejuicios y falsas expectativas con respecto al parto presentan mayor ansiedad, debido a que culturalmente al embarazo se le atribuyen una serie de síntomas físicos y emocionales.

Por su parte Barclay y Barclay (1975), encontraron que el estado de ansiedad, está íntimamente ligado con las actitudes y la angustia que subyace a la gestación, ya que el nivel de ansiedad con respecto al embarazo no se ve alterado al valorarse en el inicio y durante el segundo trimestre del mismo.

Mientras que Soifer (1977), como ya se revisó con anteriormente, determinó los procesos psicológicos que emergen durante el embarazo, de acuerdo a momentos específicos del mismo, en los cuales se ve aumentada la ansiedad.

Otro estado emocional que presentan las mujeres embarazadas es la depresión, la cual ha sido observada por múltiples investigadores tales como González y Morales (1993), Everly (1989), Lips (1982), Morales y Gutiérrez (1991), Méndez (1986) y Deutch (1952), refieren que las mujeres embarazadas presentan altos niveles de depresión, caracterizados por síntomas físicos, introversión, aislamiento, sentimientos de inferioridad e incomprensión, llanto, sensaciones de cansancio, irritabilidad y exigencias hacia la pareja o bien por síntomas pasajeros o características patológicas, con severas consecuencias, aunque

depende de las características propias del embarazo y de la personalidad de la mujer embarazada.

Considerando que la mujer embarazada puede cruzar una problemática de mayor o menor grado, como en el caso del fenómeno depresivo se puede presentar este como una reacción no patológica y pasajera o por el contrario se puede presentar una depresión con revestimiento de manifestaciones psicopatológicas severas. Ante este fenómeno existen varias dificultades, la primera es que se presentan las llamadas depresiones ocultas, cuyas manifestaciones no resultan claras y por lo tanto, no son fácilmente diagnosticables, obstaculizando así su oportuna canalización a tratamiento de salud mental, por lo que pueden existir riesgos por el estado gravídico de la mujer (González y Morales, 1993).

En el estudio realizado por Morales y cols. (1988) con respecto al perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología, encontraron que el nivel de la depresión se caracterizó por reacciones de ajuste a la situación transitoria, presentándose solo fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo acerca de su salud, traducido a una gran variedad de quejas somáticas, es decir un interés a nivel físico que tiende a la somatización.

Dentro del estudio antes señalado, también encontraron que el embarazo no promueve modificaciones en los niveles de autoconcepto en identidad, autoafiliación, conducta, físico, ético-moral, personal, familiar y social, por lo que cabe señalar que en la mujer no se presenta un rechazo hacia su imagen de mujer embarazada tal y como lo ha supuesto Zuckerber (citado por Morales y cols., 1988), es decir, más que un interés en términos de apariencia física la mujer expresa su interés a nivel salud, situación que puede encontrar explicación en los supuestos ideológicos que se manejan con respecto al embarazo dentro de nuestra cultura, mismo que ha rodeado a la maternidad suponiendo que es un estado que dignifica y resalta los valores de femineidad en la mujer (Langer y Ramirez, citados por Morales y cols., 1988).

Sin embargo, se encontró que el embarazo sí promueve modificaciones en el nivel de autoestima, de manera que con tal experiencia la mujer tiende a valorarse en función de su capacidad reproductora, promoviéndose en ella sentimientos de seguridad, confianza y en general mayor autoestima, es decir, de acuerdo con Beck (citado por Morales y cols., 1988) psicológicamente el embarazo representa un evento que entraña crisis de maduración.

Finalmente, Cruz (1992) señala que generalmente en nuestro medio es tan fuerte la concepción ideológica con connotación positiva sobre la maternidad, que el embarazo suele conllevar una mejora en el autoconcepto, no obstante todas las molestias físicas, los ajustes emocionales y sociales. Sobre todo si se trata del



curso de un embarazo considerado normal.

Al término de la revisión del tema del embarazo, se puede concluir que este es un proceso en el cual se ven involucrados diversos aspectos. Así, se pudo entender que en los aspectos bio-médicos y fisiológicos, resaltan como principal postulado, los cambios hormonales del embarazo que tienden a causar síntomas incidiendo directamente en la fisiología materna. Además, bajo estos preceptos se mencionaron una serie de objetivos, siendo el principal el nacimiento de un niño sano sin detrimento físico para la madre.

Como se revisó en los aspectos psicosociales, se espera el cumplimiento de tareas de adaptación psicosociales, preparatorias al maternaje; correspondientes al aspecto de maduración en el plano personal, psicológico y social de la mujer, sin omitir la importancia del marco cultural en el cual se encuentra la gestante.

Por último, se plantearon los aspectos psicológicos y las implicaciones emocionales que circunscriben al embarazo, llegando a la comprensión de que el embarazo es percibido como un conflicto intrapsíquico, es decir, que parte de elementos psicológicos y cambios somáticos para explicar el resultado de conflictos internos experimentados por la mujer embarazada, lo cual determina su estado emocional, que como se puede observar es susceptible a alteraciones en esta etapa de embarazo, oscilante y complejo tales como: ambivalencias, temores, ansiedad, depresión y autoconcepto.

## ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La forma de afrontar el periodo adolescente, como ya se mencionó en el capítulo correspondiente a este tema, tiene que ver con circunstancias específicas y a la convergencia múltiple de aspectos biológicos, sociales, culturales y psicológicos, lo que hace complejo su estudio.

Se ha observado que en la actualidad los cambios biológicos correspondientes a la pubertad se dan en edades más tempranas, pero no así en el aspecto psicológico y social. Lo que tiene que ver con un proceso gradual y el cumplimiento de tareas evolutivas a lograr. En el periodo adolescente, el individuo se enfrenta con problemas de autoridad, definición de la identidad, abandono, búsqueda de autonomía e independencia; pudiendo crear consecuencias de conductas reactivas como el alcoholismo, la inmadurez, el abandono, el delirio, o aquellas correspondientes a la sexualidad como: embarazo de relaciones a edades tempranas, embarazos no deseados, abortos, matrimonios tempranos, divorcios, etc. (Arcelus, 1988; Aldana y Pérez, 1990; Ortigosa y Jiménez, 1991).

Con respecto al embarazo en adolescentes, tema que nos ocupa, se puede hacer mención de la dificultad del mismo, pues es un fenómeno concomitante con una etapa de la vida llena de cambios físicos, biológicos y emocionales, que darán lugar por una parte, a una simplificación de la gestación, evolución, parto y crianza; y por otra parte, a una inestabilidad emocional adjunta a su inmadurez por lo que representa riesgos para la relación en la diada madre-hijo, trascendiendo también a la pareja, familia y sociedad (Bably y cols., 1982; Aldana, OPS y OMS (1988) y Pérez, 1990).

Según Loya (1986), López (1991), Paik (1992) Y Zongker (1980) el embarazo en la adolescencia es un fenómeno que se incrementa cada vez más en las diferentes sociedades contemporáneas, ocurriendo indistintamente entre grupos religiosos, económicos, raciales y étnicos a pesar del aumento de información sobre el control de la natalidad, fácil obtención de anticonceptivos, programas de planificación familiar, etc.

El embarazo en la adolescencia ha sido analizado desde diferentes perspectivas: demográficas, sociológicas, psicológicas, médicas, determinando a pesar de no poder hacer generalizaciones sobre la fecundidad en el mundo, que se trata de un evento relevante de algunas pautas de conducta sexual y reproductiva presentes en los adolescentes como rasgos similares en diferentes culturas, a saber: tanto de la aparición más temprana de la menstruación, como del inicio de la actividad sexual, el aumento del número de adolescentes sexualmente activos y el periodo de adolescencia más prolongado (OPS Y OMS, 1988; Zetina Luna, 1991; Aldana y Pérez, 1990).

El embarazo temprano, además de conllevar alteraciones sociales y económicas, repercute esencialmente en otros ámbitos ya que propicia mayor inestabilidad emocional como: alteración en la autoestima, ansiedad, depresión, entre otros; análogamente al proceso de embarazo y a las condiciones socioculturales, lo que puede agudizar los trastornos emocionales hasta exacerbarlos en patológicos. Es decir, como ya se revisó con anterioridad, durante la adolescencia se manifiestan, como parte del proceso normal del desarrollo, alteraciones emocionales, que sumadas a esto, el embarazo temprano genera dinámicas psíquicas que pueden desestructurar las percepciones de la realidad y por ende la situación afectiva de la adolescente en particular.

#### INCIDENCIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Aunque no estén listas para ser madres, las adolescentes se están embarazando con mayor frecuencia; sin embargo, las tasas y niveles de fecundidad adolescente que reflejan las pautas de nupcialidad varían ampliamente entre y dentro de los países desarrollados y en vías de desarrollo (Polbert, 1988 y, OPS y OMS, 1988). En el mundo, las tasas de fecundidad específicamente en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años varía desde cuatro nacimientos por 1,000 en Japón y nueve en los Países Bajos (1981), a 253 en Bangladesh (1974) y 304 por 1,000 en Mauritania (1981). Las tasas de las naciones en desarrollo son extremadamente altas al comparárlas con las del mundo desarrollado. En Africa, al sur del Sahara, todas las tasas están sobre 100. En America Latina son más moderadas, con la mayoría de 100 o menos. Los países asiáticos presentan la mayor variación, desde algunos, como Bangladesh, con tasas muy superiores a 100, hasta países con tasas mucho más bajas que las de Estados Unidos de America (54 en 1982); tales como China (15 en 1980), Corea del Sur (11 en 1974) y Singapur (12 en 1981). En los países en desarrollo, la tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 años de edad se sitúa desde el 1% en Corea del Sur (1974) y el 3% en Túnez (1980) y China (1981), al 23% en Cuba (1979). Entre las naciones desarrolladas, Japon es nuevamente la que tiene la tasa más baja, con el 1% y Bulgaria la más alta con el 15% (OPS y OMS, 1988).

Sendorowicz y Paxman (citados por OPS y OMS, 1988) resumieron lo anterior de la siguiente manera: "La proporción de nacimientos totales entre adolescentes ha aumentado o permanecido estática en algunos países donde las tasas de fecundidad han descendido; Israel, Chile, Cuba, México, Panamá y Hungría. Lo cual se debe probablemente al número creciente de mujeres adolescentes menores de 20 años, lo que hace aumentar la proporción de nacimientos entre adolescentes aún cuando las tasas de natalidad actuales de este grupo de edad están descendiendo. Pero en la mayoría de los países, tanto en los desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo,

la proporción de nacimientos entre las adolescentes en relación con el total de nacimientos también está en descenso".

Pese a que se pueden enumerar varias razones para explicar descensos en la fecundidad adolescente; incluyendo mayor edad al casarse, aumento de oportunidades económicas y educativas, cambios en las costumbres sociales, métodos anticonceptivos y en algunos países, el acceso del aborto en las jóvenes solteras; la realidad es que en general, la tasa de incidencia del embarazo en adolescentes es progresivamente creciente en las últimas décadas, debido a factores culturales, económicos, sanitarios y sociales (Serreno, Castillo y Mendoza, 1993; Arantey y colaboradores, 1988; Torres, 1994; Tiburcio y Colaboradores, 1999; López, 1994 y Orduña, 1994). La proporción de nacimientos fuera del matrimonio entre mujeres adolescentes se ha incrementado, tanto en los países desarrollados como en aquellos en desarrollo, aunque los datos disponibles se consideran escasos. En los Estados Unidos, entre 1970 y 1982 la proporción de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años que ocurrieron fuera del matrimonio aumentó del 17 al 19% entre las mujeres blancas y del 62 al 87% entre las mujeres negras. La proporción del total de nacimientos para las mujeres solteras menores de 20 años fue de 51% en los Estados Unidos en 1982, 52% en Inglaterra y Gales durante el mismo año y 28% en Francia en 1980 (OPS Y OMS, 1988).

México en 1985 (citado por OPS Y OMS, 1988), subrayó la tendencia que había en México del aumento de las concepciones premaritales, pues en 1976 pasó de 18.7% a 20.5% en 1982.

Por su parte, la Encuesta Nacional Demográfica realizada en México en 1982 aporta el dato que del total de hijos nacidos vivos, el 12.1% son hijos de madres entre 15 y 19 años de edad. Además, la fecundidad en el área rural (que es de 26%) debió a la urbana (14%) en el grupo mencionado (Consejo Nacional de Población de 1982 citado por OPS Y OMS, 1988).

En la encuesta de casa por casa realizada por el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) y la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (AMIDEM) aplicada en dos delegaciones de la Ciudad de México en 1985 en una muestra representativa de jóvenes de 15 a 24 años de ambos sexos, se encontró que de todas las jóvenes de 15 a 24 años encuestadas el 20% ya había tenido un embarazo antes de los 19 años de edad y dos tercios antes de los 24 años. De las mujeres con experiencia sexual premarital, una mitad ya tuvo un embarazo antes de los 17 años, dos tercios antes de los 19 años y el 81% antes de los 24 años de edad (Torres y cols. (citados por OPS Y OMS, 1988).

En 1990 México tenía 4 904 000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, de las cuales 511 mil (10.42%) tenían de uno a 3 hijos vivos y de las adolescentes del grupo de 12 a 14 años (3 millones, 43 mil) 12 mil (0.38%) tenían ya de uno a tres hijos (Torres, 1994).

De acuerdo con los datos publicados en el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en 1991 en nuestro país se presentaron unos 2.5 millones de partos cada año de los cuales el 50% son de mujeres menores de 18 años. Las cifras publicadas en algunos hospitales de nuestro país muestran una frecuencia del embarazo en la adolescencia entre 1,5 y 12,2 %. Siendo la cifra más alta de embarazo adolescente, registrada en publicaciones de México, específicamente la del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) (Sereno, Castillo y Mendoza, 1993) con aproximadamente el 9,12 %. Dentro del Instituto antes señalado, el embarazo en la mujer adolescente ocurre con una frecuencia de 1 por cada 10 embarazos; siendo el embarazo patológico y el aborto los que ocupan el primer lugar como causa de hospitalización de adolescentes (Ortizola y Jiménez, 1991).

En base a los datos anteriormente revisados, estos podrían en primera instancia sorprendernos y conmovirnos. Sin embargo; a través de los años tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo y específicamente en México, se observa una amplia variación de las tasas de fecundidad adolescente, mostrando por una parte; la creciente incidencia de este fenómeno, pese a diversos factores que podrían explicar descensos, mientras que por otro lado; la diversidad en el comportamiento reproductivo de esta población.

#### CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Como en casi todas las sociedades donde el embarazo de la adolescente representa un gran costo emocional, social, económico y médico, su alta incidencia ha propiciado recientemente la realización de muchas investigaciones para estudiar las causas, consecuencias y las posibles soluciones de este problema (Tolbert, 1988).

Con lo que se ha concluido que las causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia están ampliamente determinadas no sólo por el aspecto biológico sino por el contexto social, psicológico y cultural al cual pertenecen las adolescentes (Atkin y Pick de Weiss, 1989; Ortizola, Carrasco y González, 1992).

Según Atkin, Arbelus, Fernández y Tolbert (1988), el intento por entender tanto las causas de este problema tan complejo como la prevención de sus repercusiones, involucra tomar en cuenta dos grandes factores: las características psico-sociales del adolescente y el contexto familiar en el cual se da el embarazo. Estos factores determinan el origen del embarazo y posteriormente, la calidad de la relación materno-infantil.

A continuación se mencionarán las causas principales que se consideran contribuyentes para que una adolescente se embarace, aunque no se niega que cada adolescente de acuerdo a sus características específicas tendrá mayor o menor riesgo al embarazo, además se ha encontrado que no es solo una causa sino la combinación de varias las que propician dicho evento en la vida de algunas adolescentes.

#### LAS CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en adolescentes es con derado un problema medico, social y psicologico (López, 1994) que como ya se mencionó se ha incrementado significativamente Dryfoos y Heiter (Citados por Zongker, 1980) a pesar, del esfuerzo de las campañas federales y del sector salud en los servicios de planificación familiar y de orientación sexual para este grupo, (Orduña 1992, Pérez Segura y cols 1988, Atkin y Pick de Weiss 1989, Tiburcio y cols. 1995). De tal que sea necesario escudriñar la razón por la cual algunas adolescentes se embarazan.

Según Trad (1994), el embarazo adolescente es un problema de proporciones epidémicas por lo que investigaciones anteriores se han dedicado a averiguar porque muchas adolescentes se embarazan a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, encontrando tres factores involucrados de desarrollo que incrementan el riesgo del embarazo en esta etapa, los cuales son: 1) factores psicosociales, que involucra la necesidad del adolescente de independizarse de los padres y el deseo de experimentar nuevas conductas; 2) la orientación cognitiva de los adolescentes que tiene que ver con la predicción de consecuencias a largo plazo, es decir, la orientación cognitiva les provee de la total comprensión que implica la actividad sexual sin protección anticonceptiva y por lo tanto, el riesgo de quedar embarazada; y 3) la dinámica familiar puede ser generador del deseo de embarazarse (Hechtman, citado por Trad 1994).

Mientras que las causas del aumento de este tipo de gestaciones, de acuerdo con Arastey y colaboradores (1988), Aldana y Pérez (1990), López (1994), Orduña (1992), Pardo y Uriza (1991), OPS Y OMS (1988), Zetina Luna (1991), entre otros autores son: el descenso de la edad de la menarca, lo que posibilita la gestación en edades más tempranas; la mayor libertad sexual, el comienzo más precoz de las relaciones sexuales; ignorancia por parte de los adolescentes de los métodos anticonceptivos; la escasa y deficiente accesibilidad a los servicios de planificación familiar y a las características psicológicas específicas del adolescente.

Para tener mayor transparencia sobre el fenómeno del embarazo en la adolescencia, se considera de gran importancia tomar en cuenta la sexualidad en esta etapa del desarrollo lo que clarifica

algunos puntos tales como: el incremento a nivel mundial de la actividad sexual en el periodo adolescente, embarazos no deseados, así como los problemas a nivel médico y social, pues el embarazo adolescente es considerado de alto riesgo tanto por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas como por los riesgos de morbilidad y mortalidad materna, fetal e infantil (Ibanez, 1984).

Las variaciones en el comportamiento reproductivo de los adolescentes son muy amplias dependiendo del país, la zona de étnico y el tipo de cultura predominante, por lo que es posible identificar actualmente según OPS y OMS (1984), ortigosa, Carrasco y González (1992) tres patrones principales en la conducta de los adolescentes: relaciones premaritales en los países desarrollados y en América Latina; el matrimonio temprano en África y Asia, y la abstinencia sexual premarital en China y Japón. Sin embargo, esto puede modificarse debido a múltiples factores, entre los cuales es de gran importancia la interacción de los medios de comunicación, ya que estos comercializan los valores, las tradiciones y los estilos de vida.

Por su parte Tordjman (citado por Aldana y Pérez 1990) la edad para iniciar la vida sexual activa es tema de gran polémica y así como este punto tiene importancia, también lo tienen la madurez emocional y sexual, las condiciones sexuales individuales, la motivación del acto sexual, la influencia de la sociedad, la relación de pareja, además de la propia decisión del adolescente.

De acuerdo a lo que la literatura aporta, la conducta sexual en la adolescencia es compleja, pues los motivos y las influencias del inicio a la actividad sexual son con frecuencia fuertes y contradictorias, escogiendo de manera consciente o inconsciente entre el impulso y la acción, el deseo y el temor, lo aceptable y lo reprochable, y entre el placer inmediato y sus consecuencias (Toro, Semmens y Krantz, citados por Aldana y Pérez 1990).

Sin embargo, es común observar que los adolescentes lo dan importancia a la espontaneidad y al aspecto romántico y sienten que el planificar las relaciones sexuales alteraría su relación. Por lo tanto, ya sea por razones morales o románticas, las relaciones sexuales entre los adolescentes son por lo general espontáneas, por lo que se encuentra notable la emoción de correr riesgos, lo cual es una característica típica de la conducta de los adolescentes sobre la sexualidad (OPS y OMS, 1988).

**Descenso de la edad de la Menarquia e inicio temprano de las relaciones sexuales.**

En cuanto a la madurez física y sexual, un dato muy importante es la temprana edad en la cual la adolescente presenta su primera menstruación (menarca), la cual tiene un doble efecto, por una parte modifica el cuerpo de la mujer y lo hace capaz de concebir y, por otra parte, la estimula a convertirse en un ser sexualmente activo (OPS y OMS, 1988).

Al respecto, OPS Y OMS (1988) mencionan, que en Inglaterra, la edad promedio en la que aparece la menarquia descendió de 14 a 12,9 años de edad entre 1900 y 1960. En Nigeria, el promedio cayó de 14 en la década de los 60 a 12,3 entre los grupos de mayor nivel socioeconómico y a 13 entre los grupos más pobres para finales de 1970.

Actualmente, en zonas urbanas de diversos países, la edad promedio suele ser entre 12,5 y 13,5 y en zonas rurales en desarrollo, entre los 14 y 15 años (Hoffman citada por Tolbert, 1988).

Hace cien años en México, durante el porfiriato, la edad promedio urbana era de 15,5 a 16,9, y en el campo, de 17 a 18 años de edad. Lo cual representa un descenso en la edad de la presentación de la menarca, lo que es muy importante pues sugiere que los cambios en cuanto a la conducta sexual y la alta fertilidad de las adolescentes no han sido únicamente por factores sociales, sino que ha cambiado el sustrato biológico que pueda interactuar con la psicología y el ambiente social de las adolescentes (Tolbert, 1988).

Los datos disponibles indican que una proporción considerable de adolescentes mexicanas empiezan a tener relaciones sexuales a edades tempranas. En particular, en un estudio de Atkin y Pick de Weiss (1989), llevado a cabo con estudiantes universitarios, se encontró que el 85% de los hombres y el 25% de las mujeres afirmaban haber tenido relaciones sexuales a edades tempranas. De acuerdo con el estudio sobre sexualidad, efectuada en hogares de adolescentes y jóvenes de la ciudad de México por estos autores, 16% de las mujeres entrevistadas entre 12 y 19 años de edad informaron haber tenido relaciones premaritales. Entre las jóvenes que ya habían iniciado su vida sexual, el promedio de edad de la primera relación había sido 16,4 años.

Torres (1994), refiere que la mujer mexicana con frecuencia, inicia su vida sexual a edades muy tempranas, y después de resolver su primer suceso obstétrico siendo adolescente, continúa practicando su sexualidad sin protección.

Con respecto al término de relaciones premaritales según



Semmens y Krantz (citado por Aldana y Pérez 1990) este no es el más idóneo, porque después del acto sexual no necesariamente acontece el matrimonio o la unión consensual, aunque con frecuencia la literatura se refiere a aquellos actos sexuales anticipados y cuyos acontecimientos no se realizan dentro de una unión institucionalizada y sea legal, religiosa o formal (unión libre) teniendo o no planes de unión futura o inmediata.

De acuerdo con diversos autores no se puede negar en la actualidad que las relaciones sexuales entre los adolescentes, se están presentando a edades más tempranas. Esto y el hecho de que en algunos países la edad del matrimonio se ha desplazado a edades más tardías, está dando como resultado que la actividad sexual premarital este en ascenso. En un Aldana y Pérez (1990) es común observar este tipo de relaciones premaritales a raíz de diversos factores como el alargamiento de la vida académica lo que permite postergar la vida conugal, el cambio ideológico de la vida sexual que conlleva libertad, etc. Sin embargo tal postergación marital con la práctica de las relaciones sexuales, la falta de orientación y toda una serie de factores puede dar como resultado que el adolescente se enfrente a embarazos y a uniones prematuras no planeados ni deseados (OPS y OMS, 1988).

Según Tolbert (1988) y Budger (citado por Black y De Blasio, 1985), uno de los factores más importantes que favorece el acto sexual y el embarazo son las condiciones económicas y por lo tanto sus repercusiones sociales, observándose que el embarazo premarital ocurre con mayor frecuencia en las mujeres urbanas de corta edad, las cuales presentan problemas sociales, económicos y educativos.

Al respecto; Ortigosa, Carrasco y González (1992), Tiburcio y cols. (1995), Ashken, Soddy, Bermúdez y Ortiz (citados por OPS y OMS, 1988) han observado que en la medida en que son más bajos los ingresos de los padres y la educación tanto de éstos como de los adolescentes, la actividad sexual comienza a edad más temprana y es mayor la probabilidad de un embarazo precoz; estos autores han concluido también, que a medida que sea más grande la familia es mayor la probabilidad de que la adolescente comience a temprana edad su actividad sexual y su maternidad.

Riding, Prada y cols (citados por Aldana y Pérez, 1990) mencionan que los adolescentes con poco nivel educativo tienen más probabilidades de quedar embarazadas, así como de unirse en matrimonio; por lo que concluyen que el embarazo es más probable que se aplace en la mujer de mayor nivel académico, aunque este fenómeno es susceptible de cambios por otros factores.

McCullough y Sherman (1991), Jagdeo (citado por OPS y OMS, 1988) concluyeron que las familias de clases trabajadoras donde la autoridad moral es débil y pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes y donde los adolescentes han sido criados por diferentes personas en diferentes momentos de su

vida, es en donde se presenta el incremento de la actividad sexual a edades tempranas y por lo tanto de embarazos no planeados ni deseados en este periodo de la adolescencia.

Ososky y Ososky (citado por Paik, 1992) observaron la posibilidad de actividad sexual y maternidad a edades tempranas en los hogares uniparentales o cuando el padre se percibe distante o como figura negativa, o bien cuando ha habido enfermedad o muerte de un pariente cercano.

Por su parte Loya (1986) refiere que una justificación de la actividad sexual de las adolescentes de ciudades entre 13 y 18 años, es el hecho del constante contacto entre adolescentes de la misma edad (por razones escolares) y que tal acercamiento puede propiciar las relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos, lo que propicia la probabilidad del embarazo, considerando que alrededor de los 13 años en adelante se inicia la inclinación de interés por el sexo opuesto.

Black y Deblassie (1985), mencionan al respecto que el embarazo en las adolescentes no es consecuencia de una relación transitoria o casual, pues es común que la adolescente y su pareja lleguen a tener fuertes lazos emocionales que los unen, propiciando la relación sexual.

Se puede concluir, que ha cambiado a través de los años el sustrato biológico de los adolescentes en todo el mundo, pues como se puede apreciar, ha habido un progresivo descenso de la edad en que aparece la menarca, lo cual interactúa de manera importante con factores psicológicos y sociales causales del embarazo adolescente, los cuales tienen que ver de igual manera con el temprano inicio de las relaciones sexuales a pesar de que se ha aplazado la edad del matrimonio a raíz del alargamiento de la vida académica, entre otras razones; pues es común observar relaciones sexuales premaritales, en aquellas familias que encaran problemáticas de tipo económicos, de hacinamiento, con bajos niveles educativos, con padres múltiples o ausentes, etc.

#### **Carencia de información sexual adecuada y prácticas anticonceptivas**

Otro factor de gran importancia para comprender el fenómeno de embarazo adolescente es la escasez de educación sexual y por lo tanto el desconocimiento de la existencia, variedad y uso de los métodos anticonceptivos.

Al respecto Black y Deblassie (1985), mencionan que la mayor parte de las adolescentes que se embarazan cada año tienen una mala comprensión o ignorancia de lo que es el ciclo menstrual y la

concepción, así como del uso de métodos anticonceptivos.

