

01966 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

2ej

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO
Y EL RIESGO DEL EMBARAZO
NO PLANEADO EN LA ADOLESCENCIA

T E S I S

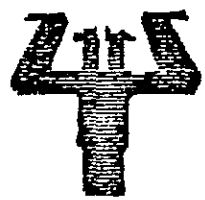
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A
ANA VIRGINIA BENDEZÚ GUERRA

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO

SINODALES

MTRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
MTRA. MARÍA MONTERO Y LÓPEZ LENA
DRA. MIRTA FLORES GALAZ
DRA. SUSAN PICK STEINER



268461

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C. UNIVERSITARIA, D.F. NOVIEMBRE DE 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Los estereotipos de género y el riesgo del embarazo no planeado en la
adolescencia**

TESIS

que para obtener el grado de

MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

Presenta:

Ana Virginia Bendezú Guerra

Sinodales:

Directora de Tesis: Mtra. Olga Bustos Romero

Mtra. Sofia Rivera Aragón

Mtra. María Montero y López Lena

Dra. Mirta Flores Galaz

Dra. Susan Pick Steiner

Ciudad Universitaria, D.F. noviembre de 1998.

*"Cuando se haya roto
la infinita servidumbre de la mujer,
cuando viva ella por ella y para ella,
[...] ¡ella será poeta!"*

Arthur Rimbaud

DEDICATORIA A

Ana Lucía,

Gabi, Mayte y

Nathália, porque

encuentren en

el amor a sí mismas

el principio de todo amor.

AGRADECIMIENTOS A

Ana Lucía por su ternura, alegría y comprensión; Alejandrina por su fortaleza, emprendimiento y entrega; Pepe y Elsa por su apoyo amoroso; a Mauro, Leito, Claudia, Pablo y Frank por su calidez filial; Roy por haberme acompañado en su momento; Alicia, Marcela, Dania, Milenka y Aurora por su generosa amistad.

A mi Directora de Tesis Mtra. Olga Bustos; a mis maestras Mirta Flores, Sofia Aragón y María Montero por sus enseñanzas en el desarrollo de este trabajo.

A la Mtra. Rosa María Soto, quien me brindó todas las facilidades para el trabajo de campo en el CCH Sur, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A las y los adolescentes del CCH Sur de la Universidad Nacional Autónoma de México que contestaron las pruebas aplicadas.

A la Dra. Susan Pick del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, México, D.F. y a la Dra. Sandra Peniche del Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal de Mérida, Yucatán; por darme la oportunidad de participar en sus proyectos y de ese modo, estar cerca de la población adolescente y su problemática.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. CAPÍTULO PRIMERO: ESTEREOTIPOS DE GÉNERO, SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA	10
1.1. Estudios de género	11
1.2. Los estereotipos de género y la sexualidad	17
1.3. Los estereotipos de género, la autoestima y las/los adolescentes	24
2. CAPÍTULO SEGUNDO: RIESGO DE EMBARAZO NO PLANEADO EN LA ADOLESCENCIA, SALUD, SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN SEXUAL	30
2.1. El embarazo en la adolescencia, ¿un problema?	31
2.2. Salud y sexualidad en la adolescencia	40
2.3. Riesgo de embarazo no planeado y educación sexual	46
3. CAPÍTULO TERCERO: MÉTODO	54
3.1. Planteamiento y justificación del problema	54
3.2. Las hipótesis	56
3.3. Las variables	57
3.4. Los sujetos	59
3.5. Diseño del estudio	60
3.6. Los instrumentos: Inventario de masculinidad y femineidad (IMAFE) y Escala de Riesgo de Embarazo en la adolescencia (ERA)	60
3.7. El procedimiento	62
4. CAPÍTULO CUARTO: RESULTADOS	62
4.1. Análisis Psicométrico del Inventario de Masculinidad y Femineidad (IMAFE)	63
4.2. Análisis Psicométrico de la Escala de Riesgo de Embarazo no Planeado en la Adolescencia (ERA)	68
4.3. Análisis de correlación	73
4.4. Análisis de diferencias por sexo y edad	75
5. CAPÍTULO QUINTO: DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	96

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo estudiar la relación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. Se entiende por estereotipos de género a actitudes y comportamientos que tradicionalmente se esperan en mujeres y hombres, en la idea de que estos les corresponden de manera más o menos exclusiva por naturaleza. Se habla de una naturaleza femenina para las mujeres y de una naturaleza masculina para los hombres. Por ejemplo se espera que las mujeres sean tiernas, generosas, intuitivas y que los varones sean racionales, prácticos, audaces; lo contrario no sería natural.