Diversos estudios revisados por OPS y OMS (1988) provenientes de los Estados Unidos, Taiwan, Hong Kong, Singapur, Kenya, Nigeria, México, el Caribe, Turquía, Zúiza, Francia e Inglaterra han informado sobre la ignorancia masiva entre los adolescentes acerca de las funciones reproductivas y la anticoncepción.

Zelnik y Kantner (citados por OPS y OMS, 1988), informaron que en los Estados Unidos los embarazos no deseados constituyeron un 86% de los ocurridos en adolescentes solteras y 51% de todos los embarazos de adolescentes casadas. Tales autores mencionan que hay numerosas razones de tal consecuencia, incluyendo la ignorancia de los sistemas de reproducción, el desconocimiento y falta de acceso a los métodos anticonceptivos, así como el lugar que puede ocurrir la relación sexual o el subsecuente embarazo.

En una revisión de 10 estudios (Morrison citado por Tolbert, 1988) que tocan el tema de la información sexual que poseen los adolescentes, se encontró que, las fuentes que mas les habían proporcionado información eran los amigos, los libros y otros medios de comunicación masiva. Curiosamente, en estos 10 estudios de adolescentes en los Estados Unidos, los sujetos decían que sus padres habían sido fuentes poco importantes. Aunque más de la mitad de los adolescentes y padres que fueron estudiados mencionaron haber tratado el tema, con discusiones "casuales y elípticas", en parte porque las madres carecían de información.

En base a la revisión de estudios acerca del uso de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes Tolbert (1988) ofrece las siguientes premisas: 1) Muchos adolescentes, aunque viven en un medio supuestamente sofisticado, muestran una ignorancia extensa acerca de las bases de la fisiología de la reproducción; 2) A los adolescentes no les agrada utilizar métodos anticonceptivos. Esto parece deberse a la dificultad que los adolescentes tienen para aceptar que son sexualmente activos; 3) No se ha podido encontrar algún perfil de características de personalidad que pueda distinguir bien entre los adolescentes que utilizan y no utilizan los anticonceptivos. Mas bien se puede decir, que el uso o no uso depende de las circunstancias de la educación sexual, del tipo de relación que se lleve a cabo con la pareja y de las expectativas que tienen los adolescentes con respecto a su futuro.

Se podría decir, que estas conclusiones son de poca utilidad para nuestro medio dado que provienen de estudios ajenos a la cultura mexicana. Sin embargo son consistentes con lo que sabemos de la adolescencia en el aspecto psicológico, es decir, que es una etapa de mucha experimentación social y de roles; en donde a pesar de ya poder anticipar y preveer consecuencias, también se niegan estos conocimientos en favor de la satisfacción de impulsos y la toma de riesgos (Tolbert, 1988).

En la encuesta domiciliaria CORA-AMIDEM (citada por OPS y OMS, 1988), se encontró que únicamente el 26% de todas las mujeres entrevistadas sabe cuando es el periodo fértil de la mujer y este conocimiento aumenta cuando se vuelven sexualmente activas.

Parte de la ignorancia y falta de información proviene de las fuentes de información disponibles para adolescentes. En muchos países, los medios de comunicación masiva bombardea a este sector de la población con toda clase de formas que se encargan de impulsar el contenido sexual, mientras que en otros países la información se obtiene por medio de los amigos. Siendo estas fuentes las principales y ambas se carcterizan por su falta de exactitud en el abordaje de sus contenidos sobre la sexualidad (Orduña, 1992 y, OPS y OMS, 1988).

Para algunas mujeres, la información sobre sexualidad debería obtenerse a través de la familia y la escuela como fuentes principales, pero hay una fuerte resistencia a confiar en los miembros familiares por miedo o desaprobación. Con lo cual se puede mencionar que la comunicación entre padres e hijos es deficiente y empeora el abordaje de estos temas, especialmente con respecto a la anticoncepción (OPS y OMS, 1988).

Loya (1986) menciona, que pueden ser varias las razones por las que las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos, a pesar de que pueden tener conocimientos de que existen, entre ellas: la inconstancia de sus relaciones sexuales, el manejo de ideas míticas ("soy joven como para que me pueda embarazar"), por desconocimiento de la fisiología principalmente de la etapa fértil del ciclo menstrual de la mujer y en una minoría por desear verdaderamente tener un hijo.

Mientras que Zetina (1991) y Friedman (1989) mencionan, que entre otros factores contribuyentes al riesgo del embarazo adolescente es el referente al hecho de que la sexualidad es un tema prohibido en la mayoría de las sociedades y con frecuencia los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas sobre este punto, creando la existencia de un pensamiento mágico o de fábula personal, en el que se tienen ideas tales como: "no me sucederá a mí" o "después de la relación sexual no puedo quedar embarazada"; lo que limita el reconocimiento de los riesgos, tomando acciones precipitadas.

Como la adolescente que se embaraza es por lo general una que no usa o usa de manera inadecuada los anticonceptivos, algunos estudios como el de Morrison (citado por Tolbert 1988), han investigado las razones por las cuales las adolescentes han reportado el no haber utilizado anticonceptivos, entre ellas se encuentran las siguientes: 1) el no creer posible el poder embarazarse por la edad o por la infrecuencia de las relaciones sexuales, 2) el no haber anticipado el tener relaciones sexuales, 3) el pensar que el uso de métodos anticonceptivos resta lo

romántico de la relación, 4) el pensar que el usar anticonceptivos trae el riesgo de que otros van a averiguar que la adolescente esta sosteniendo relaciones sexuales, 5) la aversión de utilizar anticonceptivos tiene que ver porque implica una aceptación por parte de la adolescente que que es sexualmente activa y 6) el querer embarazarse tiene que ver algunas veces con evitar el uso de los anticonceptivos.

Varios autores, entre ellos Aldana y Pérez (1990); Atkin (1990); Loya (1986); OPS y OMS, (1988), concluyen que la adolescente no inicia su vida sexual con el fin de quedar embarazada, sino según ellas dicen: "No me gustaria que me sorprendieran con anticonceptivos" y en donde la negación es un mecanismo de defensa que la adolescente emplea para protegerse de la realidad de que es sexualmente activa y prefieren no usar métodos anticonceptivos.

Aldana y Atkin (1990) observaron que las adolescentes conocen métodos anticonceptivos, pero prefieren no usarlos y arriesgar quedar embarazadas a ser vistas con los anticonceptivos y ser consideradas como demasiado condescordas de estos temas o como sexualmente activas. Además le que en la cultura mexicana no es aceptable que una buena chica planea tener relaciones sexuales.

Al respecto, Linenberger (1977) refiere que las relaciones de las adolescentes son esporádicas y sin planeación, sumandose la presencia de sentimientos de culpa con respecto a la sexualidad, lo que puede explicar la baja incidencia del uso de métodos anticonceptivos.

La adolescente que si usa anticonceptivos (comparandolas con las que no usan) se caracterizan por tener expectativas educacionales más altas y actitudes más feministas acerca de la sexualidad, por ejemplo que la responsabilidad anticonceptiva es de ambos elementos de la pareja; además generalmente tienen mas edad y describen sus relaciones de pareja como serias (Harrison, citado por Tolbert 1988).

En un estudio realizado por Atkin y Pick de Weiss (1989) en una muestra representativa de hogares en la ciudad de México, se encontró que de las mujeres entrevistadas el 32.8% habían oído hablar de los anticonceptivos orales, el 18.0% de las inyecciones, el 11.30% DIU y el 5.45% de la salpingoclasia y en relación a la percepción del acceso a anticonceptivos, se encontró que el 87.7% de las adolescentes entrevistadas consideraba que tenía acceso a los anticonceptivos y 70% pensaba que no eran demasiado caros.

Sin embargo cuatro encuestas en 1976, 1979, 1982 y 1987 (citadas por Torres, 1994) realizadas en México sobre la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, señalan que las mujeres de 15 a 19 años de edad en unión con su pareja, las que por su estado civil es más confiable la respuesta del uso o no de

métodos anticonceptivos, en realidad se encontró que no acostumbran protegerse contra el embarazo o lo hacen esporádicamente. Así, de 1976 a 1987 el total de adolescentes en unión que utilizaban métodos anticonceptivos se incrementó de 14.2% a 30.2%, aparentemente favorable, pero en realidad se considera muy bajo, ya que en 1987 el 70% de esas mujeres estaban expuestas al embarazo, pues la encuesta reveló que del total de mujeres encuestadas, 29.4% estaban embarazadas en el momento de la encuesta y el resto 54.8% deseaban embarazarse nuevamente y 14.1% no deseaban tener más hijos, mientras que el 1.7% estaban inocuas. Sin embargo, el 58.16% de las que no deseaban volver a embarazarse no se protegían con ningún método.

Este otro factor revisado nos permite comprender que efectivamente hay una escasez de educación sexual adecuada, mala o nula comprensión de este tema, ignorancia de los sistemas de reproducción, desconocimiento de los métodos anticonceptivos existentes y falta de acceso sin dificultad a éstos, así como también es importante observar que se encuentra una negación de aceptación por parte de los adolescentes de ser sexualmente activos, lo cual tienen que ver con la alta incidencia del embarazo adolescente.

#### **Aspectos Psico-sociales.**

Entre diversos factores contribuyentes para que se manifieste la ocurrencia del embarazo en la adolescente, el aspecto social es de gran importancia tomarlo en cuenta.

De acuerdo con Orduña (1992) López (1991) y McCoullough y Scherman (1991) son muchas las condiciones sociales que parecen contribuir al aumento de las relaciones sexuales premaritales.

Zetina (1991), menciona que la consecuente maternidad en la adolescente se relaciona a las condiciones de vida y a las influencias del medio socio-cultural; en donde las jóvenes perciben mensajes que propician un desarrollo psicosexual acelerado, además de que pertenecen a grupos familiares disfuncionales, sin encontrar lazos que permitan la construcción de roles definidos entre padre y madre.

La mayoría de las familias de hoy en día tienen dos ingresos salariales, es decir, ambos padres trabajan, lo que contribuye a una falta de supervisión hacia los adolescentes, de lo que se deduce una falta de comunicación, cordialidad, afecto o amor y en algunos casos se presenta rechazo por los adolescentes, variando entre el desinterés y la falta de preocupación por su bienestar; lo cual es relacionado con problemas conductuales, emocionales, promiscuidad adolescente, inmadurez cognocitiva, abuso de drogas y con una gran susceptibilidad para involucrarse en actividades

sexuales como un medio de buscar apoyo, autoestima y autonomía, incrementando el riesgo de que se embaracen (Black y Deblasse, 1985; McCollugh y Sherman, 1991 y Atkin; Trad, 1994 y Pick de Weiss, 1989).

Al respecto, Atkin (1988) y Trad (1994) refieren que la actividad sexual en la adolescencia se establece dentro de una relación de noviazgo, en la cual se busca amor, afecto y comprensión que la familia no provee; lo cual los lleva a una confusión de lo que es la satisfacción de carencias emocionales con la actividad sexual.

Autores de diversos estudios (Atkin y Pick, 1989; López y Zetina, 1991; Trad, 1994) conciben el hecho que la calidad de las relaciones entre el adolescente y sus familiares es un factor que influye con el embarazo. Algunas circunstancias familiares poco favorables que determinan el embarazo en adolescentes son: la aceptación temporal de un nuevo jefe de familia, el cuidado de los hermanos, desintegración familiar, imagen paterna distante y/o negativa, pérdida de figuras significativas, conflictos y tensiones familiares y antecedentes familiares de embarazo adolescente. Es decir, constituyen familias con relación con problemas médicos, sociales tales como: depresión, alcoholismo, farmacodependientes, prostitución, entre otros (Ordana, 1992; Ferrantes y colaboradores, 1989; Medora, 1993; Zetina, 1991; Aldana y Pérez, 1990).

McCollugh y Sherman (1991) encontraron que en un 44% de su muestra había sufrido un divorcio en la familia de la adolescente relacionado con abuso de alcohol, 33% con abuso de drogas y 43% había sufrido de abuso sexual durante la niñez o adolescencia, los cuales habían sido perpetrados por parte de algún miembro de la familia o por parte de la pareja de la madre.

Según Marcelli y cols. (citados por Zetina, 1991); Aldana y Pérez (1990) la escasa comunicación, orientación y apoyo que existe entre la familia de las adolescentes es contribuyente del embarazo en éstas, pues es común la falta de transmisión de información en lo que concierne a la sexualidad en este período de adolescencia. Estos autores concluyen que los padres son resistentes a la aceptación de los cambios en sus hijos, lo cual justifica que éstos busquen compartir sus inquietudes fuera del ámbito familiar.

La percepción que se tiene de los padres es crucial, ya que en algunos estudios se encontró que, en la mayoría, a las madres se les describe como dominantes, competidoras, rotantes, con relación simbiótica y ambivalentes hacia su hija, en tanto que al padre se le considera poco afectivo, débil, pasivo o ausente (Aldana y Pérez, 1990). Inclusive los afectos que se tengan por los padres son significativos, pues muchas adolescentes se embarazan por desprecio, venganza o emulación hacia sus padres desafiando la autoridad y los cánones sociales al mismo tiempo (Black y De

Blassie, 1985; Trad, 1994).

La literatura psiquiátrica enumera cuatro patrones psicodinámicos subyacentes al embarazo adolescente (Hertz, citado por Salvatierra, 1989): 1) Una relación alterada con la madre, con sentimientos ambivalentes entre el deseo de separación y libertad, además de la necesidad de dependencia; 2) Una imagen negativa del padre; 3) Experiencias emocionales negativas durante la fase de la Juración sexual y 4) Problemas en el proceso de socialización en general y concretamente una influencia específica del grupo de pares, con reacciones emocionales dirigidas a evitar la soledad y el rechazo. Con lo que Salvatierra (1989) concluye que la adolescente tiene relaciones sexuales sin protección, en parte para afirmarse a sí misma y para satisfacer al compañero y también por rechazo a la figura familiar dominante, que suele ser la madre.

Diversos autores, entre ellos Trad (1994), Paik (1992), Tolbert (citado por Tolbert 1988), confirman que en todos los países y con poca diferencia entre niveles socioeconómicos, se ha encontrado que la mujer adolescente suele tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, resultando el embarazo no planeado ni deseado. Sin embargo, varios autores tales como Paik (1992) mencionan a través de sus estudios, que el embarazo adolescente ocurre predominantemente en las más bajas clases socioeconómicas, observando que una alta proporción de la familia de origen de las adolescentes embarazadas se encuentra desempleada y con pocas oportunidades para mejorar su estilo de vida.

Con la revisión de los factores psicosociales, se puede afirmar que en realidad estos contribuyen de manera significativa e importante al aumento de las relaciones sexuales, y por ende a la consecuente preñez; pues es común que este fenómeno se de en familias disfuncionales, donde impera tanto la falta de comunicación, como escasez de relaciones afectivas cercanas y calidas por lo que se puede encontrar en los adolescentes sensaciones de soledad y rechazo lo que propicia la necesidad de satisfacerlas con una pareja; además, también se observa con frecuencia este fenómeno dentro de aquellas familias de condiciones económicas precarias.

#### **Aspectos Psicológicos**

Con respecto a la situación psicológica de la adolescente embarazada, se puede decir que es dolorosa y compleja, donde se acentúan dificultades inherentes de la adolescencia, con problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo y con los problemas personales y familiares que favorecieron el embarazo (Deschamps, 1979).

Tolbert (1988) refiere que son pocos los estudios que han



enfocado sus esfuerzos hacia una investigación cognoscitiva de la adolescente embarazada, algunos mencionan el factor de la falta de planeación o anticipación como causa del no uso de anticonceptivos, y otros estudios hallan del riesgo que trae la actividad sexual temprana en la adolescente que no ha llegado a la etapa de operaciones formales, denominada por el psicólogo suizo J. Piaget (Inhelder & Piaget, 1968).

Sin embargo, estudios realizados por Trad (1994) y otros autores citados por éste, con respecto al nivel cognitivo de las adolescentes que se embarazan, concluyen que; para estas adolescentes les es muy difícil anticiparse mentalmente a las consecuencias de sus acciones sexuales y tomar decisiones de protección, mientras que las adolescentes que no se embarazan tienen mayor acertividad. Es decir, los perfiles cognitivos de las adolescentes con el antecedente de embarazo son definitivamente diferentes a las que no se embarazan.

Se ha reportado que las adolescentes que se embarazan presentan un bajo nivel de acertividad que algunos autores denominan baja eficacia personal. En donde la acertividad se refiere a la habilidad de decir "sí" o "no" con firmeza sin agredir a otras personas. Mientras que dentro del concepto general de autoestima, esta se refiere a la percepción de sí misma como capaz de controlar su propia vida. Lo anterior está relacionado con el concepto de Locus de Control interno de Rotter, asociado por algunos autores con el uso adecuado de anticonceptivos (Tolbert, 1988).

Según (Tolbert, 1988), diversos estudios reportan un bajo nivel de escolaridad en la adolescente embarazada, lo cual indica la posibilidad de que esto se relacione con un cociente intelectual más bajo, o con problemas de aprendizaje. Estas posibilidades podrían co-variar con el factor de una falta de expectativas educacionales, el cual sí está relacionado con el embarazo en la adolescente. Los datos de escolaridad, inteligencia y problemas de aprendizaje, refiere este autor, serían mejor estudiados dentro de grupos estratificados en cuanto a clase socioeconómica.

Tocante a la situación emocional en las adolescentes embarazadas se ha observado que la carencia de cuidado y protección por parte de los padres, les genera reacciones de aflicción, depresión, pérdida de la autoestima, frustración, abandono, soledad, que al ser buscados fuera del contexto familiar deriva en un conflicto aún más difícil de resolver, limitando su proceso de identificación y el desarrollo de su autonomía (Miller, 1986, citado en Zetina Luna, 1991).

Black y Deblassie (1988) mencionan, que las características de personalidad en las adolescentes embarazadas frecuentemente son los sentimientos de fatalismo y alienación, poca autoestima e inmadurez cognoscitiva.

Además, Crockenburg y Joby (citados por Drummond, 1991) concluyeron que la baja autoestima contribuye al riesgo del embarazo adolescente y elevar la autoestima podría ser un factor para prevenir el embarazo en esta población.

Por último, en un estudio realizado por Pick, Atkin y Kirschner de (1988), encontraron una relación estadísticamente significativa entre el embarazo adolescente y la ocurrencia de embarazos prematrimales en las hermanas y madres a edades tempranas.

Mientras que OPS y OMS (1983) reportan, que por lo general, las hijas de madres adolescentes tienden a ser madres adolescentes también, a lo cual se denomina compulsión a la repetición.

Con la presente breve revisión de los factores psicológicos, se puede concluir que efectivamente están involucradas tanto como las dificultades inherentes a la propia adolescencia con sus respectivas implicaciones emocionales, como los problemas familiares y sociales que favorecen este evento, a lo que se suman los propios recursos psicológicos de la adolescente. Pese a las investigaciones que tienen que ver con este último punto, tales como la orientación cognitiva y el cociente intelectual es aventurado decir de manera coloquial que las "tontas" y/o "idiotas" son las que se embarazan. Sin embargo como ya antes se ha mencionado no es solo un factor sino la combinación de varios los que propician dicho fenómeno en la vida de algunas adolescentes.

#### CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

La actividad sexual, la maternidad y el matrimonio a una edad temprana, tienen consecuencias trascendentales para las adolescentes de hoy en diversos países de América Latina, incluyendo a México; pues eventos tales como el matrimonio o el nacimiento de un hijo como partes naturales y bienvenidas de la vida para una persona más madura, pueden crear obstáculos para una adolescente que tendrá dificultades para superarlos. Además de afectar a los propios adolescentes, sus hijos pueden verse influidos negativamente por tener padres tan jóvenes. La sociedad también paga un precio ante tal evento. Sin embargo gracias a diversos autores, por medio de sus investigaciones se han identificado varias consecuencias clave de la precoz actividad sexual y reproductiva.

A menudo en las adolescentes embarazadas en especial en aquellos casos en que el embarazo no fue deseado constituye un fenómeno que va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse por una serie de aspectos psico-sociales y culturales (Aldana y Pérez, 1990 y OPS y OMS, 1988).

Card y Steel (citados por OPS y OMS, 1988) subrayan que algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psico-social de la adolescente, ya que el reto que el embarazo y la maternidad representan para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma al de la adolescencia.

Como Arastey y cols. (1988), Tiburcio y cols. (1995), López (1991), Ibañez (1984), Setina (1991), Aldana y Pérez (1990), OPS y OMS, (1988), entre otros autores que han abordado en sus estudios el tema de embarazo en el período adolescente, es común encontrar en sus opiniones el hecho de que las consecuencias del embarazo y la crianza durante esta etapa, se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, sociales incluyendo las esferas demográfica y socioeconómica, cuyos efectos pueden visualizarse tanto en la adolescente como en su niño principalmente, así como también en el padre adolescente y las familias de ambos.

Razón por la cual a continuación se abordarán las consecuencias del embarazo adolescente en tres factores a saber: En la salud, Psico-social y Psicológico, incluyendo en este último las implicaciones emocionales de manera general. Sin embargo cabe señalar que en un último capítulo se hará referencia de manera más específica a los aspectos afectivos de ansiedad, depresión y autoconcepto implicados durante el evento de embarazo en este período de desarrollo.

#### **Complicaciones en la Salud**

La edad reproductiva está favorecida por las características específicas de cada mujer, pero existe un período idóneo donde los riesgos para las madres e hijos son mínimos siendo en América Latina el período de los 20 a 29 años, por lo que la mayoría de los estudios diagnóstica que las adolescentes embarazadas constituyen una población de alto riesgo de salud con incremento para las menores de 15 años tanto por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas, como por los riesgos de morbilidad y mortalidad materna, fetal e infantil que lo caracterizan, ya que este riesgo tiene que ver con la falta de maduración del sistema reproductivo, pues presentan con mayor frecuencia productos prematuros (Tiburcio y cols. 1995; Acosta 1993 y López 1994, Arastey y cols. 1988, Ibañez, 1984; Tolbert, 1988).

OPS Y OMS (1988), clasifican las repercusiones del embarazo adolescente dentro de los riesgos biológicos de la siguiente manera:

##### **a) Complicaciones Obstétricas.**

- Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y parto prematuro.
- Anemia.
- Desproporción cefalopélvica.

- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Parto prolongado y difícil.
- Muerte.

**b) Abortos provocados y sus complicaciones.**

- Perforaciones uterinas.
- Hemorragias.
- Infecciones.

**c) Aumento de la morbimortalidad infantil.**

- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Enfermedades congénitas.

Mientras que Aldana y Pérez (1990) y Hollingworth (citado en López, 1994), entre otros autores, señalan como complicaciones más frecuentes las siguientes: mayor frecuencia de preclamsia-eclamsia, desprendimiento prematuro de placenta, desproporción cefalo-pélvica, bajo peso en el producto, lesiones en el canal del parto. Investigaciones realizadas en el INPER (López, 1994 y Arestey y colaboradores, 1988) han demostrado la existencia de estos mismos síntomas y otros más como: exceso de peso, infección urinaria, mayor número de distocias, morbilidad y mortalidad perinatal materna elevada. Otros autores como Pérez y Torres (1988) señalan lesiones del canal del parto, trabajo de parto prolongado, anemias puerperales y en los neonatos se ha encontrado mayor prematurez o con una menor puntuación en la calificación APGAR.

A nivel mundial, de acuerdo con OPS y OMS (1988) el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. En la mayoría de los países Latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, siendo en Jamaica el país donde el fenómeno es más común. En Bangladesh, las complicaciones relacionadas con el parto incluyendo las originadas por el aborto constituyen la causa principal de ese país. La Organización Panamericana de la Salud, señaló que en México la muerte materna es la segunda causa más común en mujeres de 15 a 24 años de edad (OPS y OMS, 1988).

Aldana y Pérez (1990), señalan que una de las causas de morbimortalidad es indudablemente el aborto, porque la adolescente se expone a riesgos de salud importantes, en caso de practicárselo, pues el ser ilegal en México, se realiza en lugares clandestinos de condiciones profesionales e higiénicas precarias o inexistentes, además comúnmente se recurre cuando el embarazo está avanzado (segundo trimestre gestacional).

Cuando el embarazo termina en aborto puede traer consecuencias en la salud presentes y futuras o ser exitoso, pero cuando prosigue

la gestación se califica de alto riesgo, implicando complicaciones materno infantiles en la salud, sociales y psicológicas (Pérez y Torres, 1988).

Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de las madres adolescentes. Se ha registrado que los hijos de adolescentes tienen mayor incidencia al bajo peso (menor de 3, 500 gr) ya sea en parto a término o prematuros, presentan hernia umbilical o inguinal, infecciones con natales, trastornos respiratorios, traumatismos obstétricos y sus consecuentes repercusiones neurológicas, retraso mental y en muchos casos la mortalidad durante el primer año de vida del bebé. En los Estados Unidos, por ejemplo, el riesgo de muerte durante el primer año de vida de los bebés de madres menores de 20 años es el doble del de los que nacieron de madres mayores. Mientras más joven sea la madre, más serias parecen ser las consecuencias. Siendo las madres de 15 años o menos las que presentan el doble de probabilidades de concebir niños de bajo peso que las madres de 20 a 24 años de edad. (Aldana y Pérez, 1990; Tolbert, 1988; McCary y McCary, 1983; y Suárez y cols, citada por OPS y OMS, 1988).

Black y Deblasio (1988) afirman, que la mayoría de los hijos de madres adolescentes, poseen puntajes bajos de Coeficiente Intelectual (C.I.) que se atribuyen a la posible denegación y falta de cuidados perinatales, que se pueden relacionar con el inadecuado desarrollo emocional, social, con deficiencias cognitivas y escolares en el futuro del bebé.

Muchas de las complicaciones del embarazo y parto se pueden explicar no necesariamente por la edad de la madre, sino por la atención prenatal; es decir, la evolución deplorable de muchos recién nacidos de madres adolescentes tienen que ver con la falta de vigilancia prenatal o bien el diagnóstico tardío del embarazo, ya sea por desconocimiento o por presiones sociales y familiares, lo cual va a influir sobre el retraso en el inicio de los cuidados prenatales (Aldana y Pérez 1990, Arastey 1988, OPS y OMS, 1988).

Pérez Segura (1981), informa que en un análisis de los resultados perinatales de adolescentes atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se concluyó en que si la atención prenatal es buena, los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido disminuyen, especialmente cuando las adolescentes son mayores. En tal estudio se encontró que las complicaciones maternas y neonatales fue similar para las adolescentes mayores de 14 años comparadas con un grupo de mujeres de 20 a 29 años. Sin embargo hubo mayor frecuencia de distocias, cesáreas y neonatos con puntuación baja en la escala de APGAR en las pacientes de 14 años y menores a esta edad.

Sin embargo, es considerable tomar en cuenta que en gran parte del mundo en desarrollo, alrededor de tres cuartas partes de los nacimientos ocurren sin atención prenatal. Las adolescentes suelen

solicitar atención prenatal cuando el embarazo esta muy avanzado, lo cual se relaciona con la negación inicial del embarazo, con la incertidumbre sobre los signos de embarazo, con los periodos menstruales irregulares que pueden disfrazar el embarazo, con la culpa y otros problemas causados por conocimientos inadecuados, vergüenza y distintas motivaciones que afectan a la adolescente (Monroy y Morales citados por OPS y OMS, 1988).

Según lo publicado en OPS y OMS (1988), las probabilidades de que una madre adolescente presente algunos de los problemas anteriormente señalados son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas posibilidades son más altas entre las clases más bajas socio-económicamente, que entre los de mejor condición social en un mismo país.

Como se puede observar las complicaciones bio- medicas del embarazo en la adolescencia con incremento para aquellas menores de 15 años, son amplias tanto dentro del periodo de embarazo para la misma adolescente como para el producto. También el riesgo es frecuente en el momento del parto y con diversas secuelas tanto para la madre como para el hijo que compliean el estado vital de la adolescente.

#### **Consecuencias Psico-sociales**

Ya se han mencionado parte de las consecuencias del embarazo en la adolescencia, al contemplar en el apartado anterior los riesgos implícitos y las complicaciones en la salud de este evento. No obstante, es preciso tomar en cuenta las repercusiones en el aspecto social, pues la adolescente desde que se embaraza se enfrenta a nuevos problemas inherentes a la misma gestación, con la posibilidad de tenerlos con la familia, la pareja y a los que en un futuro se enfrentará, tanto con la crianza y cuidados del infante como con las limitaciones futuras de oportunidades de vida.

Entre las consecuencias psicosociales que se consideran de mayor gravedad, se encuentran la restricción de oportunidades para mejorar el nivel educativo y socioeconómico, ya que por lo general la adolescente embarazada suele interrumpir sus estudios, se termina en un matrimonio precipitado con mayor probabilidad de divorcio; además, se enfrenta a problemas asociados con los nacimientos fuera del matrimonio, responder a las constantes demandas de sus responsabilidades como madre y con sus necesidades de adolescente. Una madre muy joven generalmente carece de estabilidad emocional, madurez y experiencia para desempeñar adecuadamente su nuevo rol. En la mayoría de las sociedades la maternidad temprana se ha visto asociada con subsiguientes embarazos en ciertos tiempos (Orduna, 1992; Skala y colaboradores, 1990; McCollough y Scheman, 1991; Tolbert, 1988), lo cual complica de manera significativa el estado vital de la adolescente.

Al respecto OPS y OMS (1988) y Aldana y Pérez (1990) mencionan que los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estado civil, interrumpen oportunidades académicas y laborales, la escasa probabilidad de un matrimonio a futuro o bien la desaparición de la pareja, rechazo social, familiar y/o de la pareja, carencia del apoyo legal o de salud, inestabilidad económica, limitada participación de la vida productiva o condiciones precarias, salarios mínimos, pocas probabilidades de ascensos, abusos, maltratos, etc.

Dado la infinidad de consecuencias a nivel social que emergen a raíz del embarazo en las adolescentes, como se puede apreciar con lo antes señalado, a continuación se tomarán en cuenta los más relevantes en función de: a) presencia de trabajo a sueldo; b) en la relación de pareja y familiar; c) académico y laboral, y por último c) relación materno-infantil.

#### **a) Consecuencias en la relación de pareja y familiar**

Es importante tener en cuenta, entre las consecuencias del embarazo adolescente en las mencionadas, es que la mujer muchas veces por ser menor de edad se enfrenta a un patrimonio forzado, situación muy acostumbrada en la cultura mexicana para evitar el rechazo social, lo que incrementa altas posibilidades de inestabilidad marital, emocional y divorcios (Black y Deblissie 1989; Ibañez, 1981; OPS y OMS, 1988; Aldana y Pérez, 1990).

No obstante, ante el embarazo en esta etapa de la vida, es común la ausencia de la persona de la cual la adolescente se embarazó después de la confirmación de éste, provocando situaciones más conflictivas tanto para la misma como con su familia (Aldana y Pérez, 1990).

En México, en un estudio realizado por Pick y cols. (1987) en adolescentes embarazadas, se observó que el 65,3 % de ellas ya no tenía contacto con el papa del bebé al sexto mes del embarazo y solo el 8,35 % de ellas creían que se casarían con el muchacho que las embarazó.

Mientras que cuando la adolescente y su pareja viven juntos, ya sea a raíz del embarazo o posteriormente, se enfrentan a una serie de dificultades en la formación de una liga afectiva fuerte entre ellos por no haber tenido la oportunidad de pasar por una serie de procesos que ayudan a la consolidación de la relación. Una de las tareas básicas por las que tiene que pasar una pareja recién formada, es la mutua adaptación a las necesidades del otro, así como el establecimiento de límites con las respectivas familias de origen (Arcelus, 1988). Según esta autora, en la pareja adolescente, esto no sucede así, pues la pronta venida del hijo les

dificulta el conocerse. Generalmente se observa que la relación entre la pareja adolescente se constituye únicamente en función del niño y no tanto del afecto o de intereses mutuos.

El sentido de identidad de pareja no solamente se ve coartado por el recién nacido, sino también por la dificultad de establecer límites con las familias de origen, ya que muchas veces la pareja adolescente no puede establecer un hogar independiente debido a limitantes de tipo económico. Es común observar que la pareja viva con alguna de las familias de origen, con lo cual se dificulta la intimidad y el conocimiento entre ambos; pues en muchas ocasiones los familiares se entrometen en sus relaciones, pudiendo crear problemáticas entre ellos y propiciando una inadecuada relación de pareja y la disolución de la misma (Arcelus, 1989).

También, en el caso de que la adolescente viva con su familia de origen o con la de su pareja, se pueden presentar problemas de jerarquía con respecto al hijo, lo cual provoca que el niño experimente límites inconsistentes y confusos, emergiendo conductas problemáticas y manipulatorias. Es decir, conforme el niño va adquiriendo nuevas habilidades cognitivas y motoras, requiere cada vez más que se le impongan límites, de lo que le es y no permitido hacer, y cualquier miembro de la familia con autoridad plena que hay ciertas conductas prohibitivas o permissivas para él mientras que la madre no está de acuerdo con ellas (Arcelus, 1989).

Sin embargo, para la adolescente es importante la reacción y postura familiar, pues al recibir el apoyo de la misma, la menor de edad puede reestructurar su vida, con la posibilidad de continuar con un ritmo de vida semejante al anterior al suceso del embarazo; estudiando o trabajando mientras le ayudan a cuidar a su hijo en el mejor de los casos o bien si la respuesta familiar es de rechazo por sus actos, puede conllevar a la pérdida de la familia cuando inclusive no la reciben en el hogar, lo que puede encaminar a la mujer a problemas sociales fuertes como la prostitución, alcoholismo, depresión y autodestrucción (OPS y OMS, 1988; Aldana y Pérez, 1990).

#### **b) Consecuencias académicas y laborales**

Como se puede observar son muchas las desventajas asociadas con la maternidad en la adolescente, siendo relevante también considerar que éstas adolescentes no completan sus estudios. En una investigación realizada en 1989 por la Academia Americana de Pediatría (citado por Zetina, 1991) se encontró que los padres adolescentes tienen menos oportunidades de educación formal; pues este tipo de población sólo llega a completar, en el mejor de los casos, la educación media (secundaria). En el estudio de Black y Deblasse (1985), se encontró que en general no más del 50% de las adolescentes embarazadas se gradúan en la secundaria, puesto que el embarazo y la maternidad les impide seguir estudiando y abandonan su educación.



Según estos autores, incluyendo a Atkin (1988), el embarazo en adolescentes no sólo provoca la deserción de los estudios, sino además la disminución de expectativas a futuro en relación a lo académico y al trabajo, pues están menos capacitadas para laborar y ser bien remuneradas, además de que tienden a tener familias más numerosas dada la iniciación temprana de su vida sexual; lo que a su vez les genera frecuentemente presiones tanto familiares como sociales.

Loya López (1984) encontró que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen la necesidad de abandonar sus estudios y de enfrentarse a una nueva vida de respectivas habilidades y problemas de manera sorpresiva e inesperada; además su precario desarrollo psicológico, físico y social, les impide adaptarse adecuadamente a su nuevo rol materno, que causa frecuentemente sensaciones de insatisfacción con su situación.

Aunque Esteves y Atkin (1990) e Ibañez (1991), refieren que el embarazo en la adolescencia representa una de las principales razones por las que abandonan la escuela en México; diversos autores (Atkin y Giverson, 1999; Pick de Weiss, Atkin y Karchmer, 1988; Aldana y Pérez, 1996; Molina y Romero, citados en Esteves y Atkin, 1990) han encontrado en sus estudios que las adolescentes embarazadas, habían abandonado sus estudios antes de la gestación, concluyendo que la deserción escolar antecede al embarazo.

Molina y Romero citados por Esteves y Atkin (1990), mencionan que el momento en el cual se abandona la escuela pudiera ser un indicador importante para determinar el futuro de la adolescente, así como también las diferencias que reflejan en cuanto a características psicocognitivas previas al embarazo, incluyendo habilidades académicas, así como las aspiraciones futuras. Las posibilidades de que las adolescentes continúen sus estudios durante y después del embarazo dependerá en gran parte de estas características previas, pero también estarán determinadas por la calidad del apoyo social, especialmente familiar, que la adolescente reciba.

Es así, como Esteves y Atkin (1990) observaron ciertas diferencias entre las adolescentes embarazadas que continúan estudiando y las que abandonan sus estudios antes o a raíz del embarazo. Estos autores encontraron que las adolescentes embarazadas que continúan con sus estudios tienen mayor grado de asertividad y autoestima que las adolescentes que dejan sus estudios. Además sus padres tienen mayores expectativas tanto escolares como laborales para la adolescente desde antes del embarazo y sus compañeros también tienen un mayor nivel de escolaridad. Con mayor frecuencia las adolescentes que continúan con sus estudios no deseaban el embarazo al inicio de la gestación y habían usado métodos anticonceptivos previamente, por lo que al enterarse del embarazo pensaron en la posibilidad de abortar e hicieron intentos al respecto. Estas adolescentes, durante el

embarazo mencionaron tener una calidad de apoyo más favorable por parte de la familia de origen, lo que refleja el temor de los padres de que las expectativas para sus hijas no se vean realizadas; no obstante, tales adolescentes presentan un grado más alto de optimismo.

Con lo que anteriormente se ha descrito, se puede concluir que las adolescentes embarazadas que continúan con sus estudios, no tenían la motivación de ser madres en este período de su vida; pero, por sus características de personalidad y al apoyo recibido por la familia de origen, se les facilitó adaptarse y conservar sus expectativas de vida ante tal circunstancia.

Esteves y Atkin (1990) encontraron en la contraparte del grupo antes descrito, que las adolescentes que abandonan sus estudios antes del embarazo provienen de un nivel socio-económico más desfavorable y tanto para ellas como para sus padres las expectativas escolares y laborales fueron menores desde antes del embarazo y se encontró que había menos comunicación con sus madres. Estas adolescentes reportaron tanto un nivel de actividad como de autoestima más bajo y con menor frecuencia haber pensado o intentado abortar, al inicio de la gestación. Reportaron además haber percibido pocos cambios en sus expectativas de vida a partir del embarazo. Con esto, dichos autores concluyen que estas adolescentes no perciben al embarazo como un evento inconveniente para sus vidas ya que la maternidad probablemente representa para ellas una de las pocas alternativas para su futuro y con frecuencia tienen poca motivación así como pocos recursos para seguir estudiando. Según estos autores, este grupo de adolescentes tiene mayor probabilidad de volverse a embarazar y tener un hijo más antes de cumplir dos años de edad su primogénito. Además, se pudo apreciar el hecho de que en una mayor proporción sus padres nunca habían asistido a la escuela, lo que nos indica la asociación entre el embarazo en la adolescencia y las condiciones educativas y socio-económicas menos favorables, por lo cual Esteves y Atkin (1990) explican al evento de embarazo en adolescentes, bajo el término de una transmisión de valores y normas de acuerdo al nivel educativo.

#### **c) Consecuencias sobre la relación materno-infantil**

De acuerdo con Newman y Newman (citados por Martínez, Picazo y Pineda, 1994) una óptima interacción materno-infantil implica ser sensible ante las necesidades del niño interpretando sus señales; consistencia y contingencia, es decir, ser estable y firme en el manejo del niño, ya que el tiempo entre una respuesta y un fortalecimiento da forma y fortalece el conocimiento, dando estructura al desarrollo; además requiere cierta calidad de respuesta proporcionando juegos y tareas de acuerdo a la edad del niño, ni más fáciles ni más difíciles ya que éstos crecen cuando enfrentan problemas que pueden solucionar.

Sin embargo algunos estudios (como Valdés y Atkin, 1988; Loya López, 1986 y Salvatierra, 1989), han reportado problemas importantes en la relación materno-infantil de las adolescentes con sus hijos, ya que las adolescentes tienen menores conocimientos sobre el desarrollo infantil, expectativas poco reales en cuanto a la conducta infantil, inestabilidad en el trato con su hijo y dificultades en el manejo del niño.

Según Spivak y Litman (citados por Martínez y cols., 1994) ciertos estudios han comparado la interacción materno-infantil entre adolescentes y adultas reportando que la madre adolescente se caracteriza por ser más autoritaria, rígida, y que inicia la estimulación verbal y la observación hacia sus hijos menos frecuentemente que las madres adultas.

Martínez y cols. (1994), Olivares y Atkin y Pineda (1990); Valdés y Atkin (1988); Latina (1991); mencionan algunos de los hallazgos encontrados en los hijos de las madres adolescentes tales como: retraso en el desarrollo a causa de desnutrición y a la carencia de cuidados prenatales, falta de estimulación o la inadecuación de estos, además problemas conductuales y educativos en comparación con niños de madres mayores tales como: agresividad, impulsividad y dificultades en la capacidad de atención y concentración como consecuencia de maltrato físico y verbal, sumando al manejo inadecuado de patrones desfavorables de interacción y control de la intencionalidad de sus hijos.

En el caso de que la adolescente que se embaraza en un inicio de la gestación desee abortar o bien cuando decide continuar con su gestación, tal vez su relación materno-infantil se encuentre impregnada por fuertes sentimientos de agresividad, paralelamente que se daña el desarrollo bio-psico-social del niño, provocando en algunas ocasiones que el bebé se refuse a establecer contacto con su medio y su madre, presente desvinculación con la realidad, autismo, agresión y hasta psicosis infantil en casos extremos; en tanto que en el futuro es probable que la hija mujer tenga altas posibilidades de repetir los patrones de la madre adolescente, además de formar parte de la población con problemas sociales graves (Aldana y Pérez, 1996).

Wise y Grossman (citados por Martínez, Picazo y Pineda, 1994) observaron que las adolescentes tienen expectativas irreales hacia el desarrollo del niño imaginando al bebé como un muñeco o juguete, además desean que el bebé llene sus propias necesidades lo que les hace más difícil aceptar la propia individualidad del niño. También refieren dichos autores que la adolescente se muestra insensible o rigurosa hacia el infante.

Schilmoeller y Baranowsky (citados por Martínez, Picazo y Pineda, 1994) reportan que los padres adolescentes tienen bajos umbrales de tolerancia ante el desorden normal de sus hijos y son más propensos a utilizar reprimenda física. Además tienen

significativamente menos información sobre el desarrollo del niño resultando en una asincronía entre la madre y el niño. Si los padres esperan mucho de sus hijos la frustración los lleva a una conducta restrictiva o punitiva hacia el infante, así esperan poco éste no será lo suficientemente estimulado porque asumen que no necesita ayuda, con lo cual se puede producir un resultado negativo para el infante.

Por su parte Zetina (1991), refiere que de acuerdo a la mala o buena aceptación de la maternidad, el deseo por parte de la adolescente, y a la respuesta familiar y social del mismo, emergerán complicaciones tanto en el embarazo y parto como en la salud física y emocional de sus hijos.

Diversos autores, han referido que los hijos de madres adolescentes se encuentran en un riesgo doble debido a las inadecuadas características de crianza de la madre y en segundo lugar a un medio social adverso. Sin embargo en base a las observaciones y análisis del estudio realizado por Martínez y cols. (1994) al respecto, se inclinan hacia la segunda opción, ya que los patrones de interacción observados fueron considerados de calidad, no obstante refirieron que el desarrollo integral posterior de los hijos de las adolescentes de tal estudio puede verse limitado por un medio social adverso.

Atkin (1994), menciona que efectivamente como parte de la adaptación psicosocial se incluye una buena relación materna-infantil, ya que esta es determinante para el futuro crecimiento físico y desarrollo psicosocial de niño. Esta autora también señala que en algunos casos el inicio de esta relación está impedida por problemáticas psicológicas severas de la madre, tales como psicosis o depresión puerperal, cuyos eventos ocurren con una frecuencia de 1 a 2 por 1000 partos.

No obstante, la situación de ser una madre-joven no es una condición suficientemente sustentada para el surgimiento de complicaciones en el desarrollo de los hijos, pues vale la pena relacionar otras variables determinantes como el nivel académico y la estabilidad familiar de la madre adolescente, añadiéndose el nivel socio-económico (Valdés y Atkin, 1988).

## **Consecuencias psicológicas e implicaciones emocionales**

Si bien, el primer embarazo es todo un periodo de estrés psicológico para algunas mujeres, su pareja y familia, lo es más aún para la adolescente que por su inmadurez bio-psico-social se halla en un estado de inseguridad (Zongker, 1977).

Según Arcelus (1988) y Black y Deblassie (1985) el embarazo en la adolescencia interrumpe el proceso de desarrollo normal y los patrones de socialización en esta etapa, pues el embarazo, posibilidad de prematura formación de una pareja y posteriormente el nacimiento del hijo, pueden ser factores importantes para impedir el desarrollo de una identidad e individuación apropiadas.

Además, durante la gestación se van creando múltiples sentimientos por parte de la joven como desubicación, confusión, desesperanza o la misma despersonalización independientemente del status marital (Aldana y Pérez, 1990). Liberman (citado por Black y Deblassie, 1985) menciona que la consecuencia más dramática del embarazo en la adolescente son el suicidio y la psicosis postparto.

Por su parte Salvatierra (1989) refiere que las características emocionales de las adolescentes embarazadas no son homogéneas, pues depende si el embarazo es deseado o no, si ha sido aceptado, la salud física de la adolescente, el marco social en que ocurre como: la existencia de una pareja que acepte la responsabilidad de la paternidad y brinde apoyo a la gestante, aceptación y apoyo familiar, legitimación de las relaciones y del embarazo.

Loya López (1986) y Salvatierra (1989), refieren que generalmente el embarazo a edades tempranas, se trata de un embarazo no deseado y como tal conlleva a una serie de emociones negativas.

Linenberger (1987), Black y Deblassie (1985), Aldana y Pérez (1990) concuerdan en la presencia de sentimientos de depresión, culpa, degradación y humillación cuando las adolescentes se embarazan antes del matrimonio.

Según Zarco, Aldana y Pérez (1990) la adolescente ante la notificación del embarazo puede experimentar sentimientos ambivalentes; por una parte el deseo de la maternidad, pues la mujer desde pequeña se enfrenta muy directamente a la maternidad cuando se relaciona con sus hermanos o con las muñecas y desde entonces puede pensarse que se prepara para ser madre y por el otro puede rechazar a su hijo al percibirlo como una amenaza contra su integridad, considerando que este le ocasionará problemas y limitaciones.

De acuerdo con estos autores, las adolescentes embarazadas

pueden experimentar sentimientos de culpabilidad, inseguridad de su futuro y angustia, al decidir si continua o interrumpe el embarazo, a su vez que se ve constantemente presionada por fuerzas divergentes provenientes de los padres, familiares, la pareja, así como por sus sentimientos más profundos. Es entonces que en la adolescente se desarrolla una infinidad de afectos marcadamente potentes que van desde el rechazo total y ansiedad al no desear al bebé, hasta sentirse culpables y subestimar al decidir abortar.

Aldana y Pérez (1990) refieren que se ha investigado poco sobre el estado psicológico de la adolescente casada que se embaraza, pues el tener la aprobación social, el apoyo del compañero y la familia, se esperaría la presencia de menos conflictos, que los que puede presentar la adolescente soltera que también se embaraza. Sin embargo, estos autores mencionan que los conflictos dentro de la unión conyugal entre adolescentes son frecuentes debido a la inmadurez emocional e inestabilidad económica, lo cual no está lejos de afectar la relación entre los padres adolescentes y el hijo.

Se ha observado que en las parejas de todas las edades, durante el primer año de vida conyugal y con el nacimiento de su bebé, sufren un incremento de estrés en la relación y si a estos se le suman los requisitos característicos de la etapa adolescente, se tiene una situación difícil de convivencia con altos niveles de ansiedad y depresión, que se pueden incrementar al existir un apoyo social débil (Aldana y Pérez, 1990).

No obstante, según Aldana y Pérez (1990) las repercusiones psicológicas en las adolescentes embarazadas casadas no sobrepasan a las observadas en las solteras.

Black y Deblassie (1985) encontraron que las adolescentes embarazadas solteras expresan mayor inseguridad, insertidumbre, soledad y desamparo que las adolescentes embarazadas casadas.

También estos autores mencionan, que para las adolescentes embarazadas solteras, las consecuencias emocionales son mayores y están relacionadas con el embarazo no deseado.

La primera reacción ante la posibilidad del embarazo en las adolescentes solteras es la negación, cuando se confirma el embarazo y es rechazado por la pareja y la familia, la mujer frecuentemente puede llegar a sentir vergüenza, culpa, angustia y trastornos psicológicos (Zongker, 1977), dentro de los cuales se encuentra la depresión que puede ser leve o en casos extremos llevar al individuo al alcoholismo, farmacodependencia e incluso al suicidio (Aldana y Atkin, 1989; y Aldana y Pérez, 1990).

Según diversos autores tales como Gibbs, Kendall, Hollon, Molina, Romero, Silber (citados por Aldana y Pérez, 1990) no es solo el embarazo lo que afecta las emociones de la menor de edad

sin pareja o soltera, sino sus cogniciones acerca de la vida futura; al verse limitadas sus oportunidades de ella misma, así como de su hijo, las posibles condiciones insalubres de vida, interrupción académica o laboral, problemas sociales que consecuentemente originan sentimientos de creciente frustración, a su vez que se ve afectada por las dudas y preocupaciones de su situación incierta e inestable, con lo que se acentúa su inestabilidad psicológica e incrementa la inseguridad.

En tales situaciones es imprescindible el apoyo de personas y familiares, porque los sentimientos habituales de la adolescente es la emancipación, el aislamiento y la tensión (Aldana y Pérez, 1990) entre los ya antes mencionados.

En conclusión se puede apreciar que las consecuencias psicológicas durante el embarazo en las adolescentes son diversas y obedecen a múltiples factores que se interrelacionan entre sí, tales como: los procesos mismos del periodo adolescente, del embarazo, si es o no deseada el embarazo, de las circunstancias sociales, así como de la situación de que la pareja acepte la paternidad y la adolescente gestante cuente o no con el apoyo de la pareja, apoyo familiar, etc., todo lo cual determinará el estado afectivo de la misma, que como se puede observar en las adolescentes embarazadas es común encontrar características emocionales no homogéneas.

A pesar de que se ha detectado la presencia de ansiedad, depresión, y bajos niveles de autoconcepto en adolescentes embarazadas, se ha indagado poco sobre la interacción con la circunstancia de contar o no con una pareja, ya sea que estén casadas civil y/o religiosamente, unión libre o solteras es decir; la presencia de estos estados afectivos relacionada con la situación de que la pareja acepte o no la paternidad de la gestante y la adolescente cuente o no con una pareja.

**ASPECTOS AFECTIVOS DE ANSIEDAD, DEPRESION Y  
AUTOCONCEPTO  
IMPLICADOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS.**

Se considera importante aclarar que aun cuando ya han sido mencionadas las implicaciones emocionales durante el embarazo en las adolescentes, a continuación se retomaran exclusivamente los estados afectivos de Ansiedad, Depresión y Autoconcepto de interés para fin del presente trabajo; en los cuales se hará una breve revisión tanto teórica como de medición de acuerdo a los instrumentos empleados en cada uno y posteriormente se mencionará lo que se ha encontrado al respecto en cuanto al embarazo adolescente, considerando también algunos estudios en adolescentes embarazadas con y sin pareja.

**ANSIEDAD**

La palabra ansiedad se deriva de las raíces griegas que denota la "impresión de estrechez". El término de ansiedad en latín "anxious" connota una noción de pobreza (carencia), estrechez o constricción asociada con incomodidad. La ansiedad es una respuesta normal a amenazas disipadas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores (Archundia, 1981).

El término de ansiedad suele confundirse con el de miedo, pues a veces se utilizan como sinónimos y a veces como conceptos diferentes. El miedo se refiere generalmente a una reacción emocional al daño o perjuicio de algún peligro objetivo en el medio ambiente. Es decir, se tiene la percepción de una situación claramente amenazante, conocido, externo, inmediato y bien definido; mientras que en la ansiedad dicha situación u objeto no se perciben más que de una manera confusa y vaga, la amenaza es por lo tanto desconocida, interna, futura, subjetiva y de origen conflictivo (Archundia, 1981).

La ansiedad es la traducción literal del "angst" alemán, tal como lo utilizó Freud en psiquiatría, quien definió este término en 1900. Freud mencionó que la ansiedad es un elemento de la función de defensa del yo que hace que se movilicen las energías y se pongan en juego todos los procedimientos de lucha ante el peligro interno. Este autor menciona que la ansiedad consiste en "un apronte para el peligro, el cual se exterioriza en un aumento de la atención sensorial y en una tensión motriz", en ese apronte



expectante se origina por una parte, la acción motriz (primero de huida y en un nivel superior la defensa activa), por otra parte, la sensación de angustia; es decir, el estado emocional que emerge.

Por otra parte, el término de ansiedad está muy relacionado con el de estrés; ya que el estrés se ha usado para referirse a condiciones de estímulos peligrosos (estresores) que producen reacciones de ansiedad como los cambios cognitivos, afectivos, conductuales y psicológicos (Lazarus, 1984).

Según Salvatierra (1989), Lazarus y Folkman (1984), los estímulos que ponen en marcha el estado de ansiedad se relacionan con el estrés porque en este están inmersos todos los estímulos que provocan ansiedad. Es decir, un acontecimiento externo puede llamarse estresante si la persona es incapaz de enfrentarse con él o si la reactividad nerviosa es excesiva o prolongada. Por lo tanto estos autores concluyen lo siguiente: el que provoca o no estrés un acontecimiento dependerá de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos de la persona para enfrentarse con él.

Lazarus y Folkman (1984) refieren con respecto al estrés que se trata de una relación entre la persona y el medio ambiente, apreciada por la persona como amenazante o excelente de sus recursos, que pone en peligro su bienestar. Lo cual quiere decir, que el estrés no puede ser definido sin referencia al individuo que está expuesto y reacciona ante su medio ambiente.

Mientras que según Salvatierra (1989), el estrés se acompaña de un estado emocional variable, generalmente desagradable. Janis (citado por Salvatierra, 1989), lo denomina como un estado de tensión emocional, ya que el mismo estresor puede causar ansiedad, vergüenza o cólera en una persona. La tensión emocional ocurre de tal forma, que el estrés podría ser considerado, como cambios ambientales que inducen en la persona un grado de tensión emocional e interfiere con los patrones normales de respuesta. Sin embargo, muchos autores, aceptan que el estado emocional característico del estrés es la ansiedad (Salvatierra, 1989).