En este trabajo se cuestiona ese carácter natural de las diferencias entre hombres y mujeres, más aún porque con esto se pretende justificar una supuesta superioridad del hombre respecto de la mujer. Se plantea que dichas cualidades pueden encontrarse en ambos sexos, y que los estereotipos de género obedecen a un determinado tipo de socialización vigente en nuestras sociedades latinoamericanas, ser mujer femenina y varón masculino es fruto del aprendizaje.

Se presentan diversos estudios que han analizado la relación entre masculinidad y femineidad con actitudes, comportamientos y situaciones del desarrollo vital de hombres y mujeres. Dentro de la masculinidad y la femineidad se pueden considerar características positivas y negativas para cada género, así la temura sería un aspecto positivo de la femineidad, la pasividad sería uno negativo; en el caso de la masculinidad la racionalidad sería un aspecto positivo, el egoísmo sería un aspecto negativo. Dichos estudios se interesan por saber como se relacionan estas características sean positivas o negativas dentro de la

masculinidad y la femineidad con aspectos como la autoestima, la percepción de logro, la salud mental entre otros. Los resultados son muy reveladores, la presencia de características positivas masculinas y femeninas en una persona sea hombre o mujer se asocia con mayor autoestima, mayor percepción de logro y mayor salud mental según sea el caso. Sin embargo, también la masculinidad por sí sola, se encuentre en mujeres o en hombres se asocia con mayor autoestima, mayor percepción de logro y mayor salud mental; siendo la femineidad, se encuentre en varones o mujeres, la que se asocia a menor autoestima, menor percepción de logro y menor salud mental. La pregunta de investigación del presente estudio es cómo se relacionan los estereotipos de género con el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

Se considera riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia a las creencias, actitudes e intenciones que favorecen la situación de tener un embarazo en el caso de la mujer adolescente o de ocasionar un embarazo en el caso del varón adolescente. Así, se averigua primero si existen estereotipos de género en el grupo de adolescentes estudiado y cómo éstos se asocian con el riesgo de embarazo no planeado.

La muestra está comprendida por 300 adolescentes de ambos sexos del CCH Sur de la Universidad Nacional Autónoma de México, sus edades están entre los 15 y 20 años de edad. Se escoge este segmento poblacional porque la adolescencia presenta características de desarrollo muy específicas que la hacen muy vulnerable al riesgo de un embarazo no planeado. La maduración biológica de la mujer con la aparición de la menstruación y a partir de este evento su potencialidad reproductora; la maduración biológica del varón con la aparición de la eyaculación y su potencialidad de embarazar a una mujer, la posibilidad más concreta de una relación de pareja o de un encuentro sexual (coital) por la intensificación del deseo a partir de la madurez hormonal; la búsqueda de consolidar su identidad a partir de las similitudes y las diferencias biológicas y de género, la lucha entre la independencia y la dependencia respecto de las personas adultas, la angustia frente a los cambios tanto biológicos, como psicológicos y de roles sociales, la necesidad de afecto y reconocimiento en sus diversos ámbitos colocan a las/los adolescentes en una situación muy compleja, en el

contexto de una falta de información sincera y responsable respecto de la sexualidad así como la persistencia de una doble sexual moral con mensajes ambiguos o contradictorios hacen más vulnerable su situación en cuanto al riesgo de embarazo no planeado.