De acuerdo con Lader (citado en Archundia, 1981), la ansiedad como síndrome de respuesta emocional tiene las siguientes tres dimensiones:

- 1) Subjetiva - cognitiva, que incluye la apreciación de amenaza o peligro que se acompaña de una sensación de miedo.
- 2) Cambios fisiológicos, que se refiere a aquellas alteraciones a nivel anatómico y neuroendocrino, los cuales forman parte de la sintomatología y la motilidad.
- 3) Conducta motora, con ciertas tendencias de acción y a los intentos por manejar la situación que provocó la ansiedad.

Estos tres factores son parte integral de una respuesta y el modelo particular con el que proveen displacer, es característica distintiva de cada emoción.

En específico, los aspectos cognitivos de la ansiedad se refieren a la percepción de una amenaza por parte del sujeto, independientemente de si se trata de un evento capaz de ser manejado o si se trata de una amenaza objetiva o subjetiva, el sujeto siempre tendrá la sensación de conflicto. Con respecto a los cambios fisiológicos durante un estado de ansiedad, hay en primer lugar una activación neurovegetativa, análoga a un estado de emergencia, seguida de modificaciones hormonales y de la aparición del comportamiento con los que el sujeto intenta afrontar la situación, adaptándose, superandola o evitandola. Por último, los aspectos conductuales de la ansiedad se refieren a todas aquellas acciones que el sujeto realiza para manejar (resolviendo o evitando) el problema o la situación generadora de ansiedad, es decir, se refieren tales aspectos a las conductas de afrontamiento que utiliza un sujeto para manejar los estímulos generadores de ansiedad (González, 1996).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) existe un trastorno por ansiedad generalizada con clave (300.2), el cual tienen como sintomatología esencial una ansiedad y preocupación no realista o excesiva (expectación aprensiva) sobre dos o más circunstancias vitales. También existen muchos síntomas de tensión motora, de hiperactividad vegetativa e hipervigilancia.

Los síntomas de tensión motora observados en el trastorno por ansiedad generalizada incluyen temblor, contracciones, sacudidas, tensiones y dolores musculares, inquietud y fatiga excesiva.

Los síntomas de hiperactividad vegetativa incluyen falta de aliento o sensación de ahogo, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia), sudoración o manos frías y húmedas, boca seca, mareo o sensación de inestabilidad, náuseas, diarrea u otros trastornos abdominales, sofocaciones o escalofríos, micción frecuente, dificultades para tragar o sensación de "nudo en la garganta".

Los síntomas de hipervigilancia incluyen sentirse atrapado o al borde de un peligro, exageración de la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, episodios en los cuales la mente se queda en blanco debido a la ansiedad, dificultades para dormir o mantener el sueño e irritabilidad.

El DSM-III-R contempla que en este trastorno son frecuentes los sentimientos depresivos leves.

En base a la Literatura, la ansiedad ha recibido multitud de definiciones, sin embargo la manejada por Spilberger y Diaz (1975)

posee una mayor operacionalidad. Estos autores distinguieron dos dimensiones de la ansiedad; una ansiedad-estado y otra ansiedad-rasgo, mencionando que la primera es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo en donde los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. Por otro lado definen a la ansiedad-rasgo como las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado.

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

Spilberger y Díaz (1975) elaboraron una versión en español del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) que es una escala que mide las dos dimensiones de la ansiedad, como ya se mencionó. Tal instrumento tiene dos escalas separadas de autoevaluación, cada una de 20 afirmaciones. En la escala de ansiedad-rasgo se le pide a los sujetos describir como se sienten generalmente; en tanto que en la escala de ansiedad-estado los sujetos tienen que indicar como se sienten en un momento determinado. Hasta hace poco Morales y González (1990) normalizaron este instrumento en una población obstétrica del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Este instrumento ha demostrado cubrir las condiciones necesarias para ser considerado un adecuado instrumento de medición, ya que por su estructura contiene un buen nivel de objetividad, cumpliendo con los requisitos teóricos y metodológicos que se exigen para que sea eficaz (Redondo y Redondo, citados en Morales y González, 1990).

La confiabilidad del IDARE ha sido determinada mediante un análisis de correlación test-retest. De acuerdo con lo cual, la escala de ansiedad-rasgo tiene una correlación test-retest de 0.73 a 0.86; mientras que la escala de ansiedad-estado tiene una

correlación test-retest de 0.16 a 0.54, lo cual refleja que dicha escala mide el nivel de ansiedad que presenta una persona en un momento específico; es decir, indica que el nivel de ansiedad-estado está influenciado por factores situacionales. La consistencia interna del IDARE es alta, la escala de ansiedad-rasgo tiene una consistencia interna de 0.59 a 0.92 y la escala de ansiedad-estado de 0.82 a 0.92. La validez de esta prueba se ha evaluado a través de una correlación con otras pruebas que miden ansiedad, como la escala de ansiedad de Taylor, con la cual el IDARE tiene una correlación de 0.86 a 0.92 Spilberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

Se han efectuado series de correlaciones entre el IDARE y otras escalas que miden ansiedad, así como con pruebas de personalidad. Las investigaciones realizadas con escalas de ansiedad obtuvieron correlaciones más altas bajo condiciones en las que hubo una amenaza de autoestima (Hodges, Peeling y Lamb, citados en Morales y González, 1990).

En las pruebas de personalidad se aplicaron el IDARE y la prueba de personalidad de Jackson, encontrándose que las calificaciones promedio ansiedad-rasgo y ansiedad-estado de personas con problemas emocionales, resultaron ser significativamente superiores a las que tenían problemas emocionales o vocacionales (Jackson, citado en Morales y González, 1990). Existen relativamente pocas investigaciones relacionadas con el embarazo y más escasas aun, al referirnos a la población adolescente y en un estado específico de la gestación como es el de ansiedad.

Sin embargo, en base a la confiabilidad y validez, el IDARE ha sido empleado en diversos estudios con mujeres embarazadas (Mercer y Ferketich, 1988; Zarco, 1990; Archundia, 1981; Valderrama, 1988 y Reading, 1983); en adolescentes embarazadas (De Anda y cols., 1991 y 1992; Linenberger, 1987; Lieberman, 1980 y González, 1996).

#### ANSIEDAD Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Derivado de diversas fuentes, se ha encontrado en el embarazo adolescente incremento en el nivel del estado de ansiedad. De acuerdo con Zongker (1980), una fuente es el bajo o negativo autoconcepto. En el estudio de este autor, el grupo de madres solteras presentaron un autoconcepto más bajo que las madres adolescentes casadas quienes se distinguieron por su alto nivel de ansiedad, mayor rigidez y un pobre nivel de ajuste social. Otra fuente de ansiedad puede ser aquella generada en el embarazo, aumentando en las adolescentes la dependencia hacia los adultos, en

el tiempo en que ellas usualmente experimentan conflictos por su deseo de ser independientes. Adams (citado en Linenberger 1987) observó que el estado de ansiedad fue evidenciado por su negación del embarazo y su miedo sobre el trabajo de parto (Linenberger, 1987).

Por su parte tanto en estudios de 1991 como de 1992, De Anda y colaboradores, encontraron que las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes tienen un puntaje por arriba de la norma en la escala de ansiedad rasgo y ansiedad estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

De acuerdo a estudios realizados por Kuhn (citado por Linenberger, 1987) en cuanto a los factores estresantes que precedían la psicosis postparto en una adolescente soltera, luego a sugerir otros orígenes de la ansiedad. Este autor comparó el estrés normal que se presenta durante el embarazo, así mismo durante la maduración de las adolescentes y describió que el nivel de ansiedad que presentan las adolescentes embarazadas y las mujeres embarazadas adultas es muy similar, lo cual implica que el embarazo en sí mismo no tiene con un aumento en los niveles de ansiedad sin importar la edad de la gestante.

Este mismo autor describe a la mujer y la adolescente embarazada como muy propensas a presentar episodios abruptos de ansiedad sin una aparente causa. Razón y la sola idea de tener un hijo y el significado de esto puede producir ansiedad en las mujeres embarazadas. Sin embargo, la ansiedad también puede surgir de una concepción ilegítima (en gestantes solteras) y de la falta de responsabilidad y apoyo por parte de la pareja.

Por su parte Lieberman (1986) refiere que las adolescentes embarazadas solteras presentan mayor nivel de ansiedad que las adolescentes embarazadas casadas, el cual es expresado a través de inseguridad, incertidumbre, soledad y abandono; lo cual quiere decir que el estado civil de la adolescente embarazada influye en su estado emocional y en el nivel de ansiedad que presentan.

Por último, en base a la investigación realizada por González (1996) con respecto al tema, los resultados hallados en una muestra de 41 adolescentes embarazadas con pareja (casadas y en unión libre) fue que solo una cuarta parte de las adolescentes embarazadas mostraban niveles significativos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Cuyo resultado contradice otros estudios con adolescentes embarazadas americanas, tales como los realizados por De Anda y cols., de 1991 y 1992, en los cuales hacen referencia que las adolescentes embarazadas presentaron altos niveles de ansiedad. No obstante, el estudio de González (1996) concuerda con los estudios realizados con adolescentes embarazadas mexicanas, como los de Valderrama (1988), Zarco (1990) y Archundia (1981) los cuales refieren que el embarazo no genera modificaciones en el nivel de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, ya que este se

presenta dentro de un patrón de normalidad.

Con la revisión anterior se puede decir que, de acuerdo a la literatura, la palabra ansiedad ha recibido infinidad de definiciones, no obstante, la ansiedad consiste en una respuesta cognitiva, fisiológica, conductual y emocional ante un estímulo que es percibido como amenazante o conflictivo, cuya respuesta dependerá de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos de la persona para enfrentarse con el. Debido a la confiabilidad y validez del Inventario de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado (IDARE) , este ha sido empleado en diversas investigaciones, entre ellos con adolescentes embarazadas en los cuales algunos autores han encontrado por una parte altos niveles de ansiedad y otros que el nivel de ansiedad tanto de adolescentes embarazadas como de mujeres embarazadas adultas es similar, siendo el embarazo el que se relaciona con niveles de ansiedad sin importar la edad y por último otros estudios han encontrado que las adolescentes embarazadas solteras presentan mayores niveles de ansiedad que las adolescentes embarazadas casadas.

#### AUTOCONCEPTO

Definir el autoconcepto, rastrear sus legítimos orígenes, y tener una idea clara, delineada y delimitada de este constructo psicológico, es difícil, puesto que depende mucho de los diferentes enfoques teóricos, desde donde se ha abordado, y por lo tanto, habrá tantas acepciones del vocablo como número de autores que se han ocupado de él.

De acuerdo con Oñate (1989), la elaboración del constructo de autoconcepto por parte de la psicología, surge del análisis operacional de la antigua cuestión filosófica de ¿Quién soy yo?.

Según Cruz (1992), no es difícil hallarlo confundido con términos tales como imagen corporal, consciencia de sí mismo, yo, self, autoimagen, autorrepresentación, autoestima, etc. y en algunos casos sólo se tiene diferentes manejos semánticos.

Por su parte Masitu y Román (citados por Oñate, 1989) diferencian el autoconcepto de la autoestima, mencionando que el primero, incluye una identificación de las características del individuo, así como una elevación de los mismos, mientras que la autoestima hace más incapie en el aspecto de la evaluación de las características.

Mientras que Coopermith (citado en Oñate, 1989) define a la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa

# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

actitud de aprobación que él siente hacia sí mismo, en donde tales actitudes evaluativas parecerían indicar "el alcance al que el individuo cree ser capaz, ser significativo y digno".

Finalmente Fittz (1965) define al autoconcepto como "el criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción más completa que es capaz de dar de sí misma en un momento dado".

El énfasis recae en la persona como objeto de autoconcepto, que incluye el sentimiento de lo que otra persona concibe de como es ella misma. Aparte, está el hecho de que la percepción es multidimensional y los factores más importantes que describe son categorizados en tres áreas:

- I. Identidad (quién/cómo soy).
  - II. Autosatisfacción (como lo acepto a mí mismo).
  - III. Comportamiento (como actúo)
- Y las dimensiones abarcan, al yo físico, yo personal, yo ético moral, yo familiar y yo social.

Fittz en 1966 elaboró la escala de Tennessee de autoconcepto en colaboración con el Departamento de Salud Mental de Tennessee. Cuya escala tiene dos formas, una para orientación y otra para investigación clínica siendo ambas prácticamente los mismos, ya que utilizan el mismo librito y los mismos reactivos. La diferencia estriba en que la forma clínica es más compleja en la computación, análisis e interpretación de sus puntajes y en el sistema de perfiles.

El grupo con el cual la prueba se estandarizó, fué una muestra representativa de 626 sujetos de varias partes de los Estados Unidos de Norteamérica.

Para 1992 había la existencia de 1399 artículos en los que se utiliza la escala de autoconcepto de Tennessee publicadas en la bibliografía de estudios de investigación de Western Psychological Services (citado en Cruz, 1997). Esta escala ha sido adaptada a la versión castellana por Blanca María Alvarez y Guido A. D. y distribuido por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua, México y aunque esta escala no dispone de datos, de normas, validez y confiabilidad en México, Fittz señala que cuando se trata de muestras grandes ( $n \geq 75$ ) no se encuentran variaciones notables de la norma y los efectos de variables demográficas tales como sexo, raza, edad, educación e inteligencia.

## AUTOCONCEPTO Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS

De acuerdo con Paik (1992) entre los correlatos del embarazo adolescente, el autoconcepto parece ser una variable importante para el embarazo. Kinch (citado por Paik 1992) hace mención, de que al autoconcepto se le conoce como emergente " desde la interacción social, hasta como guía o influencia para el individuo".

Según lo indica Paik (1992) en base a algunos estudios previos, es común observar el fenómeno de embarazo adolescente entre las familias negras, pobres y desestructuradas, y también entre las adolescentes embarazadas que tienen un limitado conocimiento de la sexualidad humana, poca orientación de su futuro, y tanto poca motivación como habilidades para tomar decisiones, así como también presentan baja autoestima. Aunque es difícil decidir si la autoestima es un factor causal o un efecto del embarazo adolescente, la baja autoestima entre las adolescentes es frecuente en general, pero ésta se muestra en niveles diferentes.

De acuerdo con Grigworld et al. (citado por Paik, 1992) la baja autoestima, la inferioridad y la dificultad de éxito en los esfuerzos adaptativos son factores que se encuentran en los embarazos repetitivos de adolescentes negras, mientras que según este autor los embarazos repetitivos en adolescentes blancas, tiene que ver con las relaciones poco afectivas y limitadas entre los padres y sus hijas.

Al respecto Ford y Gispert et al. (citados por Paik, 1992) refieren que otros factores también observados relacionados tanto en el embarazo adolescente como en embarazos repetitivos en esta población, son: la ausencia del padre en la familia del adolescente, una relación negativa entre madre e hija y un desconocimiento del uso de anticonceptivos y también la autoestima o autoconcepto; considerando que la baja autoestima puede ser un factor importante entre otros, para el embarazo o los embarazos repetitivos en las adolescentes.

Diversos autores tales como Zongker (1977), Brown y Schiller (citados por Paik, 1992) han observado tanto a través de sus trabajos con estas adolescentes como cuando se les ha comparado con aquellas que no se han embarazado, que entre las adolescentes embarazadas, la baja autoestima es caracterizada por sentimientos de incompetencia, ineficiencia, así como de inadecuación para hacer frente a los problemas cotidianos.

Zongker (1977) realizó estudios con respecto al autoconcepto de las adolescentes embarazadas usando la escala de Autoconcepto del Tennessee en cuyos estudios encontró puntajes bajos en autoestima (total positivo) así como también en todas las



subdivisiones tanto en "identidad" como en "yo familiar y yo social", excepto en autoaceptación. Sin embargo, encontró que la población se mostró psicológicamente más deteriorada por algunos factores que pueden contribuir, tales como el socioeconómico.

Con respecto a esto último Hilton (citado por Paik, 1992), mencionó que la baja autoestima tiene que ver con una condición socioeconómica baja.

Robbins (citado por Paik, 1992) descubrió que la baja autoestima y la impotencia tienen solamente un efecto débil en las adolescentes embarazadas y bajo algunas condiciones las adolescentes con baja autoestima y lentimientos de impotencia tienen mayor riesgo de un embarazo prematuro.

Paik (1992) realizó un estudio exploratorio, en el que pretendió investigar cualquier asociación existente entre el autoconcepto y el embarazo adolescente o embarazos adolescentes repetitivos; en cuya muestra disponible de 143 sujetos se usó la escala de Autoconcepto de Tennessee.

En suma, los mejores resultados en este estudio tuvieron las adolescentes embarazadas un autoconcepto más bajo y también presentaron puntajes más bajos en la mayor parte de las subescalas de la escala de autoconcepto que aquellas de un grupo norma. Más específicamente, las adolescentes presentaron puntajes bajos en su identidad y componentes conductuales así como en las dimensiones de moral, familiar y social. Aún entre estas adolescentes, las chicas negras tuvieron un autoconcepto más alto en todas las áreas que las blancas. No hubo diferencias estadísticamente significativas en sus puntajes entre las primíparas y multíparas adolescentes embarazadas. Estos resultados empíricos sugieren una serie de implicaciones. Verdaderamente, el embarazo adolescente y el autoconcepto parecen tener una asociación o relación definitiva. Sin embargo, no es claro, como y bajo qué condiciones están relacionadas estos factores. Se puede decir que esos factores están relacionados en términos de una relación causal. Puede ser, que las chicas adolescentes con pobre autoconcepto son más propensas a embarazarse que otras, así como lo indica la literatura.

Resumiendo, se tienen entendido que el vocablo de autoconcepto, puede tener tantas acepciones como número de autores que se han ocupado de él. Sin embargo, Fittz (1965) lo definió como "el criterio que una persona tienen de sí misma, es decir la descripción mas completa que escapaza de dar de sí misma en un momento dado". Tal autor elaboró la escala de Tennessee de autoconcepto, que aunque no dispone de normas, validez y confiabilidad en México, el mismo autor señala que en muestras grandes (mayores o iguales a 75) no se encuentran variaciones notables. Dicha escala ha sido empleada en diversas investigaciones con respecto a mujeres embarazadas tales como Cruz (1992), Morales y cols. (1988) entre otros y con adolescentes embarazadas entre

otros autores Zongker (1989) y Paik (1992). Estos últimos, por una parte encontraron puntajes bajos en autoestima (total positivo), así como en todas las subdivisiones tanto en identidad y componentes conductuales como en yo-familiar, yo ético-moral y yo social. Por último no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes embarazadas primiparas y multiparas.

## DEPRESION

Según Catwell y Baker (1991) el término depresión es usado para referir un síndrome o una serie de síntomas que ocurren regularmente y no están asociados por casualidad. En los adultos el síndrome depresivo se reconoce por cambios en el buen humor y cambios en los ocho grupos de síntomas primarios. Estos son: cambios en el apetito y peso, cambios en los patrones de sueño (particularmente insomnio), agitación psicomotora o retardo (psicomotor); fallas de interés en las actividades usuales y una disminución en la concentración, lentificación del pensamiento y finalmente deseos recurrentes de morir, deseos de suicidarse o conducta suicida. Este término de depresión se refiere a un desorden que puede o no ser un trastorno de tipo psiquiátrico primario.

Dentro de la amplia gama de clasificaciones realizadas para el estudio de la depresión se encuentra la incluida en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-III-R), en donde se la clasificado como un desorden afectivo, derivando a su vez tres tipos de desordenes que abarcan la depresión.

La definición del DSM-III-R parece coincidir con la alteración afectiva al estado de ánimo o humor, pues corresponde a un estado emocional permanente que matiza por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. Los factores de intensidad y duración son esencialmente para una adecuada categorización de todo fenómeno depresivo que puede oscilar desde la anormalidad hasta una franca y severa patología.

### CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO DE EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES

Un "Síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A siguiente:

A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas.

1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día.

2. Notable disminución de placer.
  3. Aumento o pérdida de peso.
  4. Agitación o entretimiento psicomotor.
  5. Insomnio.
  6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  7. Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa.
  8. Disminución de la capacidad de pensar.
  9. Ideas de muerte recurrente, ideas de suicidio.
- B. 1) No establecimiento de causas orgánicas.  
 2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido.
- C. Fuera del contexto de alteración anímica no han existido ideas delirantes.
- D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia.

#### CODIGO PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- 1) Leve: ninguno o pocos síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas de ligero deterioro.
- 2) Moderado: síntomas de deterioro funcional entre leve y grave.
- 3) Grave sin síntomas psicóticos: varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales.
- 4) Con síntomas psicóticos: ideas delirantes o alucinaciones. Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo, ideas delirantes o alucinaciones.
- 5) En remisión parcial: intermedio entre remisión completa y leve.
- 6) En remisión completa.

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TIPO MELANCOLICO.

Presencia de cinco de los síntomas siguientes:

- 1) Pérdida de interés o de capacidad para el placer en las actividades.
- 2) Falta de reactividad ante estímulos agradables.
- 3) La depresión es más intensa por la mañana.
- 4) Despertar precoz por la mañana.
- 5) Entretimiento o agitación psicomotora.

- 6) Anorexia significativa.
- 7) Ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio depresivo menor.
- 8) Uno o mas episodios depresivos mayores, seguidos de una remisión completa o casi completa.
- 9) Buena respuesta previa a una terapia somática antidepressiva adecuada y específica.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DISTIMIA**

A. Estados de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes) comunicado por el sujeto u observado durante dos años mínimamente.

B. Durante los periodos depresivos están presentes como mínimo dos de los siguientes síntomas:

- 1) Poco apetito o varacidad.
- 2) Insomnio o hipersomnía.
- 3) Pérdida de energía o fatiga.
- 4) Disminución de la autoestima.
- 5) Falta de concentración.
- 6) Sentimientos de desesperanza.

C. Un periodo de dos años en el que se da la alteración.

D. No existen pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco.

F. El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico como una esquizofrenia o un trastorno delirante.

G. No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración.

La escala de automedición de la depresión de Zung (EAMD) fué elaborada y usada por William Zung en 1965; este investigador trató de hacer una escala de evaluación de la depresión para pacientes cuyo diagnóstico era trastorno depresivo rápidamente identificado, que incluye los síntomas de la enfermedad que fuese simple y corto, cuantitativo, cualitativo y autoaplicable.

Esta prueba mide cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico.

La EAMD es la más usada debido a que ha demostrado sensibilidad para diferenciar pacientes deprimidas antes y después del tratamiento, en comparación con un grupo control no deprimido (González y Morales 1993).

Zung y Brown (1972) demostraron una significativa correlación entre las escalas 2 de depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y la EAMD; Kerner y Jacobs trataron de relacionar los puntajes de la escala de depresión de Beck con la de Zung, y encontraron que ambas escalas se asocian significativamente. En la escala de Beck no se identifican las diferencias de género y a sí de edad ocurriendo lo contrario en la EAMD. Aún y cuando existen varios hallazgos que apoyan la validez de la EAMD se realizó una normatización en Nueva Zelanda llegando a enfatizar la necesidad de establecer normas específicas de esta población, esto a pesar de que la prueba mostró una fuerte consistencia interna.

Así mismo, se realizó una normatización de la EAMD con una población obstétrica de González y Morales (1993). Los resultados mostraron que las pacientes con un diagnóstico de depresión al considerar las normas originales, dieron a una variación de 4 puntos, en el punto de corte del instrumento. Debido a que el sentimiento de depresión se encuentra asociado a pérdidas objetales, una posible explicación del mayor grado de depresión encontrado en la población, comparado con las normas originales de la prueba, es que el embarazo o el inicio de vida reproductiva, a pesar de estar rodeado de expectativas, en la mayoría de los casos implica en el fondo una pérdida de objetos, dependencia de la familia original, comodidad, aplazamiento de la vida reproductiva, cambios en la relación de pareja, etc. También se observó que las mujeres al inicio de la vida reproductiva pretieren desplazarse al hogar, a pesar de haber logrado buenos niveles de escolaridad (González y Morales, 1993).

#### DEPRESION Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La literatura ha mostrado que la sola presencia del embarazo es un factor para que el estado emocional de la adolescente se altere, más en personas solteras o sin pareja quienes obviamente experimentan un gran impacto psicológico, que va desde la resignación, frustración, inadaptabilidad, desconcierto, autodestrucción hasta el suicidio como producto de fuertes y constantes depresiones (Choen, Friedrich, Jacobs, Glaser, Semmens y Krantz citados por Aldana y Pérez, 1990).

Se puede apreciar, por lo tanto, que el embarazo es una causa frecuente de depresión en las adolescentes (Tolbert, 1988) que pueden ser leves, manifiestos o latentes, manifestándose por medio de los desórdenes hipochondríacos o psicósomáticos (Glaser y Lesse citados por Aldana y Pérez, 1990), sensaciones de soledad, aislamiento, pobre autoestima, labilidad emocional, sentimientos de culpa, frustración, una tendencia de euforia, falta de

autoconfianza y de expectativas a futuro (Black y Deblassie, 1985 y Aldana y Pérez, 1990)

Aunque los estados emocionales de las adolescentes embarazadas frecuentemente se describen con depresión, las investigaciones en esta área no son lo suficientemente numerosas como se esperaría. Esa deficiencia puede ser debida en parte a la falta de valoración de la depresión en las adolescentes en general (Mezzich y Mezzich citados por Lineberger, 1987) y también a las mediciones que no pueden ser hechas, debido a que los síntomas de la depresión en los adolescentes en general son etiquetados como expresiones de confusión emocional relacionadas a los cambios maduracionales (Estein, Rosenberg, Pottash y Gold, citados por Lineberger, 1987).

Duarte (1989), Fernández y colaboradores (1988), Haggerty (citado por Aldana y Atkin, 1990) señalan que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión, especialmente durante el embarazo y al comienzo de la adaptación como madre.

Según Aldana y Atkin (1990) la incertidumbre de la situación, propicia dudas y preocupación, generando sentimientos depresivos, especialmente en la adolescente soltera.

Sin embargo, no todas las adolescentes embarazadas se deprimen, pues es un estado emocional multideterminado tanto por factores culturales y familiares como por el significado que tenga la adolescente del embarazo.

Dichas investigaciones no esclarecen la posible existencia de una interacción entre los niveles de depresión, ansiedad y autoconcepto, y el estado civil de las adolescentes embarazadas. No obstante ante la ausencia de investigaciones nacionales sobre el tópico y con población adolescente, se intentó estudiar el fenómeno, como producto de la búsqueda en la comprensión del mismo.

En diferente la situación de la gestante que cuenta con el apoyo de una pareja, ya sea que viva en unión libre o casada al de la soltera, esta última parece experimentar una mayor inestabilidad familiar, económica y legislativa, producto de la consecuente presión social común de la cultura mexicana. Aunado a la vez a los diferentes cambios característicos de la adolescencia y los posibles riesgos ostétricos que podrá vivenciar la adolescente se encuentre o no cohabitando con la pareja. Ante tal situación conflictiva se podrá esperar una diferencia significativa en el nivel de depresión entre las adolescentes que viven con su pareja y las que carecen de ella. Los que orillarían a plantear la interrogante principal: Existe diferencia entre los puntajes de ansiedad, depresión y autoconcepto que presentan las adolescentes con pareja y sin pareja?

**SEGUNDA PARTE:**

**INVESTIGACION**

## **METODOLOGIA**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe diferencia entre los puntajes de ansiedad, depresión y autoconcepto que presentan las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja?

### **2. HIPOTESIS**

#### **2.1 HIPOTESIS DE TRABAJO:**

Los puntajes de ansiedad, depresión y autoconcepto que presentan las adolescentes embarazadas con pareja tienen diferencias significativas con respecto a aquellos puntajes obtenidos por las adolescentes embarazadas sin pareja.

#### **2.2 HIPOTESIS ALTERNAS ( H<sub>i</sub> ):**

(H<sub>i</sub> 1): Existen diferencias significativas en los puntajes de Ansiedad-Estado entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(H<sub>i</sub> 2): Existen diferencias significativas en los puntajes de Ansiedad-Rasgo entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(H<sub>i</sub> 3): Existen diferencias significativas en los puntajes de Depresión entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(H<sub>i</sub> 4): Existen diferencias significativas en los puntajes de Yo físico de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(H<sub>i</sub> 5): Existen diferencias significativas en los puntajes de Yo ético - moral de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(H<sub>i</sub> 6): Existen diferencias significativas en los puntajes de Yo personal de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(H<sub>i</sub> 7): Existen diferencias significativas en los puntajes de Yo familiar de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(H<sub>i</sub> 8): Existen diferencias significativas en los puntajes de Yo



social de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Hi 9): Existen diferencias significativas en los puntajes de Identidad de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Hi 10): Existen diferencias significativas en los puntajes de Autosatisfacción de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Hi 11): Existen diferencias significativas en los puntajes de Comportamiento de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Hi 12): Existen diferencias significativas en el puntaje de de autocrítica de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Hi 13): Existen diferencias significativas en el puntaje Total de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

### 2.3 HIPOTESIS NULAS ( Ho ):

(Ho 1): No existen diferencias significativas en los puntajes de Ansiedad-Estado entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 2): No existen diferencias significativas en los puntajes de Ansiedad-Rasgo entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 3): No existen diferencias significativas en los puntajes de Depresión entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 4): No existen diferencias significativas en los puntajes de Yo físico - moral de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 5): No existen diferencias significativas en los puntajes de Yo ético - moral de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 6): No existen diferencias significativas en los puntajes de Yo personal de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 7): No existen diferencias significativas en los puntajes de Yo familiar de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 8): No existen diferencias significativas en los puntajes de Yo social de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Hi 9): No existen diferencias significativas en los puntajes de Identidad de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 10): Existen diferencias significativas en los puntajes de Autosatisfacción de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 11): No existen diferencias significativas en los puntajes de Comportamiento de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 12): No existen diferencias significativas en el puntaje de autocrítica de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

(Ho 13): No existen diferencias significativas en el puntaje Total de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

### **3. VARIABLES**

#### **3.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

La variable independiente son las adolescentes embarazadas y la condición de que cuenten el apoyo de una pareja o no cuentan con pareja o el apoyo de esta.

#### **DEFINICION CONCEPTUAL.**

Una adolescente embarazada se define como aquella mujer que se encuentra en una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta cuya edad oscila entre los 12 y los 17 años aproximadamente y cuyo ciclo menstrual se ha visto interrumpido por la implantación de un óvulo fecundado en su matriz (Deschamps, 1979 y Kably, Orozco, Mar de la Rosa, 1982).

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

1) Sin pareja o solteras. Son aquellas que no tienen una relación de pareja o el apoyo de ésta.

2) Con pareja. Son aquellas que cuentan con una relación de pareja y el apoyo de esta, es decir, aquellas que están casadas por el civil y/o religiosamente o aquellas que viven en unión libre con su pareja.

#### **DEFINICION OPERACIONAL.**

Se consideraran a aquellas pacientes que se encuentren entre los 13 y 17 años de edad que estén cursando un embarazo normal a partir de la decimotercera semana de gestación y que al momento de la entrevista se diferencien a aquellas adolescentes embarazadas sin pareja de las que tienen una pareja, de acuerdo a la definición anterior.

#### **3.2. VARIABLES DEPENDIENTES**

Las variables dependientes son los puntajes obtenidos en las escalas de depresión, ansiedad y autoconcepto.

##### **3.2.1. ANSIEDAD.**

#### **DEFINICION CONCEPTUAL.**

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

#### **DEFINICION OPERACIONAL.**

Para determinar el nivel de ansiedad de las adolescentes embarazadas se tomará en cuenta el puntaje obtenido en el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) tomando en cuenta los valores indicativos de acuerdo a la estandarización realizada por Morales y González (1980) en el INPer, es decir un valor igual o mayor a 47 para la ansiedad-rasgo y de 43 para la ansiedad-estado.

##### **3.2.2. DEPRESION.**

#### **DEFINICION CONCEPTUAL.**

El término de depresión es usado para referir un síndrome o una serie de síntomas que ocurren regularmente y no están asociados por casualidad. En los adultos el síndrome depresivo se reconoce por cambios en el buen humor y cambios en los ocho síntomas primarios. Estos son: cambios en el apetito y peso; cambios en los patrones de sueño (particularmente insomnio); agitación psicomotora o retardo psicomotor; falta de interés en las actividades usuales y una disminución del placer que se obtiene generalmente de realizar ciertas actividades; sentimientos de autorreproche o culpa; una disminución en la concentración; lentificación del pensamiento y finalmente deseos recurrentes de muerte, deseos de suicidarse o conductas suicidas. Este término de depresión se refiere a un desorden que puede o no ser un trastorno psiquiátrico

primario (Cantwell y Baker, 1991).

#### **DEFINICION OPERACIONAL.**

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

#### **3.2.3. AUTOCONCEPTO.**

##### **DEFINICION CONCEPTUAL.**

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

##### **DEFINICION OPERACIONAL.**

Para determinar el nivel de autoconcepto de las adolescentes embarazadas se tomará en cuenta el perfil obtenido en la escala de autoconcepto de Tennessee, tomando en cuenta el puntaje obtenido en cada una de las subescalas. El puntaje más importante es el nivel total de autoestima (Total), considerándose altos aquellos puntajes que se ubiquen por encima de un puntaje +345, percentil 50; y puntajes bajos aquellos que se ubiquen por abajo del puntaje +345, percentil 50 (Fitts, 1965).

#### **4. CONTROL DE VARIABLES.**

Se realizó un registro tanto de las variables sociodemográficas como del nivel socioeconómico de las adolescentes que conformaran la muestra de acuerdo a las clasificaciones que hace el INPer para posteriormente aplicar los instrumentos y realizar el análisis estadístico.

#### **5. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.**

Se realizó una investigación de campo, exploratoria de dos muestras independientes una de la otra; es decir, de dos grupos diferentes de sujetos de una misma población.

##### **5.1. MUESTREO.**

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, intencional de 100 adolescentes embarazadas, 58 solteras y 80 con pareja, casadas y en unión libre, de la población de pacientes que acuden al INPer para su atención, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

## 5.2. CRITERIOS DE INCLUSION.

Pacientes del Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

Edad entre 13 y 17 años.

Primigestas.

Escolaridad mínima de primaria.

Nacionalidad mexicana.

Que estén cursando un embarazo sin complicaciones médicas a partir de la 13 semana de gestación.

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

## 5.3. CRITERIOS DE EXCLUSION.

Embarazo producto de violación o incesto.

Pacientes con problemática de tipo psiquiátrico y/o retraso mental.

Un embarazo con complicaciones médicas tales como: diabetes, cardiopatías, toxemia, etc.

## 6. ESCENARIO.

Se utilizó como escenario un consultorio de consulta externa del departamento de psicología en las instalaciones del INPer.

## 7. INSTRUMENTOS.

Se utilizó los siguientes instrumentos:

El inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) normalizado por Morales y González (1990), la escala de depresión de Zung normalizado por Morales y González (1993) y la escala de autoconcepto de Tennessee de Fitts (1965).

El IDARE es un instrumento de evaluación que cuantifica los fenómenos de ansiedad rasgo y estado. Este instrumento consta de dos escalas cada una con 20 reactivos destinados a medir la ansiedad-rasgo y ansiedad-estado respectivamente, en cuya readacción se utiliza la sintomatología más característica de la ansiedad y se responde de acuerdo a una escala cualitativa progresiva de cuatro opciones. La calificación se hace por medio de una plantilla que presenta los valores correspondientes a la respuesta de cada uno de los reactivos. Este instrumento a demostrado cubrir las condiciones necesarias para ser considerado un adecuado inventario de medición de la ansiedad ya que por su estructura contiene un buen nivel de objetividad, cumpliendo con los requisitos teóricos y metodológicos que se exigen para que sea eficaz. Con respecto a esto se ha demostrado un buen nivel de confiabilidad y correlación con otras pruebas que miden ansiedad.

Este inventario ha sido normalizado por Morales y González con pacientes embarazadas, en el que se obtuvo como punto de corte 47 y 43 para considerar que las mujeres embarazadas presentan un nivel significativo de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado respectivamente.

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

La escala de autoconcepto de Tennessee es un instrumento autoaplicable que consiste en 100 oraciones autodescriptivas. A través de esta escala se producen diferentes dimensiones del autoconcepto. Esta escala presenta una confiabilidad Test-retest de 0.72.

La escala tiene las siguientes subescalas:

a) Escala de autocrítica (SC) se compone de diez ítems todos ellos son afirmaciones, ya que la mayoría de la gente admite ser afirmativa para ellos mismos y aquellos que niegan estas afirmaciones continuamente son defensivos y están haciendo un esfuerzo por presentar una imagen favorable de ellos mismos.

b) Escala de resultados positivos (P). Estos resultados derivan directamente de la clasificación de la escala antes mencionada. En el análisis original de ítems, las afirmaciones parecían estar convergiendo en tres mensajes primarios: 1) esto es lo que soy; 2) así es como me siento conmigo mismo; y 3) esto es lo que yo hago. En la base de estos tres tipos de afirmaciones se formaron las tres categorías horizontales; las cuales aparecen en las hojas de respuesta como fila uno, fila dos y fila tres y posteriormente serán referidas en estos tres niveles. La fila uno de respuesta comprende tres subrespuestas, las cuales cuando son sumadas, contribuyen al total positivo o total del resultado (P).

Estos resultados representan un marco de referencia interno desde el cual el individuo se está describiendo a sí mismo.

1) Resultado total (P), este es el resultado simple más importante en la forma para orientación. Refleja el nivel de la autoestima. En la forma de orientación los resultados positivos solo se designan como resultados (P), mientras que en la hoja de resultados de la forma Clínica y de exploración son referidos como resultados (P+N), para aclarar el conteo que se maneja.

2) Fila 1. Resultado (P). Identidad. Estos se refieren a los ítems de ¿Qué soy yo?, aquí el individuo está describiendo su identidad básica, lo que es él, respecto a como se ve a sí mismo.

3) Fila 2. Resultado (P). Autosatisfacción. Este resultado viene de aquellos ítems donde el individuo describe como se siente con respecto al sí mismo que está percibiendo. En general este resultado refleja el nivel de autosatisfacción o autoconcepto.

4) Fila 3. Resultado (P). Comportamiento. Este resultado resulta de aquellos ítems que hablan de "esto es lo que yo hago" o "esta es la manera en como actúo". Por lo que este resultado mide la percepción individual de su propio comportamiento y de su manera de funcionar.

5) Columna A. El yo físico. Aquí el individuo está presentando su percepción de su propio cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.

6) Columna B. El yo ético-moral. Este resultado describe la forma del yo en un marco de referencia de valores ético-morales, la relación con dios, el sentimiento de ser una "buena" o "mala" persona, la satisfacción con la propia religión o la falta de esta.

7) Columna C. El yo personal. Este resultado refleja el sentido individual del valor de la persona, sus sentimientos de adecuación como persona y la evaluación de su personalidad separado de su cuerpo o su relación con el otro.

8) Columna D. El yo familiar. Este resultado refleja el propio sentimiento de adecuación y valía como miembro de una familia. Se refiere a la perspectiva individual de sí mismo respecto a su círculo de asociación más próximo e inmediato.

9) Columna E. El yo social. Este es otra categoría del yo en perspectiva con respecto a la relación con otros, pero partiendo de los "otros" de una forma más general. Refleja el sentido de adecuación de la persona y su valía en la sociedad en que interactúa con otras personas en general.

c) El resultado de variabilidad (V). El resultado V proporciona una medida simple de la cantidad de variabilidad o inconsistencia de una área de la percepción de sí mismo con respecto a otro.

1) Total (V). Este representa el monto total de variabilidad para todo el resultado.

2) Columna total (V). Este resultado mide y resume las variaciones con respecto a las columnas.

3) Fila total (V). Este resultado da suma de las variaciones a través de las filas.

d) El resultado de la distribución (D). Este resultado es el resumen de la manera en que la persona distribuye las respuestas a través de las cinco opciones disponibles al responder a los ítems en la escala. También se interpreta como alguna medida de algún otro aspecto de la percepción del yo, ciertamente de como el individuo se ve a sí mismo.

## **8. PROCEDIMIENTO.**

El presente estudio se realizó en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología dentro de un de los consultorios de consulta externa.

El método de selección y de aplicación psicométrica se hizo conjuntamente con el Departamento de Trabajo Social, ya que a través de la revisión en la libreta de ingreso perteneciente a éste servicio se identificó el ingreso de las pacientes adolescentes y posteriormente con el número de expediente y nombre se realizó en el Departamento de cómputo la búsqueda de las citas próximas a consulta externa del INPer, logrando de tal manera la captura de la muestra para el presente estudio.

Al realizar la captura de pacientes adolescentes embarazadas que cumplieran con los criterios de inclusión, se aplicaron los tres instrumentos y los cuestionarios de datos sociodemográficos de manera individual en una sesión. Posteriormente se calificaron los instrumentos de acuerdo a las normas establecidas para cada una de las pruebas. Finalmente, utilizando el programa de computadora Dbase IV se capturaron los instrumentos en una base de datos.

## **9 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS.**

Se realizó por medio del SPSS (Programa de Estadística para las Ciencias Sociales) con la instrucción de muestras no apareadas es decir con (N) diferentes, un análisis de las medidas de resumen para la descripción de los datos sociodemográficos de la muestra, una prueba T de Student para conocer las diferencias que existen entre los puntajes obtenidos en los tres instrumentos por los grupos de adolescentes embarazadas sin pareja y las que tienen pareja, una distribución de frecuencias entre los grupos antes mencionados con los puntajes de depresión de Zung, una prueba T entre el grupo de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas con los puntajes de las escalas de autoconcepto de Tennessee y ansiedad rasgo-estado para conocer las diferencias que existen entre los puntajes obtenidos, además se realizó un análisis factorial de la escala de automedición de la depresión de Zung de acuerdo a la forma en que fue contestado por la muestra y por último una correlación del puntaje de depresión de Zung con los factores que se obtuvieron del mismo.



## RESULTADOS

La presentación de los resultados de la presente investigación se hará en 6 apartados.

- 1) En primer lugar los datos sociodemográficos.
- 2) Prueba T entre el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja y el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja con los puntajes de las escalas de autoconcepto de Tennessee elaborada por Fittz, la escala de automedición de la depresión de Zung (EAMD) y el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spilberger y Díaz, con una significancia al 95 %.
- 3) Distribución de frecuencias entre el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja y el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja con los puntajes de depresión de Zung, considerando que el punto de corte de esta escala para la población del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) es de 44, de acuerdo con la normalización realizada por González y Morales (1993).
- 4) Prueba T entre el Grupo de adolescentes embarazadas que puntuaron mayor e igual a 44 en la escala de automedición de la depresión de Zung y el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas que puntuaron menos de 44 en la misma escala; con los puntajes de las escalas de autoconcepto de Tennessee elaborada por Fittz y el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spilberger y Díaz, con una significancia al 95 %.
- 5) Estructura Factorial de la escala de automedición de la depresión de Zung (EAMD).
- 6) Por último, se presenta la correlación del puntaje de depresión de Zung (EAMD) con los factores del mismo.

### 1) DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Con respecto a los datos sociodemográficos que describen a ambas muestras se observa lo siguiente:

1) **Edad.** En la tabla numero 1 observamos que en el Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por un total de 80 sujetos; el 1.3% tenía 13 años, el 11.3 % 14, el 18.8 % 15, el 25 % 16 y el 43.8 % contaba con 17 años de edad; siendo la media de 15.988 y la moda de 17.000. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja, comprendidas por un total de 58 sujetos, se observa que el 1.7 % tenía 13 años; el 19 % 14, el 25.9 % 15, el 24.1% 16 y el 29.3 % 17 años de edad; siendo la media de 15.603 y la moda de 17.000.

EDAD	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
13	1	1.3	1	1.7
14	9	11.3	11	19.0
15	15	18.8	15	25.9
16	20	25.0	14	24.1
17	35	43.8	17	29.3
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>
<b>MEDIA</b>	<b>15.988</b>		<b>15.603</b>	
<b>MODA</b>	<b>17.000</b>		<b>17.000</b>	

Tabla No. 1. Edad de las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

2) **Estado Civil.** En la tabla número 2 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 48.8 % son casadas y el 51.3 % viven en Unión libre con su pareja. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos el 100 % son solteras.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADA	39	48.8
UNION LIBRE	41	51.3
<b>TOTAL GRUPO 1 ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>
SOLTERAS	58	100.0
<b>TOTAL GRUPO 2 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>

Tabla No. 2. Estado civil de las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

3) **Semanas de gestación (SDG).** En la tabla número 3 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 12.5 % tenía de 13 a 17 SDG, el 25 % de 18 a 22 SDG, el 30 % de 23 a 27 SDG, el 18.9 % de 28 a 32 SDG y el 13.9 % de 33 a 37 SDG, con una media de 25.075 y una moda de 27.000. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 8.6 % tenía de 13 a 17 SDG, el 18.8 % de 18 a 22 SDG, el 27.5 % de 23 a 27 SDG, el 31 % de 28 a 32 SDG, el 8.5 % de 33 a 37 SDG, y el 5.1 % tenía de 38 a 42 SDG, con una media de 26.569 y una moda de 27.000.

SEMANAS DE GASTACION	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
DE 13 A 17 SEMANAS	10	12.5	5	8.6
DE 18 A 22 SEMANAS	20	25	11	18.8
DE 23 A 27 SEMANAS	24	30	16	27.5
DE 28 A 32 SEMANAS	15	18.9	18	31
DE 33 A 37 SEMANAS	11	13.9	5	8.5
DE 38 A 42 SEMANAS	-	-	3	5.1
TOTAL	80	100.0	58	100.0
ME DIA	25.075		26.569	
MODA	27.000		27.000	

Tabla No. 3. Semanas de gestación de las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

4) **Ocupación.** En la tabla número 4 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos el 77.5 % se dedica al hogar, el 11.3 % a estudiar, el 1.3 % a estudiar y trabajar y el 10 % a estudiar y al hogar. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 56.9 % se dedicaba al hogar, el 1.7 % a trabajar, el 25.9 % a estudiar, el 6.9 % a estudiar y al hogar, y el 8.6 % reportó sin ocupación.

OCUPACION	GRUPO	%	GRUPO	%
	1		2	
	Ff		Ff	
AMA DE CASA	67	77.5	33	56.9
TRABAJADORA	-	-	1	1.7
ESTUDIANTE	9	11.3	15	25.9
ESTUDIANTE-TRABAJADORA	1	1.3	-	-
AMA DE CASA-ESTUDIANTE	8	10.0	4	6.9
SIN OCUPACION	-	-	5	8.6
TOTAL	80	100.0	58	100.0

Tabla No. 4. Ocupación de las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

5) **Escolaridad.** En la tabla número 5 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 15 % tenía una escolaridad de primaria, el 6.3 % tenía una escolaridad de 7 años, el 8.8 % de 8 años, el 56.3 % una escolaridad de secundaria, el 8.8 % una escolaridad de 10 años, el 3.8 % de 11 años y el 1.3 % tenía una escolaridad de preparatoria. En este grupo se obtuvo una media de 8.538 y una moda de 9.000. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 15.5 % tenía una escolaridad de primaria, el 15.5 % una escolaridad de 7 años, el 5.2 % de 8 años, el 56.9 % con una escolaridad de secundaria, el 5.2 % una escolaridad de 10 años y el 1.7 % tenía una escolaridad de 11 años. En este grupo se obtuvo una media de 8.259 y una moda de 9.000.

ESCOLARIDAD	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	FR		Fr	
PRIMARIA	12	15.0	9	15.5
7 AÑOS	5	6.3	9	15.5
8 AÑOS	7	8.8	3	5.2
SECUNDARIA	45	56.3	33	56.9
10 AÑOS	7	8.8	3	5.2
11 AÑOS	3	3.8	1	1.7
PREPARATORIA	1	1.3	-	-
MEDIA	8.538		8.259	
MODA	9.000		9.000	

Tabla No. 5 Escolaridad de las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

6) Nivel socioeconómico. En la tabla número 6 se observa que de acuerdo al rango establecido por Trabajo Social del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) el Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 65 % pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y un 35 % a un nivel socioeconómico medio. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 91.3 % pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y un 8.6 % a un nivel socioeconómico medio. Cabe señalar que no se obtuvo ningún caso con nivel socioeconómico alto.

NIVEL SOCIOECONOMICO	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
BAJO	52	65.0	53	91.3
MEDIO	28	35.0	5	8.6
ALTO	-	-	-	-

Tabla No. 6 Nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

7) Personas con quienes comparte el lugar de residencia. En la tabla número 7 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 50 % al momento de la entrevista vivían con su pareja y con sus suegros, el 22.5 % únicamente con su pareja y el 27.5 % vivían tanto con su pareja como con sus padres. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 87.9 % vivían con sus padres y el 12.1 % vivían con otras personas tales como abuelos, tíos, etc.

PERSONAS CON LAS CUALES VIVE	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
PADRES	-	-	51	87.9
SUEGROS Y PAREJA	40	50.0	-	-
PAREJA	18	22.5	-	-
OTRAS PERSONAS (ABUELOS, TÍOS, ETC.)	-	-	7	12.1
PADRES Y PAREJA	22	27.5	-	-
TOTAL	80	100.0	58	100.0

Tabla No 7. Personas con las cuales viven las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.



8) Tiempo que llevan compartiendo el lugar de residencia las adolescentes embarazadas con su pareja. En relacion al tiempo que llevan viviendo con su pareja, en la tabla numero 8 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendida por 80 sujetos, el 27.5 % tenian de 1 a 3 meses, el 13.8 % de 4 a 6 meses, el 15 % de 7 a 9 meses, el 6.2 % de 10 a 12 meses, y el 5 % de 13 a 15 meses de vivir juntos. Sin embargo, cabe señalar que no se obtuvo el dato de 26 sujetos, lo que corresponde a 32.5 %.

TIEMPO VIVIENDO CON LA PAREJA	GRUPO 1	%
	Fr	
0	26	32.5
DE 1 A 3 MESES	22	27.5
DE 4 A 6 MESES	11	13.8
DE 7 A 9 MESES	12	15
DE 10 A 12 MESES	5	6.2
DE 13 A 15 MESES	-	-
DE 16 A 18 MESES	4	5
TOTAL	80	100.0

Tabla No 8. Tiempo que llevan compartiendo el lugar de residencia las adolescentes embarazadas con su pareja.

9) Edad de la pareja. En la tabla número 9 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 7.5 % de las parejas tenía de 14 a 16 años, el 46.1 % de 17 a 19 años el 31.1 % de 20 a 22 años, otro 7.5 de 23 a 25 años, el 1.3 % de 26 a 28 años, 5.2 % de 29 a 31 años y otro 1.3 % de 32 a 37 años de edad. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 15.6 % de quienes se embarazaron tenían de 14 a 16 años de edad, el 51.7 % de 17 a 19 años, el 19 % de 20 a 22 años y el 3.4 % tenía de 23 a 25 años de edad. Sin embargo, cabe señalar que no se obtuvo este dato de 6 sujetos correspondiente al 10.3 % de este grupo.

EDAD DE LA PAREJA	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
0	-	-	6	10.3
DE 14 A 16 AÑOS	6	7.5	9	15.6
DE 17 A 19 AÑOS	37	46.1	30	51.7
DE 20 A 22 AÑOS	25	31.1	11	19
DE 23 A 25 AÑOS	6	7.5	2	3.4
DE 26 A 28 AÑOS	1	1.3	-	-
DE 29 A 31 AÑOS	4	5.2	-	-
DE 32 A 34 AÑOS	-	-	-	-
DE 35 A 37 AÑOS	1	1.3	-	-
TOTAL	80	100.0	58	100.0

Tabla No 9. Edad de las parejas de quienes se embarazaron las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

10) **Antecedentes familiares de embarazo adolescente.** En la tabla número 10 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 23.8 % reportó que no, es decir no hay antecedentes de embarazo adolescente en su familia, el 10 % reportó que lamadre de estas se habian embarazado siendo adolescentes, el 8.8 % reportó que la hermana se embarazó adolescente y el 26.3 % reportó antecedentes de embarazo adolescente en otras personas cercanas tales como, prima, cuñada, abuela, amiga. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 36.2 % reportó que no ha habido antecedentes de embarazo adolescente en familiares o miembros cercanos, el 12.1 % reportó que la mama, el 8.8 % reportó que la hermana y el 20.7 % reportó antecedentes de embarazo adolescente en otras personas cercanas tales como, prima, cuñada, abuela, amiga.

ALGUNA PERSONA SE EMBARAZO ANTES DE LOS 16 AÑOS	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
NO	19	23.8	21	36.2
MAMA	8	10.0	7	12.1
HERMANA	7	8.8	5	8.6
OTRAS PERSONAS (PRIMA, CUÑADA, ABUELA, AMIGA)	21	26.3	12	20.7

Tabla No 10. Antecedentes familiares de embarazo adolescente tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

11) Descripción de la familia de origen. En relación a la integración de las familias, en la tabla número 11 se observa que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 62.5 % de las familias eran integradas y el 37.5 % de las familias de estas adolescentes eran desintegradas. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 50 % de las familias eran integradas y el 50 % de las familias de estas adolescentes eran desintegradas.

TIPO DE FAMILIA	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
INTEGRADA	50	62.5	29	50
DESINTEGRADA	30	37.5	29	50
TOTAL	80	100.0	58	100.0
MEDIA	1.375		1.500	
MODA	1.000		1.000	

Tabla No 11. Tipo de familia de origen de las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

En relación a las razones por las cuales las familias de las adolescentes son desintegradas, se puede observar en la tabla número 12 que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 6.3 % de las familias de las adolescentes de este grupo se había desintegrado a causa del fallecimiento de alguno de sus padres y el 31.3 % se había desintegrado a causa de la separación o divorcio de los padres. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 13.8 % de las familias de este grupo se había desintegrado a causa del fallecimiento de alguno de sus padres y el 36.2 % se había desintegrado a causa de la separación o divorcio de los padres.