El primer capítulo denominado estereotipos de género, sexualidad y adolescencia plantea la relevancia del concepto de género para la comprensión de las actitudes y conductas de mujeres y varones; ubica los estereotipos de género en el marco más general de los estudios de género, luego los relaciona con la sexualidad, la autoestima y la adolescencia.

En el segundo capítulo denominado riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia, salud sexual y educación sexual se presentan datos y aspectos polémicos de si el embarazo no planeado en la adolescencia es realmente un problema y en qué circunstancias. Se demuestra que sí es un problema para amplios sectores de la sociedad mexicana muchos, así, la muestra de este estudio procedente de zonas urbanas en la cual mujeres y varones ha incorporado la aspiración idea de extender su escolaridad y posponer el embarazo hasta después de los 20 años, un embarazo no planeado en la adolescencia puede coartar sus aspiraciones. En este capítulo también se analizan los conceptos de salud y educación sexual en su relación con la sexualidad de las/los adolescentes y el riesgo de embarazo no planeado en esta etapa de la vida. La salud sexual, concepto novedoso, que se entiende como la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, que no incluye como obligatoria la procreación porque en esencia la sexualidad es comunicación, convivencia y amor; esta visión más integrada de la sexualidad legitimaría la sexualidad en adolescentes mujeres y varones; exigiendo al mismo tiempo una educación sexual que realmente promueva la salud y el bienestar de las personas.

En el capítulo tercero presenta la metodología utilizada en el estudio para contestar a la pregunta de investigación: ¿qué relación existe relación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia? La hipótesis plantea que debe haber una correlación en estadísticamente significativa entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. Se plantean dos hipótesis adicionales, la primera

relacionada con que las mujeres adolescentes están en mayor riesgo de embarazarse que los varones de ocasionar un embarazo en esta etapa de su vida; y la segunda relacionada con la edad, se plantea que dentro del grupo de adolescentes comprendida entre los 15 y 20 años, son las/los más chicos quienes se encuentran en mayor riesgo que los más grandes. El diseño del estudio es de tipo correlacional, para conocer las diferencias por sexo y edad se usó un análisis de diferencias con dos muestras independientes, una de mujeres y otra de varones utilizando la edad como covariable. Se hizo también otro análisis de correlación entre la covariable edad y los factores en los que se encontró diferencia. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Masculinidad y Femeidad (IMAFE) elaborado por Lara (1991) y la Escala de Riesgo de Embarazo no planeado en la Adolescencia (ERA) elaborada especialmente para este estudio.

En el último capítulo se presenta la discusión de los resultados y las conclusiones del estudio. Se encontró que sí existe una correlación estadísticamente significativa entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia; que dicha relación consiste en que son los estereotipos de género femeninos en las mujeres los que se asocian a un mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. Por otro lado también es el grupo de mujeres el que presenta mayores estereotipos que el de los varones. Por otro lado la femineidad presente en varones y mujeres se asocia con un mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia y la masculinidad en varones y mujeres se asocia con un menor riesgo. En el total de la muestra a mayor femineidad positiva o negativa existe mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia; por otro lado en el total de la muestra a mayor masculinidad positiva menor riesgo, a mayor masculinidad negativa mayor riesgo. En cuanto al sexo son las mujeres las que están en mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia que los varones y en cuanto a la edad, dentro de la muestra total son los más chicos los que se encuentran en mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia respecto de los más grandes.

El hecho de que los estereotipos de género femeninos en las mujeres se asocian a un mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia es un hecho que plantea una luz

de alerta sobre el tipo de educación que deben recibir las mujeres, superando los estereotipos de género, promoviendo el desarrollo de características y destrezas para la vida de acuerdo a sus necesidades de desarrollo y bienestar integral, sin limitantes derivadas del género, en una convivencia de respeto e igualdad con el hombre. La ternura y la generosidad son cualidades muy deseables en varones y mujeres, así como el desarrollo de otras cualidades como la racionalidad, el sentido práctico entre otras. Es deseable también, que la ternura y la generosidad no se circunscriban al ámbito de la maternidad o la familia, sino que se exprese en los diferentes escenarios del acontecer humano, eso redundaría en relaciones más armoniosas entre las personas propiciando una convivencia social más saludable.