RAZON DE LA DESINTEGRACION	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
FALLECIMIENTO DE UNO DE LOS PADRES	5	6.3	8	13.8
DIVORCIO O SEPARACION	25	31.3	21	36.2

Tabla No 12. Razones de la desintegración de la familia de origen de las adolescentes embarazadas tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

En cuanto a la relación de las adolescentes embarazadas con sus padres, se puede observar en la tabla número 13 que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 41.3 % tenía una relación muy buena con su madre, el 40 % buena, el 10 % regulares, el 2.5 % malas, otro 2.5 % muy malas y por último el 3.8 % de estas adolescentes reportó no tener relación con la madre. El 25 % de este grupo mencionó tener una relación con su padre muy buena, el 32.5 % buena, el 20 % regular, el 5 % mala, el 1.3 % muy mala y un 16.3 % reportó no tener ninguna relación con su padre.

Por otro lado, del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 39.7 % reportó tener una relación muy buena con su madre, otro 39.7 % buena, el 15.5 % regular, el 1.7 % malas, otro 1.7 % muy malas y por último un 1.7 % mencionó no tener relación con su madre. El 13.8 % de este grupo reportó tener una relación muy buena con su padre, el 27.6 % buena, el 31 % regular, el 5.2 % mala, el 3.4 % muy mala y finalmente el 19 % mencionó no tener relación con su padre.

RELACIONES CON		GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
		Fr		Fr	
LA MADRE	MUY BUENAS	33	41.3	23	39.7
	BUENAS	32	40.0	23	39.7
	REGULARES	8	10.0	5	15.5
	MALAS	2	2.5	1	1.7
	MUY MALAS	2	2.5	1	1.7
	NO HAY RELACION	3	3.8	1	1.7
EL PADRE	MUY BUENAS	20	25.0	8	13.8
	BUENAS	26	32.5	16	27.6
	REGULARES	15	20.0	18	31.0
	MALAS	4	5.0	3	5.2
	MUY MALAS	1	1.3	1	3.4
	NO HAY RELACION	11	16.3	11	19.0

Tabla No. 13 Relación de las adolescentes embarazadas con sus padres tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

12) Conocimientos de métodos anticonceptivos. En relación al conocimiento de métodos anticonceptivos, se puede observar en la tabla número 14 que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 95% reportó que si conocían métodos anticonceptivos y el 12 % manifestó que no conocían métodos anticonceptivos. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 79.3 % reportó afirmativamente esta misma cuestión y el 20.7 % manifestó que no conocían métodos anticonceptivos.

CONOCIAN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	GRUPO 1		GRUPO 2	
	Fr	%	Fr	%
SI	68	85.0	46	79.3
NO	12	15.0	12	20.7

Tabla No. 14 Conocimiento de métodos anticonceptivos tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

13) Uso de métodos anticonceptivos. En relación al uso de métodos anticonceptivos, se puede observar en la tabla número 15 que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 80 sujetos, el 21.3 % reportó que si habían usado métodos anticonceptivos y 78.8 % que no hicieron uso de métodos anticonceptivos. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos, el 17.2 % reportaron que si habían usado métodos anticonceptivos y el 82.8 % que no hicieron uso de métodos anticonceptivos.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	GRUPO 1		GRUPO 2	
	Fr	%	Fr	%
SI	17	21.3	10	17.2
NO	63	78.6	48	82.8

Tabla No. 15 Uso de métodos anticonceptivos tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

14) **Métodos anticonceptivos utilizados.** En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados, se puede observar en la tabla número 16 que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 60 sujetos, 63 sujetos no utilizaron métodos anticonceptivos para evitar el embarazo y 17 si hicieron uso de métodos anticonceptivos, de éstas el 5 utilizó anticonceptivos hormonales (pastillas o inyecciones), el 3.8 % el método de ritmo y el 12.5 % el condón. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 68 sujetos, 48 sujetos no usaron métodos anticonceptivos y 10 si usaron, por lo que de éstas 10 adolescentes embarazadas que si usaron métodos anticonceptivos para evitar el embarazo el 3.4 manifestó haber utilizado anticonceptivos hormonales (pastillas o inyecciones), el 1.7 % el ritmo y el 12.1 % el condón.

METODO UTILIZADO	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	4	5.0	2	3.4
RITMO	3	3.8	1	1.7
CONDON	10	12.5	7	12.1

Tabla No. 16 Métodos anticonceptivos utilizados tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.



15) Razón por la cual no utilizó métodos anticonceptivos. En cuanto a la razón por la cual no utilizó métodos anticonceptivos, se puede observar en la tabla número 17 que del Grupo 1 correspondiente a las adolescentes embarazadas con pareja, comprendidas por 84 sujetos que de éstas 63 no usaron métodos anticonceptivos de las cuales el 13.8 % manifestó como razón el descuido, el 12.5 % miedo, el 6.9 % no sabía sobre métodos anticonceptivos, el 36.2 % pensaba que no saldría embarazada y el 30 % reportó que no sabía utilizar los métodos anticonceptivos porque buscaba embarazarse. Mientras que del grupo 2 correspondiente a las adolescentes embarazadas sin pareja comprendidas por 58 sujetos de éstas 48 reportaron no haber utilizado métodos anticonceptivos de las cuales 25.9 % reportó como razón descuido, el 10.3 % miedo, el 6.9 % manifestó no saber sobre los métodos anticonceptivos, el 36.2 % pensaba que no saldría embarazada y el 14.4 % manifestó que buscaba el embarazo.

RAZON POR LA CUAL NO UTILIZO METODOS ANTICONCEPTIVOS	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
	Fr		Fr	
DESCUIDO	11	13.8	15	25.9
MIEDO	10	12.5	6	10.3
NO SABIA	5	6.9	4	6.9
PENSABA QUE NO SALDRIA EMBARAZADA	14	16.9	21	36.2
BUSCABA EL EMBARAZO	24	29.0	2	3.4

Tabla No. 17 Reporte de la razón por la cual no utilizó métodos anticonceptivos tanto del Grupo 1 con pareja como del Grupo 2 sin pareja.

**2) PRUEBA T ENTRE EL GRUPO 1 Y EL GRUPO 2 CON LOS PUNTAJES DE LAS ESCALAS DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE, LA ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y EL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO, CON UNA SIGNIFICANCIA AL 95 %.**

A continuación se hace la presentación de los resultados de la Prueba T entre el Grupo 1 (Adolescentes embarazadas con pareja) y el Grupo 2 (Adolescentes embarazadas sin pareja) con los puntajes de las escalas de autoconcepto de Tennessee, la escala de automedición de la depresión de Zung (EAMD) y el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) con una significancia al 95 %.

En la tabla número 18 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 38.2625 con una desviación estándar (D.E.) de 10.016 en el puntaje de Ansiedad-Estado SXE, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 39.7414 con una desviación estándar (D.E.) de 8.763, con lo que se encontró una diferencia de Media de 1.4789 y una significancia de 0.369. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ), lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de Ansiedad-Estado SXE entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

**SXE (ANSIEDAD-ESTADO)**

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	38.2625	10.016
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	39.7414	8.763
DIFERENCIA DE MEDIAS	1.4789		
SIGNIFICANCIA	.369		

Tabla No. 18 Prueba t entre los niveles de (Ansiedad-Estado) SXE en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 19 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 41.5625 con una desviación estándar (D.E.) de 9.147 en el puntaje de Ansiedad-Rasgo SXR, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 42.1552 con una desviación estándar (D.E.) de 8.043, con lo que se encontró una diferencia de Medias de 0.5927 y una significancia de 0.663. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de Ansiedad-Rasgo SXR entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

SXR (ANSIEDAD-RASGO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	29	41.5625	9.147
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	28	42.1552	8.043
DIFERENCIA DE MEDIAS	-0.5927		
SIGNIFICANCIA	0.663		

Tabla No. 19 Prueba t entre los niveles de (Ansiedad-Rasgo) SXR en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 20 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 41.2875 con una desviación estándar (D.E.) de 8.162 en el puntaje de la escala de automedición de la depresión de Zung (EAMD), mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 43.0862 con una desviación estándar (D.E.) de 7.397, con lo que se encontró una diferencia de Medias de -1.7987 y una significancia de .186. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 3) y se acepta la hipótesis nula (H0 3) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de depresión en la escala de Zung entre las adolescentes embarazadas con y sin pareja.

ZUNG (INVENTARIO DE DEPRESION DE ZUNG)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	41.2875	8.162
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	43.0862	7.397
DIFERENCIA DE MEDIAS	-1.7987		
SIGNIFICANCIA	.186		

Tabla No. 20 Prueba t entre los puntajes de depresión de la escala de automedición de la depresión de Zung en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla numero 21 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 67.6500 con una desviación estandar (D.E.) de 9.811 en el puntaje del Yo físico (CA) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 67.000 con una desviación estandar (D.E.) de 9.503, con lo que se encontró una diferencia de Medias de .6500 y una significancia de 0.698. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 4) y se acepta la hipótesis nula (H0 4) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de Yo físico (CA) de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de ésta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 24.8 % para Grupo 1 y el 31 % para el Grupo 2.

CA (YO FISICO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	76	67.6500	9.811
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	67.000	9.503
DIFERENCIA DE MEDIAS	.6500		
SIGNIFICANCIA	0.698		

Tabla No. 21 Prueba t entre los puntajes de Yo físico (CA) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 22 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 66.7750 con una desviación estándar (D.E.) de 8.536 en el puntaje del Yo ético-moral (CB) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 63.3276 con una desviación estándar (D.E.) de 7.653, con lo que se encontró una diferencia de Medias de 3.4474 y una significancia de 0.016. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$  5) lo que significa que existen diferencias significativas en los puntajes de Yo ético-moral de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja y se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$  5).

Dentro de ésta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 23.8% para Grupo 1 y el 34.5% para el Grupo 2.

CB (YO ETICO-MORAL)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	66.7750	8.536
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	63.3276	7.653
DIFERENCIA DE MEDIAS	3.4474		
SIGNIFICANCIA	0.016		

Tabla No. 22 Prueba t entre los puntajes de Yo ético-moral (CB) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 23 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 66.3750 con una desviación estándar (D.E) de 9.947 en el puntaje del Yo personal (CC) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 63.9828 con una desviación estándar (D.E) de 10.317, con lo que se encontró una diferencia de Medias de 2.3922 y una significancia de 0.172. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes del Yo personal (CC) de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de esta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 11.3 % para Grupo 1 y el 17.2 % para el Grupo 2.

CC (YO PERSONAL)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	60	66.3750	9.947
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	63.9828	10.317
DIFERENCIA DE MEDIAS	2.3922		
SIGNIFICANCIA	0.172		

Tabla No. 23 Prueba t entre los puntajes de Yo personal (CC) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 24 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 67.3000 con una desviación estándar (D.E.) de 9.505 en el puntaje del Yo familiar (CD) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 64.3793 con una desviación estándar (D.E.) de 8.309, con lo que se encontró una diferencia de Medias de 2.9207 y una significancia de 0.63. Por lo tanto, se considera marginal.

Dentro de ésta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 23.8 % para Grupo 1 y el 36.2 % para el Grupo 2.

CD (YO FAMILIAR)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D. E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	67.3000	9.505
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	64.3793	8.309
DIFERENCIA DE MEDIAS	2.9207		
SIGNIFICANCIA	0.063		

Tabla No. 24 Prueba t entre los puntajes de Yo familiar (CD) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.



En la tabla número 25 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 61.2125 con una desviación estándar (D.E.) de 10.201 en el puntaje del Yo social (CE) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 62.4138 con una desviación estándar (D.E.) de 8.740, con lo que se encuentra una diferencia de Medias de 1.2013 y una significancia de 0.470. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 8) y se acepta la hipótesis nula (H0 8) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes del Yo social (CE) de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de esta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 41.3 % para Grupo 1 y el 31 % para el Grupo 2.

CE (YO SOCIAL)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	79	61.2125	10.201
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	62.4138	8.740
DIFERENCIA DE MEDIAS	1.2013		
SIGNIFICANCIA	0.470		

Tabla No. 25 Prueba t entre los puntajes de Yo social (CE) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 26 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 120.4750 con una desviación estándar (D.E.) de 27.712 en el puntaje de la fila 1 de Identidad (R1) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 115.7931 con una desviación estándar (D.E.) de 15.455, con lo que se encontró una diferencia de Medias de 4.6819 y una significancia de 0.247. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 9) y se acepta la hipótesis nula (H0 9) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de Identidad de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de esta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 38.8 % para Grupo 1 y el 39.7 % para el Grupo 2.

R1 (FILA 1 IDENTIDAD)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	120.4750	27.712
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	115.7931	15.455
DIFERENCIA DE MEDIAS	4.6819		
SIGNIFICANCIA	0.247		

Tabla No. 26 Prueba t entre los puntajes de la Fila 1 de Identidad (R1) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 27 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 103.0875 con una desviación estándar (D.E.) de 16.661 en el puntaje de la Fila 2 de Autosatisfacción (R2) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 98.8103 con una desviación estándar (D.E.) de 13.286, con lo que se encontró una diferencia de Medias de 4.2772 y una significancia de 0.108. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 10) y se acepta la hipótesis nula (H0 10) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de Autosatisfacción de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de esta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 10 % para Grupo 1 y el 12.1 % para el Grupo 2.

R2 (FILA 2 AUTOSATISFACCION)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	103.0875	16.661
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	98.8103	13.286
DIFERENCIA DE MEDIAS	4.2772		
SIGNIFICANCIA	0.108		

Tabla No. 27 Prueba t entre los puntajes de la Fila 2 de Autosatisfacción (R2) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 28 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 108.1625 con una desviación estándar (D.E.) de 14.268 en el puntaje de la Fila 3 de Comportamiento (R3) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 107.7414 con una desviación estándar (D.E.) de 14.367, con lo que se encontró una diferencia de Medias de .4211 y una significancia de 0.865. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 11) y se acepta la hipótesis nula (H0 11) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de Comportamiento de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de ésta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 23.6 % para Grupo 1 y el 34.5 % para el Grupo 2.

R3 (FILA 3 COMPORTAMIENTO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (A DOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	108.1625	14.268
GRUPO 2 (A DOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	107.7414	14.367
DIFERENCIA DE MEDIAS	.4211		
SIGNIFICANCIA	0.865		

Tabla No. 28 Pruba t entre los puntajes de la Fila 3 de Comportamiento (R3) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 29 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 31.6625 con una desviación estándar (D.E.) de 5.970 en el puntaje de Autocritica (SC) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 32.3276 con una desviación estándar (D.E.) de 7.512, con lo que se encontró una Diferencia de Medias de .6651 y una significancia de 0.564. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 12) y se acepta la hipótesis nula (H0 12) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de Autocritica de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de esta hipétesis se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 22.5 % para Grupo 1 y el 24.1 % para el Grupo 2.

SC (ESCALA DE AUTOCRITICA)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	30	31.6625	5.970
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	32.3276	7.512
DIFERENCIA DE MEDIAS	.6651		
SIGNIFICANCIA	0.564		

Tabla No. 29 Prueba t entre los puntajes de Autocritica (SC) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 30 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 329.6125 con una desviación estándar (D.E.) de 40.962 en el puntaje de Autoestima (Total) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 322.1724 con una desviación estándar (D.E.) de 34.950, con lo que se encontró una diferencia de Medias de 7.4401 y una significancia de 0.265. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes de Autoestima de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de ésta dimensión se observaron puntajes por debajo de los límites normales en ambos grupos: el 30 % para Grupo 1 y el 34.5 % para el Grupo 2.

TOTAL (AUTOESTIMA)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	329.6125	40.962
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	322.1724	34.950
DIFERENCIA DE MEDIAS	7.4401		
SIGNIFICANCIA	0.265		

Tabla No. 30 Prueba t entre los puntajes de Autoestima (Total) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 31 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 9.5500 con una desviación estándar (D.E.) de 21.184 en el puntaje del Resultado neto del Contenido (CONNET) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 10.7759 con una desviación estándar (D.E.) de 21.789, con lo que se encontró una diferencia de Medias de -1.2259 y una significancia de 0.741. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 14) y se acepta la hipótesis nula (H0 14) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes del Resultado neto del Contenido (CONNET) de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

CONNET (RESULTADO NETO DEL CONTENIDO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	56	9.5500	21.184
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	10.7759	21.789
DIFERENCIA DE MEDIAS	-1.2259		
SIGNIFICANCIA	0.741		

Tabla No. 31 Prueba t entre los puntajes de (CONNET) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

En la tabla número 32 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 44.9500 con una desviación estándar (D.E.) de 13.205 en el puntaje del Resultado Total del Conflicto (CONTOT) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 44.7069 con una desviación estándar (D.E.) de 14.241, con lo que se encontró una diferencia de Medias de 44.7069 y una significancia de 0.918. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 15) y se acepta la hipótesis nula (H0 15) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes del Resultado Total del Conflicto (CONTOT) de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

CONTOT (RESULTADO TOTAL DEL CONFLICTO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	80	44.9500	13.205
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	44.7069	14.241
DIFERENCIA DE MEDIAS	.2431		
SIGNIFICANCIA	0.918		

Tabla No. 32 Prueba t entre los puntajes de (CONTOT) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.



En la tabla número 31 se puede observar que en el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, se obtuvo una Media de 1.3781 con una desviación estándar (D.E.) de .629 en el puntaje del Criterio de verdadero o falso (TF) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja se obtuvo una Media de 1.4479 con una desviación estándar (D.E.) de .800, con lo que se encontró una diferencia de Medias de .0698 y una significancia de 0.567. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H1 1a) y se acepta la hipótesis nula (H0 1a) lo que significa que no existen diferencias significativas en los puntajes del Criterio de verdadero o falso (TF) de la escala de Tennessee entre las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

Dentro de esta dimensión se observaron puntajes por arriba de los límites normales en ambos grupos: el 36.9 % para Grupo 1 y el 18.7 % para el grupo 2.

TF (CRITERIO DE VERDADERO O FALSO)

VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	D. E.
GRUPO 1 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PAREJA)	31	1.3781	.629
GRUPO 2 (ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA)	58	1.4479	.800
DIFERENCIA DE MEDIAS	.0698		
SIGNIFICANCIA	0.567		

Tabla No. 33 Prueba t entre los puntajes de (TF) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja.

**3) DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ENTRE EL GRUPO 1 Y EL GRUPO 2, CON LOS PUNTAJES DE DEPRESION DE ZUNG, CONSIDERANDO QUE EL PUNTO DE CORTE DE ESTA ESCALA PARA LA POBLACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA (INPER) ES DE 44, DE ACUERDO CON LA NORMALIZACION REALIZADA POR GONZALEZ Y MORALES (1993).**

En la tabla numero 34 se presentan los resultados de la distribución de frecuencias, en donde 41 sujetos del Grupo 1 puntuaron igual o más de 44 en la escala de automecición de la depresión de Zung (EAMD) es decir, estas adolescentes se encuentran deprimidas y 49 sujetos de este mismo grupo puntuaron menos de 44 esto es, no se encuentran deprimidas. Mientras que 26 sujetos del grupo 2 puntuaron igual o más de 44 en esta misma escala, considerandose que están deprimidas y 32 adolescentes de este segundo grupo puntuaron menos de 44, encontrándose que no están deprimidas. En total de las 138 adolescentes embarazadas tanto del grupo 1 como del grupo 2, 57 se encontraron deprimidas y 81 no deprimidas.

PUNTAJE DE DEPRESION DE ZUNG	ZUNG $\geq$ 44 DEPRIMIDAS	ZUNG $<$ 44 NO DEPRIMIDAS	TOTAL
GRUPO 1 DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA	41	49	80
GRUPO 2 DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SIN PAREJA	26	32	58
TOTAL	57	81	138

Tabla No. 34 Distribución de Frecuencias entre el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja y el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja con los puntajes de depresión de Zung, siendo  $\geq$  a 44 las deprimidas y  $<$  a 44 las no deprimidas.

4) PRUEBA T ENTRE EL GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE PUNTUARON MAYOR O IGUAL A 44 EN LA ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG Y EL GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS QUE PUNTUARON MENOS DE 44 EN LA MISMA ESCALA; CON LOS PUNTAJES DE LAS ESCALAS DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE Y EL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO, CON UNA SIGNIFICANCIA AL 95 %.

A continuacion se hace la presentacion de los resultados de la Prueba T entre el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas que puntuaron igual o mas de 44 en la escala de auto medicion de la depresion de Zung y el Grupo de Adolescentes embarazadas no deprimidas que puntuaron menos de 44 en la misma escala, con los puntajes de las escalas de autoconcepto de Tennessee, 1) y el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) con una significancia al 95 %.

En la tabla numero 35 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas cuyo puntaje de depresion de Zung es  $\geq$  a 44 constituido por 57 sujetos, se obtuvo una Media de 64.1754 con una desviacion estandar (D.E.) de 9.767 en el puntaje de Yo fisico (CA) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas con puntaje de depresion de Zung  $<$  a 44 constituido por 81 sujetos, se obtuvo una Media de 69.6296 con una desviacion estandar (D.E.) de 8.964, con lo que se encontro una diferencia de Medias de -5.4542 y una significancia de .001; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes del Yo fisico de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

CA (YO FISICO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 44	57	64.1754	9.767
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG $<$ 44	81	69.6296	8.964
DIFFERENCIA DE MEDIAS	-5.4542		
SIGNIFICANCIA	.001		

Tabla No. 35 Prueba t entre los puntajes de Yo fisico (CA) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 36 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 62.3860 con una desviación estándar (D.E.) de 7.979 en el puntaje de Yo ético-moral (CB) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 67.3951 con una desviación estándar (D.E.) de 7.976, con lo que se encontró una diferencia de Medias de -5.0091 y una significancia de .000; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes del Yo ético-moral de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

CB (YO ETICO-MORAL)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 44	57	62.3860	7.979
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG < 44	51	67.3951	7.976
DIFERENCIA DE MEDIAS	-5.0091		
SIGNIFICANCIA	.000		

Tabla No. 36 Pruba t entre los puntajes de Yo ético-moral (CB) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 37 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 60.2456 con una desviación estándar (D.E.) de 10.263 en el puntaje de Yo personal (CC) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 68.9753 con una desviación estándar (D.E.) de 8.387, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de -8.7297 y una significancia de .000; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes del Yo personal de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

CC (YO PERSONAL)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG >= 44	57	60.2456	10.263
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG < 44	51	68.9753	8.387
DIFERENCIA DE MEDIAS	-8.7297		
SIGNIFICANCIA	.000		

Tabla No 37 Prueba t entre los puntajes de Yo personal (CC) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 38 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 61.7895 con una desviación estándar (D.E.) de 8.938 en el puntaje de Yo familiar (CD) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 69.0864 con una desviación estándar (D.E.) de 7.988, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de -7.2969 y una significancia de .000; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes del Yo familiar de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

CD (YO FAMILIAR)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 44	67	61.7895	8.938
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG $<$ 44	61	69.0864	7.988
DIFERENCIA DE MEDIAS	-7.2969		
SIGNIFICANCIA	.000		

Tabla No. 38 Pruba t entre los puntajes de Yo familiar (CD) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 39 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 58.5614 con una desviación estándar (D.E.) de 8.876 en el puntaje de Yo social (CE) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 61.9433 con una desviación estándar (D.E.) de 9.516, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de -5.3769 y una significancia de .001; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes del Yo social de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

CE (YO SOCIAL)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 44	57	58.5614	8.876
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG $<$ 44	81	61.9433	9.516
DIFERENCIA DE MEDIAS	-5.3769		
SIGNIFICANCIA	.001		

Tabla No. 39 Prueba t entre los puntajes de Yo social (CE) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 40 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 110.6140 con una desviación estándar (D.E.) de 15.931 en el puntaje de la Fila 1 de Identidad (R1) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 124.0617 con una desviación estándar (D.E.) de 26.163, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de -13.4477 y una significancia de .001; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes de Identidad de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

R1 (FILA 1 IDENTIDAD)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 44	57	110.6140	15.931
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG $<$ 44	61	124.0617	26.163
DIFERENCIA DE MEDIAS	-13.4477		
SIGNIFICANCIA	.001		

Tabla No. 40 Prueba t entre los puntajes de la Fila 1 de Identidad (R1) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.



En la tabla número 41 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 94.7544 con una desviación estándar (D.E.) de 14.445 en el puntaje de la Fila 2 de Autosatisfacción (R2) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 105.8889 con una desviación estándar (D.E.) de 11.479, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de -11.1345 y una significancia de .000; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes de la Fila 2 de Autosatisfacción de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

R2 (FILA 2 AUTOSATISFACCION)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 44	59	94.7544	14.445
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG $<$ 44	81	105.8889	11.479
DIFERENCIA DE MEDIAS	-11.1345		
SIGNIFICANCIA	.000		

Tabla No. 41 Prueba t entre los puntajes de la Fila 2 de Autosatisfacción (R2) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 42 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 101.8070 con una desviación estándar (D.E.) de 12.185 en el puntaje de la Fila 3 de Comportamiento (R3) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 112.3333 con una desviación estándar (D.E.) de 14.068, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de -10.5263 y una significancia de .000; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes de Comportamiento de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

R3 (FILA 3 COMPORTAMIENTO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG >= 44	47	101.8070	12.185
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG < 44	81	112.3333	14.068
DIFERENCIA DE MEDIAS	-10.5263		
SIGNIFICANCIA	.000		

Tabla No. 42 Pruba t entre los puntajes de la Fila 3 de Comportamiento (R3) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla numero 43 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 33.3509 con una desviación estándar (D.E.) de 6.886 en el puntaje de Autocritica (SC) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 30.9506 con una desviación estándar (D.E.) de 6.324, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de 2.4003 y una significancia de .036; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes de de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

SC (ESCALA DE AUTOCRITICA)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D. E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG >= 44	57	33.3509	6.886
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG < 44	31	30.9506	6.324
DIFERENCIA DE MEDIAS	2.4003		
SIGNIFICANCIA	.036		

Tabla No. 43 Prueba t entre los puntajes de Autocritica (SC) de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 44 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 308.5965 con una desviación estándar (D.E.) de 37.192 en el puntaje Total (Autoestima) de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 339.0741 con una desviación estándar (D.E.) de 34.551, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de -30.4776 y una significancia de .000; por lo tanto, existen diferencias significativas en el puntaje Total de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

TOTAL (AUTOESTIMA)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG >= 44	57	308.5965	37.192
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG < 44	81	339.0741	34.551
DIFERENCIA DE MEDIAS	-30.4776		
SIGNIFICANCIA	.000		

Tabla No. 44 Prueba t entre el puntaje Total de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 45 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 10.0877 con una desviación estándar (D.E.) de 23.089 en el puntaje de CONNET de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 10.0494 con una desviación estándar (D.E.) de 20.221, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de .0383 y una significancia de .992; por lo tanto, no existen diferencias significativas en los puntajes del CONNET de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

CONNET (RESULTADO NETO DEL CONTENIDO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 41	57	10.0877	23.089
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG $<$ 44	31	10.0494	20.221
DIFERENCIA DE MEDIAS	.0383		
SIGNIFICANCIA	.992		

Tabla No. 45 Prueba t entre los puntajes de CONNET de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 46 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 46.9298 con una desviación estándar (D.E.) de 14.177 en el puntaje de CONTOT de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 43.3827 con una desviación estándar (D.E.) de 13.068, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de 3.5471 y una significancia de .132; por lo tanto, no existen diferencias significativas en los puntajes del CONTOT de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

CONTOT (RESULTADO TOTAL DEL CONFLICTO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG >= 44	57	46.9298	14.177
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG < 44	81	43.3827	13.068
DIFERENCIA DE MEDIAS	3.5471		
SIGNIFICANCIA	.132		

Tabla No. 46 Prueba t entre los puntajes de CONTOT de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 47 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 1.3605 con una desviación estándar (D.E.) de .611 en el puntaje TF de la escala de autoconcepto de Tennessee, mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 1.4405 con una desviación estándar (D.E.) de .765, con lo que se obtuvo una diferencia de medias de -.0800 y una significancia de .513; por lo tanto, no existen diferencias significativas en los puntajes de TF de la escala de autoconcepto de Tennessee entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

TF (CRITERIO DE RECHAZO DE FALSO)

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	D. E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 44	57	1.3605	.611
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG $<$ 44	81	1.4405	.765
DIFERENCIA DE MEDIAS	-0.0800		
SIGNIFICANCIA			

Tabla No. 47 Prueba t entre los puntajes TF de la escala de autoconcepto de Tennessee en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

En la tabla número 48 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 43.0000 con una desviación estándar (D.E.) de 9.834 en el puntaje de Ansiedad-Estado (SXE), mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 35.9877 con una desviación estándar (D.E.) de 8.151, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de 7.0123 y una significancia de .000; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes de la escala de Ansiedad-Estado (SXE) entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

SXE

VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG $\geq$ 44	57	43.0000	9.834
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG $<$ 44	81	35.9877	8.151
DIFERENCIA DE MEDIAS	7.0123		
SIGNIFICANCIA	.000		

Tabla No. 48 Prueba t entre los puntajes de Ansiedad-Estado (SXE) en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.