CAPÍTULO PRIMERO

ESTEREOTIPOS DE GENERO, SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

1.1. Estudios de género

La historia de la humanidad muestra que desde hace muchos siglos, la característica principal a partir de la cual se ha diferenciado a las personas ha sido el sexo, derivando en principio en dos categorías: mujeres y hombres, a quienes se ha asignado los géneros femenino y masculino respectivamente. A lo largo de la historia también, se ha podido constatar que el atributo del sexo, junto con una serie de significados asociados al mismo, han hecho que la condición de los géneros sea diferente en diversos terrenos, lo que se ha traducido en desigualdades económicas, políticas, culturales y sociales (Lamas, 1996).

Al incorporarse en la discusión científico social los hallazgos de que gran parte de las diferencias y desigualdades psicológicas y sociales entre mujeres y hombres se deben a una socialización diferenciada por sexo, que marca diferencias en las formas de pensar, sentir, actuar y comportarse en mujeres y hombres, ocurriendo esto en la mayor parte de las culturas, se crea un nuevo concepto teórico-metodológico que va a permitir la comprensión de fenómenos muy importantes acerca de mujeres y hombres como de los vínculos que establecen entre sí y con su entorno.

Se trata del concepto de género, el mismo que cuestiona la supremacía de la naturaleza sobre la cultura, y que permite reinterpretar las relaciones entre lo genético y lo adquirido, entre lo innato y lo aprendido en lo que se refiere a la formación de la identidad del hombre y la mujer, y de sus relaciones en una sociedad dada. De acuerdo con Lamas (1996) el uso del concepto o la categoría género facilita la decodificación del significado que otorgan las

culturas a la diferencia de sexos, y la comprensión de las complejas conexiones existentes entre varias formas de interacción humana.

El reconocer la influencia de la cultura en la explicación de muchas de las diferencias y desigualdades psicológicas y sociales entre el hombre y la mujer, marca el inicio de la desmitificación de una lógica natural como justificadora de una desigualdad basada en el sexo. Así, el género alude a los comportamientos y roles diferentes, y muchas veces antagónicos que una cultura asigna y espera de mujeres y hombres, y se constituye en parte importante de su identidad.

La formación del género como construcción social define lo masculino y lo femenino, lo que deriva en los llamados roles de género. Tal dicotomía masculino-femenino marca estereotipos las más de las veces rígidos, condicionando roles, limitando potencialidades humanas de las personas, pues la norma dicta que hay que ajustarse a comportamientos "adecuados" al género respectivo (Bustos, 1994).

La formación del género empieza desde el momento en que se conoce el sexo biológico del nuevo ser, queda consolidado tempranamente en la infancia y es reforzado permanentemente a lo largo de toda la vida. El género forma parte de la identidad de cada hombre y cada mujer. De acuerdo a Dio Bleichmar (1985) la identidad de género queda establecida alrededor de los tres años de edad. Existe una forma masculina de ser que corresponde a los varones y una forma femenina de ser que corresponde a las mujeres, y la autopercepción de la masculinidad y la femineidad de hombres y mujeres se sustenta en estereotipos sexuales, pero en realidad ambas dimensiones coexisten al interior de cada hombre o mujer en mayor o menor grado, siendo, además independientes; así la masculinidad y femineidad de la persona predicen una multiplicidad de características de personalidad, actitudes y conducta (Ragúz, 1991).

En México, por ejemplo, de acuerdo con un documento publicado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 1998), aún prevalece la idea de que hombres y mujeres deben permanecer en esferas separadas. Esta idea incluye la creencia,

aún vigente también, de que existen trabajos que 'por naturaleza' son exclusivamente masculinos o femeninos y que la mujer es la única responsable de la atención familiar (DIF, 1998). Así, afirmaciones sexistas tales como decir que 'el lugar de la mujer es la casa', o que 'las mujeres que trabajan descuidan a sus hijos o son infieles', son consideradas realidades "naturales".

Siguiendo este razonamiento, son consideradas como características masculinas la iniciativa, la audacia, la acción, el pensamiento práctico; y como femeninas la pasividad, la ternura, la intuición entre otros. Ambas van a formar parte de la identidad de género y van a dar forma al comportamiento de hombres y mujeres como algo que unos y otras adquieren durante su crecimiento, e incluso antes de su nacimiento, dado que dichas características anteceden al futuro varón o la futura mujer y actúan moldeando su forma de ser debido a las expectativas sociales, aún cuando todavía no han sido dados a luz.

Dentro de las supuestas características consideradas 'propias' de mujeres y varones, se diferencian aspectos deseables y aspectos no deseables. Los aspectos deseables de las características masculinas serían la combatividad, la autoafirmación, la reflexión, el respeto por el orden, la capacidad de abstracción, la objetividad. Los no deseables serían la arrogancia, el egoísmo, la avaricia, la hostilidad. En el caso de las características femeninas los aspectos deseables, se referirían a la afectividad, la ternura, la intuición y los no deseables a la sumisión, la credulidad, la debilidad.

Un hallazgo consistente con esta manera desigual de pensar a las mujeres y los varones en nuestra cultura es el que se refiere a que, muchas veces, la mujer no es juzgada por su desempeño o por sus méritos individuales, sino en función de un conjunto de características, estereotipadas, que le son adjudicadas por pertenecer a su sexo (DIF, 1998). En este contexto la valoración que se hace de cada sexo y de cada género es muy desigual. Ser mujeres y ser femenina(o) se considera inferior que ser varón y ser masculina(o). La peligrosa creencia de que las diferencias se deben exclusivamente a la naturaleza pretende justificar una supuesta superioridad "natural" del varón sobre la mujer.

Sin embargo, se encontró en las investigaciones acerca de la femineidad y masculinidad que las características que tradicionalmente se atribuían a cada sexo no siempre correspondían a éstos de manera exclusiva (Ragúz, 1991). De esta manera, características que se reconocían tradicionalmente como masculinas también se presentaban en mujeres y las que se reconocían tradicionalmente como femeninas se encontraban en varones.

Así, los primeros estudios empíricos sobre los roles de género que plantearon la masculinidad y la femineidad como una dimensión bipolar en la que lo masculino era sinónimo de varón y femenino sinónimo de mujer tuvieron serias dificultades teóricas y metodológicas, puesto que no se encontraron argumentos que justificaran el que una persona, cualquiera que fuera su sexo, pudiera calificar de manera excluyente en alguna de las dos dimensiones (Lara, 1994).

El enfoque bipolar fue puesto en duda y con él la supuesta superioridad "natural" del hombre sobre la mujer. Un sujeto podía presentar rasgos masculinos como femeninos, independientemente de su sexo. Así se demuestra a través de la investigación empírica que mujeres y hombres pueden poseer características masculinas y femeninas, con grandes similitudes pese a las diferencias entre unas y otros. Aquí surge también el concepto de androginia, el cual consiste en la combinación de características deseables tanto femeninas como masculinas en una misma persona. En este sentido, Marta Lamas (1996) es contundente al afirmar que, al existir hembras (mujeres) con características asumidas como masculinas, y machos (hombres) con características consideradas femeninas, es evidente que la biología per se no garantiza las características de género, como se ha querido hacer creer a unas y otros, como si en la conformación de la identidad de género no intervinieran de manera importante la socialización de esos cuerpos de mujer y de hombre en culturas determinadas, en las cuales por lo demás hay un predominio del poder masculino.

Sobre la base del hallazgo de que lo femenino y masculino se conforma a partir de la socialización en una cultura dada y que tanto mujeres como hombres pueden presentar tanto características masculinas como femeninas en una combinación particular, independiente del sexo, ha permitido realizar una variedad de investigaciones que relacionan los roles y

estereotipos de género, entendidos éstos como juicios relativos -y rígidos- sobre el hombre y la mujer (Lara, 1994), con otras variables psicosociales como son: autoestima y presión del ambiente; *sentimientos de dependencia-autonomía y actividad sexual*; *percepción del propio desempeño*; *apariencia física*; *locus de control*; entre otros. Se encontró, por ejemplo, que en un ambiente que requiere de características masculinas, las mujeres con baja masculinidad tienden a una baja autoestima (Burnett, Anderson, Wayne, y Heppner, 1995). Con esto se probó que los roles de género contribuyen a la varianza de la autoestima de manera importante (Pryor, 1994).