En la tabla número 49 se puede observar que en el Grupo de adolescentes embarazadas deprimidas se obtuvo una Media de 46.8947 con una desviación estándar (D.E.) de 8.417 en el puntaje de Ansiedad-Rasgo (SXR), mientras que en el Grupo de adolescentes embarazadas no deprimidas se obtuvo una Media de 38.2346 con una desviación estándar (D.E.) de 6.921, con lo que se obtuvo una diferencia de Medias de 8.6602 y una significancia de .000; por lo tanto, existen diferencias significativas en los puntajes en la escala de Ansiedad-Rasgo (SXR) entre las adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

SXR

VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	D.E.
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEPRIMIDAS ZUNG >= 44	57	46.8947	8.417
GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS NO DEPRIMIDAS ZUNG < 44	81	38.2346	6.921
DIFERENCIA DE MEDIAS	8.6602		
SIGNIFICANCIA	.000		

Tabla No. 49 Prueba t entre los puntajes de Ansiedad-Rasgo (SXR) en los grupos de adolescentes embarazadas deprimidas y no deprimidas.

**5) ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG (EAMD).**

En relación al puntaje de la escala de automedición de la depresión de Zung (EAMD), como se puede observar en la tabla número 14, 57 adolescentes embarazadas no importando si tienen o no pareja puntuaron igual o más de 44 en dicha escala es decir, estas adolescentes se encuentran deprimidas. En su estructura factorial, esta escala está compuesta por 5 factores, los cuales se presentan en la tabla número 50 con los coeficientes de correlación para cada uno de los reactivos. En tal tabla se puede apreciar que el Factor 1 esta compuesto por 7 reactivos, el Factor 2 por 3, el Factor 3 igualmente por 3, el Factor 4 por 4 y el Factor 5 por 2 reactivos. Es necesario aclarar que en la tabla se marcaron algunos reactivos con \*, ya que estos tienen calificación inversa, por lo que si no invertimos tales reactivos sería ilógico que estos describieran la depresión de las adolescentes embarazadas.

REACTIVOS DE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION DE LA DEPRESION DE ZUNG (EAMD)	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
11. TENGO LA MENTE TRISTE Y VANA COMO ANTES *	.61784				
12. ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO *	.71193				
13. ME SIENTO INTRANQUILLO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO *	.40470				
16. ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES *	.54077				
17. SIENTO QUE SOY HECHO Y NECESARIO *	.77949				
20. TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS *	.58779				
6. TODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES *	.48548				
1. ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO		.86740			
15. ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL		.51774			
3. TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR		.60527			
14. TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO *			.65029		
18. MI VIDA TIENE BASTANTE INTERES *			.57088		
19. CREO QUE LES HAPIA UN FAVOR MURIENDOME			.60525		
10. ME CANSO SIN HACER NADA				.48959	
4. ME CUESTA TRABAJAR O DORMIRME EN LA NOCHE				.40784	
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				.46321	
9. EL CORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE				.64509	
2. EN LA MAÑANA ME SIENTO HEJOP *					.45706
5. COMO IGUAL QUE ANTES SOLIA HACERLO					.72974

Tabla No. 50 Estructura factorial de la escala de zung (EAMD)

**6) LA CORRELACION DEL PUNTAJE DE DEPRESION DE ZUNG (EAMD) CON LOS FACTORES DEL MISMO.**

En el análisis de correlación entre el puntaje total de la escala de automedición de la depresión de Zung y los factores de la misma escala, se encontró que 3 de éstos factores correlacionaron con el puntaje total de Zung. Estos coeficientes de correlación, así mismo como su nivel de significancia se especifican en la tabla número 51, en donde puede verse que el Factor 1 correlacionó altamente con el puntaje total de Zung (.7143,  $p=.000$ ), seguido del Factor 4 que correlaciono con el puntaje total de Zung (.4810,  $p=.000$ ) y el Factor 2 que también correlaciono con el puntaje total de Zung (.4246,  $p=.000$ ). Lo cual implica que los reactivos de tales factores explican el puntaje igual o más de 44 en esta escala, es decir la depresión de las adolescentes embarazadas. Nuevamente, se hace la aclaración que los reactivos marcados con \* en la tabla 50 tienen una calificación inversa.

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
PUNTAJE ZUNG	.7143 $p=.000$	.4246 $p=.000$	.1488 $p=.081$	.4810 $p=.000$	.1708 $p=.045$

Tabla No. 51 Correlación del puntaje de Zung (EAMD) y los factores del mismo.

## DISCUSION

Las consecuencias y repercusiones del embarazo adolescente son muchas, tanto en el aspecto individual como familiar y social. En el presente trabajo se intento conocer mas acerca de esta situación, como producto de la búsqueda de la comprensión del mismo.

Con base en diversos estudios relacionados con el tópico y a la propia experiencia dentro del grupo psicoterapéutico de adolescentes embarazadas dentro del IBER (Instituto Nacional de Perinatología), se consideró que es diferente la situación de la gestante adolescente con pareja (que vive en unión libre o es casada) a la de aquella sin pareja (soltera), pues ésta última suele experimentar mayor inestabilidad en los aspectos antes mencionados, producto de la considerable presión social común de la cultura mexicana, lo que justifica, que ante tal conflictivo fenómeno, se esperara una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad, depresión y autoconcepto que presentan las adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja.

No obstante, tomando en consideración la hipótesis de trabajo como punto central del presente estudio y con base en los resultados, no se encontraron en general diferencias estadísticamente significativas, por lo que se rechazan casi todas las hipótesis alternas (H1) y por lo tanto se aceptan casi todas las hipótesis nulas (H0), pues sólo se aceptó la planteada hipótesis alterna 5 (H5), lo que significa que existen diferencias significativas en el puntaje de Yo ético-moral y por último se consideró marginal la subescala de Yo-Familiar.

Tales resultados sugieren, que básicamente no influye de manera determinante en los puntajes antes señalados, el que las adolescentes embarazadas tengan o no pareja, lo que nos habla de otros factores que pudieran estar influyendo en la presencia de tales aspectos emocionales en ambos grupos, tales como: la etapa de adolescencia propiamente tal por la que están atravesando y el embarazo mismo que complica esta fase. Cabe señalar que sólo influyó el que tengan o no pareja en el Puntaje de Yo-ético-moral y en el Yo-Familiar, lo que pudiera explicarse por la presencia de una pobre estructura ético-moral y sentimientos negativos de adecuación, además de sentirse devaluadas como miembros de familia, originados por el proceso adolescente o por el embarazo mismo.

No obstante, los ya mencionados resultados modulares del presente estudio, sí se encontró la presencia de niveles de depresión, ansiedad y bajos niveles de autoconcepto en ambos grupos, lo que indica que el embarazo en la adolescencia es determinante, pues interrumpe el proceso normal de esta etapa.

Además, al fragmentar toda la muestra de adolescentes

embarazadas en dos grupos en relación al puntaje de depresión de Zung, se encontro que la depresión en el embarazo adolescente impacta de manera determinante en los puntajes de autoconcepto y ansiedad rasgo-estado, lo que explica afectivamente que el embarazo es un factor favorecedor para que el estado emocional se altere, lo cual a su vez altera el proceso normal de la adolescencia encontrando correlación entre la depresión y los niveles de ansiedad y bajo autoconcepto.

Si siguiendo con el orden planteado en el apartado de Resultados, en seguida se mostrarán con mayor amplitud algunas de las reducciones resultantes, producto del análisis teórico y estadístico que en relación de los mismos resultados y las hipótesis se permitieron formular.

Como bien se puede observar en los resultados, la escolaridad en ambos grupos, alcanzó un promedio de secundaria incompleta de 71.8 para el Grupo 1, y 8.259 para el Grupo 2, además de que una pequeña proporción continuaba estudiando después del embarazo en ambos grupos (23.6 % para el Grupo 1, y 22.8 % para el Grupo 2), mientras que se obtuvo una gran proporción de adolescentes embarazadas que abandonaron sus estudios antes y durante el embarazo (77.5 % para el Grupo 1, y 77.2 % para el Grupo 2) (ver tablas números 4 y 5).

Lo anteriormente descrito se puede justificar en base a investigaciones realizadas por Black y Deblassie (1985), la Academia Americana de Pediatría (citada por Zetina, 1991), Loya López (1986), Aldana y Pérez (1990), Atkin, Tolbert y, OPS Y OMS (1988); los cuales concluyen que las adolescentes al embarazarse tienen como desventaja el no culminar sus estudios y mermar las expectativas a futuro en relación a lo académico y laboral, pues se enfrentan a una nueva vida de responsabilidades y problemas de manera sorpresiva e inesperada. En general al disminuir sus oportunidades, no más del 50 % de las adolescentes embarazadas culminan la educación media, tal como se observa en los resultados del presente.

Los resultados que con anterioridad se describieron también indican que la deserción académica antecede al embarazo, tal como lo apreciaron en sus análisis Atkin y Givaudan (1989), Pick de Weiss, Atkin y Karcher (1989), Aldana y Pérez (1990) y, Molina y Romero (citados por Esteves y Atkin, 1990). Lo cual refleja las características psicosociales previas al embarazo, tales como: el nivel socioeconómico y las expectativas escolares y laborales no solo de la propia adolescente sino también de los mismos padres para con ellas. Además tales autores concluyen que estas adolescentes no perciben al embarazo como un evento inconveniente para sus vidas, ya que la maternidad representa con seguridad para ellas una de las pocas alternativas para su futuro y con frecuencia tienen poca o nula motivación, así como pocos recursos para continuar estudiando.

No obstante, de acuerdo a los resultados, una poca proporción en ambos grupos no continuó sus estudios aún estando embarazadas. Lo cual se puede explicar con lo encontrado por Esteves y Atkin (1990): las adolescentes embarazadas que continúan con sus estudios tienen mayor grado de actividad y expectativa que aquellas que dejan sus estudios, y tanto para ellas mismas, sus padres como en algunas ocasiones para sus parejas tienen mayores expectativas tanto escolares como laborales hasta antes del embarazo.

Las adolescentes de los grupos del presente análisis en su mayoría se dedican al hogar (77.5 % para el Grupo 1, y 56.9 % para el Grupo 2) mientras que una minoría lo combina con el estudio y el trabajo, lo cual concuerda con lo que González (1996) y McCollough y Scherman (1991) mencionan. Diferentes autores refieren que las adolescentes embarazadas se dedican en general, al hogar y al maternaje, quedando sus aspiraciones académicas fuera de sus planes personales. Con esto puede concluirse que efectivamente para la adolescente, el cuidado y educación al hogar es su única y anhelada expectativa de vida. No obstante, se encuentran adolescentes que por alguna circunstancia se encuentran con pareja y se les dificulta su situación de vida, una vez que aquellas que logran formalizar su situación de pareja a raíz del embarazo, ya que el apoyo familiar y socioeconómico que reciben en general, no es el más idóneo y sus expectativas quedan limitadas al cuidado de su hijo, a la colaboración dentro del hogar y en la necesidad de trabajar para el sustento de ella misma y la de su hijo, según lo afirman Albana y Pérez (1990) y con quienes se está de acuerdo.

Con respecto al nivel socioeconómico al cual pertenecen las adolescentes embarazadas del presente análisis, se observa que en su mayoría pertenecen a un nivel bajo (55.7 % para el Grupo 1, y 91.3 % para el Grupo 2) y una pequeña proporción pertenecen al nivel socioeconómico medio, siendo la parte para el Grupo 2 (35.2 % para el Grupo 1, y 8.6 % para el Grupo 2) lo cual ha sido observado de igual manera por Paik (1993), Holbert (1988), Artigues, Carrasco y González (1992), Tiburcio y cols. (1989), OPS y OMC (1986), McCollough y Scherman (1991). Particularmente Paik (1992) menciona, que el embarazo adolescente ocurre predominantemente en las más bajas clases socioeconómicas, observando que una alta proporción de la familia de origen de las adolescentes embarazadas se encuentra desempleada y con pocas oportunidades para mejorar su estilo de vida.

Aunque, Esteves y Atkin (1990) están de acuerdo en que se observa este evento con mayor frecuencia en las clases socioeconómicas desfavorables, también refieren que se presenta en todos los niveles socioeconómicos; pero los estudios al respecto, en estratos socioeconómicos altos son pocos.

Al respecto, es importante tomar en consideración que el presente trabajo se llevó a cabo dentro de un Hospital de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, en donde la mayoría

de las pacientes son tanto de clase media como baja y que no pueden pagar los servicios de un Hospital particular, como podrían hacerlo las pacientes de una clase alta.

Sin embargo, de acuerdo con Loya (1986), Lopez (1991), Songker (1980), Trad (1994) y Hoffman (citado por Tolbert, 1988) en diversos países tanto desarrollados como en vías de desarrollo y con poca diferencia entre niveles socioeconómicos, se ha encontrado que la mujer adolescente suele tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, resultando el embarazo no planeado ni deseado.

Como se puede observar con claridad en la tabla numero 5, en una mayor proporción (27.5 %) las adolescentes embarazadas con pareja presentaron un lapso de tiempo viviendo con esta en el momento de la entrevista de 1 a 3 meses. Si se toma en consideración los resultados con respecto a las semanas de gestación, el promedio al momento de la entrevista en este grupo de adolescentes con pareja fue de 36.0%, reduciendo por lo tanto, que la unión consensual se llevó a raíz del embarazo. Según Arcelus (1988), Black y Deblasio (1985), Banoz (1984), OPS y OMS (1988), Aldana y Pérez (1990), el matrimonio o estado civil llamado unión libre son opciones que legitiman tanto el embarazo en sí como la actividad sexual de estas adolescentes. Cabe señalar, que aunque dichas uniones "forzadas" evitan el rechazo social o estigmatización corren mayor riesgo de inestabilidad marital y emocional, pues se someten a una serie de dificultades en la formación de una liga afectiva fuerte entre ellos, por no haber tenido la oportunidad de pasar por una serie de procesos que ayudan a la consolidación de la relación. Arcelus (1988) menciona al respecto que una de las tareas básicas por las que tiene que pasar una pareja recién formada, es la mutua adaptación a las necesidades del otro, así como el establecimiento de límites con las respectivas familias de origen, lo que en la pareja adolescente no sucede, pues la pronta venida del hijo les dificulta el conocerse y con frecuencia se observa que la relación entre la pareja adolescente se constituye únicamente en función del niño y no tanto del afecto o intereses mutuos, por lo que emergen los divorcios y la desestructuración familiar.

Dentro del Grupo 2, formado por las adolescentes embarazadas sin pareja, se observó una de las premisas que Aldana y Pérez (1990) mencionan en su investigación. Tales autores consideran que una de las razones por las cuales estas adolescentes no vivan con sus parejas o no cuentan con su apoyo, tiene que ver con la obvia ausencia de la persona de quien se embarazaron después de la confirmación de este evento. Al respecto Pick de Weiss y cols. en un estudio realizado en 1987, encontraron que el 65.3 % de ellas ya no tenían contacto con el papá del bebé al sexto mes del embarazo y solo el 8.3 % de ellas creían que se casarían con el muchacho que las embarazó.



Otra razón que se agregaría a la situación de éstas adolescentes sin pareja, tiene que ver como ya se ha señalado, con las expectativas que a futuro tienen, del apoyo social y sobre todo familiar, pues como se puede observar, se encuentra una minoría que continúa estudiando. Tales situaciones emergen por parte de las adolescentes a la ignorancia del sistema de reproducción, así mismo como a la negación de ser sexualmente activas, por lo que evitan el uso de métodos anticonceptivos, pese al conocimiento que de ellos tienen.

Pink de Weiss, Atkin, Karahner, OMS y OMS (1988); Skala y cols (1990) y González (1990) mencionan que en un aspecto determinante para la ocurrencia del embarazo en la adolescencia es el antecedente de tal evento en personas cercanas, tales como: hermanas y la propia madre que se hallan embarazadas siendo adolescentes. Tal situación se pudo observar en el presente análisis, ya que para el Grupo 1 un 10 % mencionó antecedente de embarazo adolescente en su madre y un 8.8 % en sus hermanas y una mayor proporción en otras personas cercanas (26.3 %) para el Grupo 2, el 12.1 % reportó embarazo adolescente en su madre, 8.6 % en su hermana y en una mayor proporción en otras personas cercanas (10.7 %). Con lo cual se deduce que el antecedente de embarazo adolescente en la madre, hermanas y en personas cercanas es determinante para la ocurrencia de tal situación e incluso es aceptado por la familia.

Diversos estudios (Pink, 1987; Atkin y Pink de Weiss, 1989; López y Setina, 1990; Izid, 1991; McCoullough y Scherman, 1991; Aldana y Perez, 1990; Stark y Delplasis, 1989 y Alvariera, 1989), comparte el hecho de que la calidad de las relaciones entre las adolescentes y sus familiares es un factor que influye con el embarazo. La desintegración familiar, la imagen paterna distante y/o negativa o ausente, pérdida de figuras significativas, conflictos y tensiones familiares, tienen que ver con el temprano inicio de relaciones sexuales y con el embarazo no planeado ni deseado. Según dichos autores, la percepción que se tiene de los padres es crucial, pues de acuerdo con sus hallazgos, a las madres en su mayoría se les describe como dominantes, competitivas, retantes, con relación simbiótica y ambivalentes hacia sus hijas, en tanto que al padre se le considera poco afectivo, débil, pasivo o ausente. Así mismo, los afectos que se tengan por los padres son significativos, pues muchas adolescentes se embarazan por despecho, venganza o emulación hacia sus padres, desafiando la autoridad y los cánones sociales al mismo tiempo.

Como se puede apreciar en los resultados de la presente investigación, en el Grupo 1 se obtuvo un 37.5 % de familias desintegradas por divorcio o separación en su mayoría y en menor proporción por fallecimiento de uno de los padres ( 31.3 % y 6.3 % respectivamente); mientras que en el Grupo 2 se obtuvo la mitad de las familias de origen desintegradas, igualmente en su mayoría por divorcio o separación y en menor proporción por fallecimiento de uno de los padres (36.2 % y 11.8 % respectivamente).

En la tabla número 13, también se puede observar que una gran proporción de las adolescentes embarazadas de ambos grupos del presente estudio reportaron tener relaciones muy buenas y buenas con la madre (41.3 % y 40 % respectivamente para el Grupo 1 y 39.7 % en ambos rangos para el Grupo 2). En cuanto a las relaciones con el padre, reportaron una gran proporción en los rangos de muy buenas y buenas para el grupo 1 (25 % y 32 % respectivamente); mientras que en el Grupo 2 una gran proporción calificó sus relaciones con el padre como regulares (31 %), seguido del rango de buenas (27.6 %).

Cabe hacer mención que pese a que en los rangos de malas, muy malas y sin relación tanto con la madre como con el padre se obtuvo una baja proporción, no se puede dejar de lado, el que la negativa o mala relación con los padres no tenga que ver con el embarazo adolescente.

Por otro lado es necesario señalar, que el cuestionamiento al respecto se llevó a cabo durante el embarazo de las adolescentes y antes del embarazo, por lo que la justificación del alto porcentaje obtenido como de buenas relaciones con ambos padres en ambos grupos, pueda deberse a respuestas de deseabilidad social por una parte y por otra, a un mejoramiento de la relación a raíz del embarazo, ya que implica apoyo por parte de los padres durante este evento, dada la dependencia para poder enfrentar las demandas que el embarazo y la maternidad requieren tanto las adolescentes embarazadas que consolidaron su relación mediante la unión consensual como para las adolescentes embarazadas sin pareja.

Con respecto a los resultados correspondientes al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos del presente análisis (ver tablas números: 14, 15, 16 y 17) se puede observar que en ambos grupos una alta proporción conocían métodos anticonceptivos (85 % para el Grupo 1, y 79.3 % para el Grupo 2). Sin embargo, una alta proporción tanto en el Grupo 1 como en el Grupo 2, no hicieron uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo (28.8 % para el Grupo 1, y 82.8 % para el Grupo 2) siendo para el Grupo 1 el motivo de no usarlos en mayor proporción la búsqueda del embarazo (30 %), seguido por el de ideas erróneas con respecto a la sexualidad al pensar que no saldrían embarazadas (17.5 %); mientras que para el Grupo 2 la razón de no usarlos en una alta proporción fue por descuido (25.9 %), seguido del miedo (19.3 %).

Tales resultados descritos, pueden explicarse con base en lo que señalan algunos autores tales como: Loya (1986), Cetina (1991), Morrison (citado por Teibert, 1988), Atkin, Aldana y Pérez (1990), Olayo y OMS (1988) y Linenberger (1987), pues algunas razones por las que las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos a pesar de que se pueden tener conocimientos de que existen es: 1) el manejo de ideas míticas, vagas y distorsionadas, creando la existencia de un pensamiento mágico o de fábula personal ("soy demasiado joven como para que me pueda embarazar", "no me sucederá a mí" o "después de

la relación sexual no puede quedar embarazada por la edad"), pensar que el usar métodos anticonceptivos resta lo romántico a la relación y por desconocimiento de la fisiología, principalmente de la etapa fértil del ciclo menstrual de la mujer; 2) la infrecuencia de las relaciones sexuales; 3) no anticiparse a las relaciones sexuales; 4) pensar que el usar métodos anticonceptivos trae el riesgo de que otros van a averiguar que la adolescente está sosteniendo relaciones sexuales; 5) la aversión de usar anticonceptivos tiene que ver que implica la aceptación por parte de la adolescente misma que es sexualmente activa, por lo que tales autores hacen hincapié en que la negación es un mecanismo de defensa que la adolescente emplea para protegerse de que en realidad es sexualmente activa y prefieren no usar métodos anticonceptivos y 6) el querer embarazarse tiene que ver algunas veces con evitar el uso de métodos anticonceptivos.

No obstante, de acuerdo con las encuestas, las adolescentes que sí hicieron uso de métodos anticonceptivos (21.1%) para el Grupo 1, y 17.3% para el Grupo 2, en mayor proporción para ambos grupos fue el uso del condón, después el uso de métodos anticonceptivos hormonales y por último el método de ritmo.

Lo cual se puede justificar en lo que Morrison (citado por Tolbert, 1988) y Atkin en ese mismo año señalan: la adolescente que sí usa métodos anticonceptivos se comparó con las que no usan se caracterizan por tener expectativas educacionales más altas y conocimientos más claros sobre la sexualidad y uso de métodos anticonceptivos, además de encontrarse en un medio familiar sin antecedentes de embarazo adolescente. Pero surge la cuestión de porqué aún cuando estas adolescentes reportan que sí usaron métodos anticonceptivos se embarazaron; lo cual se podría sustentar por una parte, que sus respuestas al respecto fueron de deseabilidad social, lo cual es común entre las adolescentes; por otra parte, a la deficiente información del adecuado uso de los métodos anticonceptivos y por último, estimamos que los anticonceptivos no tienen una confiabilidad de seguridad al 100%, que hallan fallado lo que es poco probable.

Teniendo como punto medular de la presente investigación a la hipótesis de trabajo y con base en los resultados obtenidos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad rasgo-estado, depresión y autoconcepto entre las adolescentes con pareja y sin pareja. Lo cual sugiere que no influye de manera contundente en los niveles antes señalados, el que las adolescentes embarazadas tengan o no pareja.

De acuerdo con Block y Deblasse (1988) entre otros autores, la presencia de alteraciones emocionales en el embarazo adolescente, nos habla de dos factores que pueden estar influyendo: uno la etapa por la cual están atravesando y otra la situación de embarazo que complica más aún esta fase.

Tocante al proceso adolescente, según Linenberger (1987), Loosli-Usteri (1982), Moos (1986), Patterson y McCubbin (1987) y Erikson (1970), además de la depresión, los adolescentes presentan altos niveles de ansiedad, debido a los esfuerzos psicológicos y a las demandas sociales a los que los adolescentes se ven sometidos. Así mismo, puesto que en esta etapa se va desarrollando e integrando el autoconcepto a través de los cambios del mismo sujeto, éste se vuelve vulnerable ante el embarazo.

También en base a la literatura se tiene conocimiento de que la ansiedad, depresión y autoconcepto son estados emocionales multideterminados tanto por factores culturales y familiares como por el significado que se tenga del embarazo, específicamente de las adolescentes.

Kuhn (citado por Linenberger, 1987) refiere en cuanto a la ansiedad en las adolescentes embarazadas; que los niveles de ansiedad que pudieran presentar las adolescentes embarazadas en general, es muy similar al que presentan las adultas embarazadas, lo cual implica que el embarazo en sí mismo pudiera relacionarse con aumento en los niveles de ansiedad, sin importar la edad de la gestante, ni el que cuenten o no con una pareja.

Paik (1992), refiere que en el embarazo adolescente es frecuente la presencia de un bajo autoconcepto; sin embargo, este bajo autoconcepto con sentimientos de impotencia y bajo ciertas condiciones pueden ser los favorecedores del riesgo de embarazo en esta etapa. Es decir, el que las adolescentes presenten un bajo autoconcepto y no se sientan autoafirmadas, además de que carezcan de acertividad en la toma de decisiones, entre otros aspectos; tienen relación con el temprano inicio de relaciones sexuales, sin protección anticonceptiva y por lo tanto de tener embarazos no planeados ni deseados.