En una evaluación global de la autoestima está es mayor en los varones, de la misma manera que en una evaluación específica de los aspectos de mayor autoestima, estos coinciden con los estereotipos de masculinidad (Jackson, Hodge e Ingram, 1994). Por el contrario, características de dependencia y poca autonomía (características denominadas femeninas) en hombres y mujeres, es decir, de baja autoestima, se relacionan con una mayor tendencia a tener actividad sexual no deseada (Kalof, 1995).

Respecto a la percepción del desempeño, los adolescentes varones sobrestiman habilidades específicas y tienen mayores estereotipos (Rose y Montemayor, 1994) quienes plantean que en cuanto a competencia percibida los hombres se estiman competentes social y atléticamente y las mujeres como románticamente atractivas. Un estudio sobre masculinidad, feminidad y salud mental mostró que las actitudes deseables de ambos géneros en una persona (androginia) se asocian con menor depresión, menor neuroticismo y alta extroversión, en cambio, la presencia de actitudes no deseables de ambos géneros de manera estereotipada según los sexos se asocia con depresión, neuroticismo y alta introversión (Lara, 1991). También menciona la misma autora que hay estudios que plantean que una alta masculinidad predice mejor salud mental. Por su parte Burín (1980) destaca que los estereotipos de género femenino y masculino más desfavorables; portados por mujeres y hombres respectivamente, se convierten en factores de alto riesgo para desarrollar problemas de salud mental.

Una mayor autoestima y actitudes más positivas hacia la escuela están asociadas con menores posibilidades de embarazo en la adolescencia (Plotnick y Butler, 1991). Una imagen positiva de sí misma, en madres adolescentes se asocia con confort consigo misma como madre, plantearse futuros roles y nuevas relaciones (Theriot, Pecoraro y Ross, 1991).

Los andróginos y masculinos tienen más autoestima que aquéllos femeninos e indiferenciados (Mullis y Mc Kinley, 1989). A pesar de esto, los adolescentes de ambos sexos escogen las actividades según lo esperable dentro de los roles estereotipados (Willemsen, 1989). Por ejemplo, hay estudios que muestran que, independientemente de la edad, las mujeres están más preocupadas por su comida, su peso y su apariencia física y tienen menor autoestima (Pliner, Chaiken y Flett, 1990) que los varones. Por supuesto, se debe considerar que la autoestima varía por edad y sexo, declina en la adolescencia temprana a la adolescencia media y vuelve a elevarse en la temprana adultez. Asimismo, áreas específicas de autoestima presentan diferencias importantes según sexo y son consistentes con los estereotipos sexuales (Marsh, 1989).

En el caso del embarazo en edades tempranas, el soporte de la familia, de los pares y del padre de la criatura a la madre adolescente, son factores que predicen una actitud positiva hacia combinar cuidado del niño con participación en roles laborales bajo relaciones de igualdad entre mujeres y hombres (Kissman, 1990).

Los hallazgos de estos estudios demuestran la capacidad explicativa de los roles y estereotipos de género acerca de ciertas conductas, lo que nos permite pensar que es consistente plantear que existe una relación entre los roles y estereotipos de género con el riesgo de embarazo en la adolescencia.

Quisiéramos finalizar esta visión general de estudios relacionados al género agregando que, indudablemente el estudio de problemas como el del riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia desde una comprensión de la femineidad y la masculinidad aportará elementos que permitan interpretar otros de la relación hombre-mujer distinguiendo correctamente su origen cultural y social. Ofreciéndose así, nuevas alternativas para su

resolución. Esto implicaría, de acuerdo con el documento del DIF (1998), el emprendimiento de acciones tales como cambiar la vida cotidiana, enriquecer a la familia, y recuperar los espacios públicos, así como la creación de políticas públicas y programas específicos que apuesten a una transformación a largo plazo que modifique el conjunto de suposiciones y reglamentaciones culturales acerca de 'lo propio de los hombres' y 'lo propio de las mujeres' en un contexto social en constante cambio.