La literatura ha mostrado que la sola presencia del embarazo es un factor para que el estado emocional de la adolescente se altere (Everly, 1989; Lips, 1982; Méndez, 1986; González y Morales, 1993), encontrando que es mayor el disturbio en adolescentes solteras o sin pareja, quienes obviamente experimentan un gran impacto psicológico, no siendo así en las adolescentes embarazadas casadas o con pareja, pues por una parte, el embarazo en muchas ocasiones es buscado intencionalmente por éstas, y por otra la legitimización, aceptación y apoyo social es determinante, pese a que la prematura unión consensual genera un desajuste en la pareja y en la vida de la adolescente en particular (Aldana y Pérez, 1990 y Black y Deblasse, 1985).

Las referencias antes mencionadas, así como el marco teórico expuesto de manera más amplia, explican la presencia de niveles de ansiedad y depresión, además de los bajos niveles de autoconcepto encontrados en ambos grupos, los cuales aún cuando se puede ver en el apartado de los resultados, se describirán a continuación:

Con respecto a los niveles de depresión, 31 adolescentes embarazadas con pareja puntuaron igual o más de 44 en la escala de autoevaluación de la depresión de Zung, es decir el 38.75 % de éstas adolescentes o encuentran deprimidas; en tanto que 26 adolescentes embarazadas sin pareja puntuaron igual o más de 44 en esta escala, es decir el 44.82 % de este grupo se encontraron también deprimidas.

En cuanto a los resultados de la escala de autoconcepto, se puede observar que los perfiles de ambos grupos son muy parecidos.

En las tres escalas de control: actitud frente a la prueba que son de autocrítica, la de veridadero-falso y la de conflicto total, observamos que la población que está dentro de los límites normales, lo que nos señala una capacidad normal y sana para la autocrítica. En la segunda escala que nos ligeramente fuera de los límites normales, lo que podría estar relacionado con la dificultad de un adecuado entendimiento con la prueba, en la tercera se puede observar que se encuentra por arriba de los límites normales en ambos grupos, mostrándonos con esto un mayor defensividad al contestar la prueba.

En el resultado global de autoconcepto, ambos grupos están en los límites bajos, sin embargo el Grupo 2 está ligeramente más abajo que el Grupo 1, lo que indica que en el autoconcepto global, las adolescentes embarazadas sin pareja, tienen un autoconcepto más pobre. Esto nos indica que el embarazo en la adolescente es determinante, pues interrumpe el proceso normal de esta etapa con el embarazo y en aquellas adolescentes que se embarazan y no cuentan con una pareja se encuentran en una situación desventajosa al no tener una responsabilidad compartida, sintiéndose devaluadas, indeseables y rechazadas.

En las dimensiones de yo físico, moral y yo familiar se encontraron diferencias significativas, los hallazgos significan que tienen una pobre estructura ética, moral y sentimientos negativos de adecuación, además de sentirse devaluadas como miembros de familia. Aquí cabe hacer mención a Marco, Aldana y Pérez (1990), quienes señalan que la adolescente se ve constantemente presionada por fuerzas encontradas provenientes de los padres, la pareja, así como de sus sentimientos más profundos.

Pese a que en las demás dimensiones de la escala no se encontraron diferencias significativas, sí se presentaron en ambos grupos puntajes por abajo de los límites normales en no más de 37% para cada uno de los grupos, siendo en mayor proporción el Grupo 2 el que presentó bajos niveles en tales dimensiones; es decir, menos del 50 % de cada grupo presentaron puntajes por abajo de los límites normales.

Más específicamente, los porcentajes de cada grupo que puntuaron bajo son los siguientes: en las dimensiones de yo físico

28.8 % para el Grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja y 31% para el Grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja; yo ético - moral 23.8 % para el Grupo 1, y 34.5 % para el Grupo 2; yo personal 11.3 % para el Grupo 1, y 17.2 % para el Grupo 2; yo familiar 23.8 % para el Grupo 1, y 36.2 % para el Grupo 2 y yo social 10.20 % para el Grupo 1 y 31 % para el Grupo 2. Esto significa, que estas adolescentes presentan un conflicto con su apariencia física, su estado de salud, habilidades y sexualidad; además de tener una pobre estructura de referencia ética-moral, sentimientos de inadecuación y devaluación como personas, miembros familiares y también de interacción social con otras personas en general. Motivos por los que presentaron un pobre autoconcepto en términos de identidad, autosatisfacción y conducta, pues presentan una lánguida opinión de sí mismas.

Zongker (1977), en sus estudios también encontró puntajes bajos en el autoconcepto y en todas las subdivisiones tanto de eticidad, yo social y yo familiar excepto en autosatisfacción. más este autor encontró a causa del factor socio-económico mayor anterior en el autoconcepto de las adolescentes embarazadas.

Todo lo anterior, nos hace deducir, que pese a la presencia de puntajes por abajo de los límites normales en esta escala, en realidad ambos grupos se encuentran dentro de los límites normales en un poco más del 60 % en cada grupo.

Balk (1992) refiere, que entre los correlatos del embarazo adolescente, el autoconcepto parece ser una variable importante para el embarazo; aunque es difícil decidir si el autoconcepto es un efecto del embarazo adolescente o no, ya que el bajo autoconcepto es frecuente entre los adolescentes.

Al no haber encontrado diferencias significativas en los niveles de ansiedad, depresión y autoconcepto dentro de los grupos de adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja, y dada la oportunidad que los datos permitieron, se fragmentó a toda la muestra de adolescentes embarazadas en dos grupos en relación al puntaje de depresión de Zung, sin tomar en cuenta que tuvieran o no pareja; obteniendo un grupo de 57 adolescentes embarazadas deprimidas y otro grupo de 81 adolescentes no deprimidas.

Las adolescentes embarazadas deprimidas se describieron casi con todos los reactivos del inventario utilizado, no obstante los ítems que las caracterizan mejor fueron los que comprenden los factores 1 y 4, en donde ellas se percibieron de la siguiente forma: no tener la mente tan clara como antes, no resultarles fácil hacer las cosas que acostumbran, sentirse intranquilas y no sentirse quietas, presentar dificultad para tomar decisiones, sentirse inútiles e innecesarias, no disfrutar de las mismas cosas, ni de las relaciones sexuales, presentar cansancio sin hacer nada, dificultad para dormir en la noche, pérdida de peso y taquicardia.

Como ya se mencionó, la sola presencia del embarazo es un factor favorecedor para que el estado emocional de la adolescente se altere, así mismo intervienen las alteraciones del proceso de la etapa adolescente, lo cual justifica la presencia de adolescentes embarazadas deprimidas en el presente análisis.

No obstante, aunque los estados emocionales de las adolescentes emocionales se describen con depresión, las investigaciones al respecto no son numerosas, debido tal vez, a la falta de valoración de la depresión en los adolescentes en general (Linenberger, 1987) y también a las condiciones que no pueden ser hechas debido a que los síntomas de la depresión en esta población son etiquetados como expresiones de confusión emocional relacionados a los cambios hormonales.

Ya que no se encuentran estudios de adolescentes embarazadas relacionados tanto con depresión como con autoconcepto y al no haber hallado diferencias significativas con la variable discriminativa de contar o no con pareja, se trata de investigar si la depresión en las adolescentes deprimidas impacta fuertemente en su autoconcepto.

En los resultados obtenidos al respecto, se encontró que si hay diferencias significativas en los niveles de autoconcepto; lo que confirma lo mencionado por Aldana y Pérez (1990) y Black y Deblasse (1985), pues ellas refieren que hay una correlación entre la depresión y el autoconcepto; es decir, si hay depresión habrá bajo autoconcepto.

Al realizar una revisión de las dimensiones de la escala de autoconcepto, observamos que las adolescentes embarazadas no deprimidas se encuentran en todas las dimensiones dentro de los límites normales. Lo cual nos sugiere que el embarazo era una expectativa esperada y por lo tanto hay una adaptación y aceptación de su situación.

Como se pudo constatar con los resultados, la situación de la adolescente embarazada deprimida es diferente. Sus puntajes en las dimensiones de autoconcepto se encontraron por abajo de los del grupo de no deprimidas, siendo más específicamente más bajas en el autoconcepto en cuyo puntaje se pueden caracterizar estas adolescentes como dudosas de su propio valor, describiéndose indeseables y con poca confianza en sí mismas.

Finalmente, los resultados del presente análisis, solo ofrece el conocimiento de una realidad parcial del fenómeno, debido a que la muestra constituye a una población cautiva del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), por lo que se propone ampliar este tipo de investigaciones en poblaciones y en estratos socioeconómicos altos, pues podrían tener un significado del embarazo y alteraciones emocionales distintas.

## CONCLUSIONES

A continuación se plantean las conclusiones que los hallazgos permitieron hacer:

- El promedio académico de las adolescentes embarazadas tanto con pareja como sin pareja de este estudio, correspondió a secundaria incompleta.
- La deserción académica antecede al embarazo, lo cual implica pobres expectativas a futuro.
- La mayoría de las adolescentes embarazadas con y sin pareja se dedican al hogar, con lo que se espera posteriormente de dedicarán al maternaje como única y esperada expectativa de vida, dejando otras expectativas personales fuera de sus planes a futuro.
- En su mayoría, tanto las adolescentes embarazadas con pareja sin pareja pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.
- La unión consensual de las adolescentes embarazadas con sus parejas se llevó a cabo a raíz del embarazo.
- El antecedente de embarazo adolescente en la madre, hermanas y otras personas cercanas en ambos grupos puede ser un factor que determine la ocurrencia de tal situación.
- Se encuentra una relación entre las adolescentes embarazadas tanto con pareja y sin pareja, con familias desintegradas y la presencia de niveles depresivos.
- Las adolescentes embarazadas con y sin pareja reportaron en mayor proporción tener buenas relaciones con sus padres (madre y padre), lo cual pudiera ser a que dieron respuestas de deseabilidad social, ante tal cuestionamiento o a un mejoramiento de las relaciones a raíz del embarazo.
- En su mayoría, tanto las adolescentes embarazadas con y sin pareja reportaron tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos, sin embargo en una alta proporción éstas no hicieron uso de anticonceptivos para evitar el embarazo, y de éstas la razón planteada del no haberlos usado fue en mayor proporción para las que tenían pareja, la búsqueda del embarazo y para las que no tenían pareja el descuido.
- De las adolescentes embarazadas con y sin pareja que reportaron haber hecho uso de métodos anticonceptivos en mayor proporción utilizaron el condón.



- No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de depresión, ansiedad y autoconcepto entre las adolescentes embarazadas con y sin pareja. Lo cual sugiere que no influye de manera determinante en los niveles antes señalados, el que las adolescentes embarazadas tengan o no pareja.

- La presencia de alteraciones emocionales en el embarazo adolescente puede deberse por una parte, a la etapa por la cual están atravesando y otra la situación misma del embarazo.

- No más del 50 % tanto de las adolescentes embarazadas con y sin pareja se encuentran deprimidas.

- Los perfiles de la escala de autoconcepto tanto en las adolescentes embarazadas con y sin pareja es muy parecido.

- Tanto las adolescentes embarazadas con y sin pareja presentaron una capacidad normal y sana para la autocrítica, una dificultad para el adecuado entendimiento de la prueba y una mayor defensividad al contestarla.

- Tanto las adolescentes embarazadas con y sin pareja presentaron límites bajos de autoconcepto; sin embargo, las adolescentes embarazadas sin pareja tienen un autoconcepto más pobre, al encontrarse en una situación desventajosa de no tener una responsabilidad compartida de la situación con la pareja de la cual se embarazó, sintiéndose devaluadas, indeseadas y rechazadas.

- Se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de yo ético-moral y yo familiar, a raíz de una probable presión de fuerzas provenientes de los padres, pareja y de sus sentimientos más profundos.

- No más del 50 % de cada grupo de adolescentes embarazadas con y sin pareja se presentaron niveles bajos en las dimensiones de la escala de autoconcepto, siendo en mayor proporción quienes puntuaron más bajo las adolescentes embarazadas sin pareja. Lo cual indica que éstas adolescentes presentan un conflicto en su apariencia física y de salud, se sienten devaluadas como personas, miembros familiares y de interacción social con otras personas; por lo cual presentaron un pobre autoconcepto en términos de identidad, autosatisfacción y conducta.

- De toda la muestra comprendida por 120 adolescentes embarazadas, el 41.30 % presentaron niveles depresivos; es decir, casi la mitad de ellas se encontraron deprimidas.

- Las investigaciones con respecto al embarazo adolescente relacionado con depresión y autoconcepto son escasas.

- La depresión en el embarazo adolescente impacta de manera determinante en los puntajes de autoconcepto.

## SUGERENCIAS

Lo anteriormente expuesto indica que el embarazo precoz es un problema a nivel biológico, social y psicológico, por lo que se recomienda tomar medidas preventivas en estos tres niveles, pues las consecuencias como ya hemos visto pueden alterar el proceso normal de la adolescencia y del embarazo.

Lo cual sugiere, tomar acciones basadas en investigaciones, a fin de conocer la magnitud del problema de la fecundidad en menores de 18 años, la etiología y las consecuencias por estratos socioeconómicos y la efectividad de acciones programadas.

Como se puede observar, los adolescentes de un nivel socioeconómico medio y bajo tienen poca motivación y pocas oportunidades de concluir sus estudios, presentando como única expectativa de vida el formar una familia, razón por la que habría que tratar de crearles interés en otras alternativas como el estudio o el trabajo para que posterguen la unión consensual y el embarazo, además de brindarles educación sexual haciendo hincapié en el adecuado uso de los métodos anticonceptivos.

No obstante, el que la adolescente interrumpa sus estudios es una limitación para realizar este tipo de intervenciones, pues el sector salud y de educación presentan esta dificultad por lo que podría haber un apoyo por parte de los medios de comunicación al respecto, con una información clara y precisa.

Puesto que las adolescentes embarazadas con y sin pareja a la muestra del presente trabajo pertenecían a un nivel socioeconómico medio y bajo, no puede hacerse generalizaciones a otras poblaciones de adolescentes como las de clase alta, pues las que corresponden a este último estrato podrían tener un significado del embarazo y problemáticas distintas a las de un nivel socioeconómico precario.

En cuanto al abordaje terapéutico, cabe hacer mención que dentro del Instituto Nacional de Perinatología la intervención con estas adolescentes es multidisciplinaria, no observándose de igual forma en otras instituciones, por lo que se propone una intervención terapéutica a nivel psicológico, no dirigido al desarrollo de las tareas propias de la adolescencia o al embarazo, sino brindarles apoyo y orientación independientemente de que tengan o no pareja las adolescentes embarazadas, para facilitar el proceso de embarazo durante esta etapa, con la finalidad de que ellas reconozcan y definan sus problemáticas, sus emociones, la naturaleza de estos, factores externos e internos que intervienen y poder generar un mejoramiento afectivo y expectativas alternativas, además de definir un proyecto de vida propio con planes a futuro, con lo cual también es importante el fortalecimiento yoico de la propia adolescente.

Finalmente, ya que no existen estudios que versen sobre las implicaciones emocionales entre las adolescentes embarazadas con y sin pareja, con el presente trabajo surgen diversos cuestionamientos, por lo que se considera necesario implementar otros trabajos de investigación al respecto que puedan resolver de manera satisfactoria planteamientos tales como: que pasa con los estados emocionales entre las adolescentes embarazadas con y sin pareja de diferentes estratos socioeconómicos; es decir, si hay o no diferencias entre estas adolescentes de clase baja, media y alta. Además sería de interés realizar estudios longitudinales; esto es, desde el momento en que las adolescentes están embarazadas o que ingresan a un hospital para atención prenatal, parto y posteriormente cuando nace su hijo, para de esta manera conocer los cambios emocionales de los diferentes momentos y entre ellos. De tal forma que se pueda tener un conocimiento más amplio del aspecto emocional durante el proceso de embarazo en adolescentes embarazadas para poder implementar tratamientos psicológicos dirigidos al mejoramiento de su estado afectivo de acuerdo a las necesidades de cada estrato socioeconómico y de cada momento del embarazo y maternaje en particular.

## BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. y Knobel M. (1970). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós.

Acosta, O. G. (1993). El embarazo en adolescentes en el Hospital Universitario Metropolitano. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 44 (3), 213-216.

Aldana Calva, E. y Perez Aristas, L. M. (1990). Los síntomas depresivos como consecuencia del estado civil de adolescentes embarazadas del INPER: Estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M.

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

Arcelus, M. (1988). La Adolescente Embarazada y su familia en La psicología en el Ambito Perinatal. Instituto Nacional de Perinatología. México, D. F.

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

Atkin, L. C. (1988) Embarazo durante la adolescencia en la ciudad de México: causas y consecuencias psico-sociales.

Atkin, L. C.; Arcelus, M.; Fernandez MacGregor, A.; y Tolbert, K. (1988). La psicología en el Ambito Perinatal. Instituto Nacional de Perinatología. México, D. F.

Atkin, L. C. y Pick de Weiss, S. (1989). Antecedentes psicosociales del embarazo en la adolescencia. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. 3 (3), 152-158.

Atkin, L. C. y Givaudan, M. (1989). Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana. Temas selectos de reproducción humana.

Barclay, R. L. Barclay, M. L. (1975). Aspects of the Normal Psychology of Pregnancy: The Midtrimester. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 125 (2), 207 - 211.

Beck, A. C. (1977). Prácticas de Obstetricia. Ediciones Científicas. La Prensa Médica. 518-519.

Benson (1980) Manual de Ginecología y Obstetricia. México: Manual Moderno.

Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. Psychoanal study child, 14, 113-121.

Black, C. y Deblancie, R. K. (1985). Adolescent Pregnancy contributing factors, consequences, treatment and plausible solutions. Adolescence, 20 (73), 281-289.

Blos, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Joaquín Mortiz.

Cantwell, D. P. and Baker, L. (1991). Manifestations of depressive affect in adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 20 (2) 121-133.

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

Deschamps, J. P. (1979). Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Barcelona: Herder.

Deutsch, Helene (1982). La psicología de la Mujer. Buenos Aires: Editorial Lozada. 5a. Edic. 3a.

Drummond, R. J. y Hansford, S. G. (1991). Dimensions of self-concept of pregnant unwed teens. The Journal of Psychology, 125 (1), 65-69.

Erikson, E. H. (1963). Infancia y sociedad. Buenos Aires: Horme.

Erikson, E. H. (1970). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.

Esteves, P y Atkin, L. (1990) El significado del abandono escolar para la adolescente embarazada. La Psicología social en México, 3, 87-90.

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

Fernández MacGregor, A. (1988). La Psicología en el Ambiente Peripatológico. México: INPer.

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

Figuerola Martínez, V. (1985). El Embarazo en la adolescencia, aspectos psicosociales y su repercusión en la dinámica familiar. Tesis de Especialidad. Fac. de Medicina. UNAM.

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

Friedman, H. L. (1939). La investigación psicológica para la salud reproductiva de los adolescentes. Conferencia Internacional sobre fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe.

Givaudan, M., Atkin, L. C. y Pineda, L. (1990). Implementación de un sistema de observación de la interacción de padres adolescentes y sus bebés: estudio de 4 casos. La Psicología social en México, 2, 212-238.

Goldman, H. H. (1989). Psiquiatría General. México: El Manual Moderno.

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

González, C. G. y Morales, C. F. (1993). Normalización de un instrumento para medir depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. 2 (3), 110-113.

González Forteza, C. F.; Morales Carmona, F. y Gutiérrez Calderon, E. (1991). Estado emocional y factores psicosociales en pacientes embarazadas y ginecológicas: Un estudio comparativo. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

González Forteza, C. F. (1992). Estrés Psicosocial y Respuesta de Enfrentamiento: Impacto sobre el Estado emocional en Adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Guzmán, A., Breto, H., Navarrete, S., Padrón, C. y Jiménez, E. (1976). Estudio sobre los Temores de la mujer embarazada. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 36 (4), 569 - 594.

Higashida Hirose, B. Y. (1985). Signos de la Salud. México: McGraw-Hill.

Loaiza Brambila, B. (1984). Factores psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras. Revista mexicana de psicología. 1 (1), pp. 72-78.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, I.N.E.C.I. (1991). Estados Unidos Mexicanos. Resumen General del VI Censo General de Población y Vivienda de 1990.

Jeffrey Jensen y Taber S. (1994). Adolescence Terminable and Interminable: When does adolescence end? Journal of Youth and Adolescence. 23 (5) 517-535.

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

Langer, Marie. (1978). Maternidad y Sexo. Estudio Psicoanalítico y Psicosomático. Buenos Aires: Paidós. 5a Edición.

Langer, A., García, C., Leis, T., Reynoso, S., Hernández, B. (1993). El apoyo Psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud del recién nacido. La Revista de Investigación Clínica. 45 (4), 317 - 328.

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

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

Lips, A. M. (1982). Somatic and Emotional Aspects of Normal Pregnancy Experience the First 5 Months. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 143 (5) 524 - 529.

López, C. R. (1994). La adolescente en el ámbito perinatal. Revista de Perinatología. 2. (1), 1-3.

López Zepeda, B. F. (1991). Resolución del Embarazo en la Adolescente. Problema Médico Social. Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina. UNAM.

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

Loosli-Usteri, M. (1982). La ansiedad en la infancia. Madrid: Morata. Segunda edición.

Martínez Ramírez, S., Picaso Gutiérrez, J. M. y Pineda, L. A. (1994). Interacción Materno-Infantil de Madres Adolescentes. Psicología Iberoamericana. 2 (2), 15-24.

McCullough, M. y Scherman, A. (1991). Adolescent pregnancy: contributing factors and strategies for prevention. Adolescence. 26 (104), pp. 809-816.

McCary, J. L. y McCary, S. P. (1983). Sexualidad Humana de McCary. México: El Manual moderno.

Medora, N. P., Goldstein, A. y Hellen, C. (1993). Variables related to romanticism and self-esteem in pregnant teenagers. Adolescence. 28 (109), 159-170.

Mercer, R. T. y Ferketich, S. L. (1988). Stress and Social Support as Predictors of Anxiety and Depression During Pregnancy. Advances in Nursing Science. 10 (2), 20-39.

Méndez, G. (1986). Aspectos psicológicos de la mujer embarazada. Tesis de Maestría en gineco-obstetricia. México: INPer.

Monroy de V. A., Morales G. M. (1986). La fecundidad adolescente y la planificación familiar. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. México.

Morales Carmona, F., González Campillo, G. y Valderrama, G. (1988). Perfil de Personalidad de un Grupo de Mujeres Embarazadas. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. 2 (4), 165-174.

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

Moreno, R.A., (1988). Adolescentes y Embarazo. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 40 (3), 227-232.

Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crisis. En: R. H. Moos. Coping with life crises. An integrated approach. New York: Plenum.

Oliva Cisterna, J. (1986). Embarazo en la Adolescencia. Analisis de 455 casos revisados en el Hospital de la mujer de la S.S. A., del lo de enero al 30 de abril de 1986. Tesis de Especialidad. Fac. de Medicina. UNAM.

Orduña Ayala, S. (1992). Influencia Familiar en el Embarazo de la Adolescente. Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina. UNAM.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1988). FECONDIDAD EN LA ADOLESCENCIA, CAUSAS Y CONSECUENCIAS. Cuaderno Técnico No.12. Washintong, D.C. EUA 69 Pp.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1985). Salud Reproductiva de la Mujer. La salud de la mujer en las Américas. Publicación Científica, (488).

Ortigosa, E. y Jiménez, G. (1991). Comportamiento Sexual en Adolescentes de Nivel Técnico - Profesional. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. 5 (3), 129 - 133.



Ortigosa, E., Carrasco, I. y González, A. (1992). Perfil Socioeconómico y Educación Sobre Reproducción en Adolescentes. Revista de Perinatología y Reproducción Humana, 6 (2), 70-76.

Paik, S. J. (1992). Self Concept of Pregnant Teenagers. Journal of Health and Social Behavior, 3 (3), 73-11.

Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1987). Psicología. España: McGraw-Hill.

Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1988). Desarrollo humano. México: McGraw Hill.

Patterson, J. M. y McCubbin, H. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement. Journal of Adolescence, 10(3) 162-180.

Pardo, V. F. y Uribe, G. G. (1991). Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones colombianas. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 42 (2), 109-121.

Pérez, S. J. (1986). Percepción perinatal en la embarazada adolescente. Tesis de especialidad. Facultad de Medicina. UNAM.

Pérez Segura, J. (1991). Perinatología del embarazo en la adolescente. Revista Médica del Instituto 18 (4), 79

Pink D. Weiss, S., Atkin, L. C. y Karchner, N. (1986). Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general. En La Psicología en el Ámbito perinatal. México: INPR 448-456.

Roré, Y., Blittner, M. y Lewin, I. (1974). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. Journal of Clinical Psychology, 32 (1), 3-17.

Ruiz Bana, J. R. y Martínez Aguilar, R. (1988). Necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de embarazo y parto. Revista de Perinatología y Reproducción Humana, 3 (3), 141-148.

Salvatierra, M. V. (1989). Psicología del Embarazo y sus Transtornos. Barcelona: Martínez Roca.

Sorens, J. A., Castillo, E. y Mendoza, R. (1993). Embarazo Adolescente: Un Reto Médico Social. Revista Latinoamericana de Perinatología, 12 (2), 74 - 84.

Skala, E., Atkin, L. C., Valdéz Blasques, A. M. y Fernández MacGregor, A. (1990). La adolescente embarazada y su relación de pareja. La Psicología Social en México, 3, 82-86.

Soifer, R. (1977). Psicología del embarazo, parto y puerperio. Buenos Aires: Kargleman.

Steiner Iracheta, L. (1991). La Ansiedad durante el Segundo Trimestre del Embarazo Evaluada a Través del IDARE. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Spielberger, C. D. y Díaz Guerrero, R. (1975). IDARE. Inventario de Ansiedad Estado. México: El Manual Moderno.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, P. E. (1970). SDAI, Manual for the State-Trait Adult Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Tiburcio, T., Avila, R. H., Quintos, C. R. y Garcia, C. M. (1995). Embarazos en la adolescencia: Influencia de algunos atributos sociales. Revista de Psicología y Neuropsicología Humana, 1 (1), 37-45.

Tolbert, K. (1988). La Adolescente Embarazada: Características y Riesgos Psico-Sociales en En la Psicología en el ámbito hospital. México: INPer 299-429.

Torres Ramirez, A. (1994). La anticoncepción en la adolescente. Revista de Obstetricia, 2 (1), 8-12.

Tras, P. V. (1994). Teenage Pregnancy: Seeking Patterns that Promote Family Harmony. The American Journal of Family Therapy, 22 (1), 42-56.

Valderrosa, G. (1988). Perfil psicológico de pacientes del INPer con embarazo normal. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.

Valles, A. M. y Atkin, L. E. (1988). Actitudes maternales: prácticas de crianza y expectativas de desarrollo infantil en un grupo de adolescentes embarazadas. INPer.

Zarco Villavicencio, I. S. (1990). Estudio comparativo de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas primíparas, multiparas y no embarazadas. Tesis de Licenciatura. Universidad Continental.

Zotina Luni, M. C. (1991). Algunas consideraciones sobre el embarazo en adolescentes. Tesis. Licenciatura en Psicología. Iztapalapa- UNAM.

Zongker, C. E. (1989). Self- Concept Differences Between Single and Married School-Age Mothers. Journal of Youth and Adolescence, 2 (2), 175-184