El estudio de la relación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo en la adolescencia implica situarse en otros temas como la cuestión de la sexualidad, la salud sexual en la adolescencia, la educación sexual, y las relaciones de género.

1.2. Los estereotipos de género y la sexualidad

Los estereotipos de género son una categoría teórico-social que se refiere a las creencias, expectativas y atribuciones sobre cómo es y se comporta cada sexo. Dentro de este contexto, existen estereotipos masculinos y femeninos. Los estereotipos son con frecuencia simplificaciones excesivas y reflejan prejuicios, clisés e ideas preconcebidas (Lara, 1994; y para estereotipos sexuales, se recomienda consultar también Bendezú, Abad, Mejía y Londoña, 1992). Dichas autoras identifican la presencia de estereotipos basados en la creencia de la supremacía del hombre y la subordinación absoluta de la mujer. A este tipo de estereotipos corresponden los que aún en nuestros días dictan que "el estado ideal de la mujer es la maternidad", que "las mujeres nacieron para ser madres" o, en el caso de los varones, que el ejercicio temprano de la paternidad es una forma de mostrarse como "verdaderos hombres".

Resumiendo, diremos que por estereotipos de género entendemos aquellas características que tradicionalmente se asignan a los hombres y las mujeres que, al rigidizarse, no conciben otra forma de ser mujer u hombre que la establecida, por lo que cualquier conducta, práctica o valor que no esté de acuerdo con dicho estándar, es visto como anómalo.

Por lo anterior, es necesario conocer cómo estos estereotipos operan en la conducta sexual de los adolescentes y qué aspectos de la misma pueden estar incidiendo en los embarazos no deseados durante dicha etapa. Para esto, no debemos perder de vista que los estereotipos de género asumidos en mayor o menor grado por cada hombre y mujer forman parte constitutiva de la identidad (Ragúz y Bendezú, 1996). Así se habla de una identidad de género que tiene que ver con la forma de ser mujer u hombre de acuerdo con las expectativas sociales establecidas para cada sexo, lo que en el caso de algunas comunidades, como las rurales significa, entre otras cosas, que "los hombres deben llevar los pantalones en la familia", que "la mujer debe ser débil", o bien "que los hombres son superiores a la mujeres", entre otros; esto se traduce en una percepción de lo que deben ser las mujeres como sumisas, dependientes, cobardes, indecisas, consoladoras de quienes se sienten lastimados y dulces, mientras que los varones deben ser rudos, agresivos, independientes, competitivos y dominantes (Lara, 1994; Lara y Figueroa, 1990). Estos hallazgos han sido consistentes desde los primeros estudios sobre el tema, tal como los desarrollados por Bem (1974) y que han constituido importantes aportes en el área, desde hace 25 años.

En los ámbitos urbanos, sin embargo, en las últimas décadas se han observado cambios significativos en los roles de género, sobre todo entre aquéllas de ingresos medianos y altos, quienes despliegan ya roles más activos y menos sumisos, y que se implican cada vez más en labores distintas a las relacionadas con el hogar y el cuidado de los hijos que en algunos casos llega incluso al involucramiento en distintas formas de participación social (Lara, 1994). De acuerdo con un estudio realizado con este tipo de mujeres por Alducin (1989, citado en Lara, 1994), las cuales se caracterizan por tener una mayor escolaridad como uno de los elementos más importantes, además de una menor dependencia económica, se perciben a sí mismas como inteligentes, femeninas, trabajadoras y honestas.

Considerando la importancia que tiene la educación en la manera como los roles de género son evaluados, un estudio realizado con estudiantes universitarios mostró que las características masculinas y femeninas eran igualmente evaluadas como positivas o

negativas por esta muestra de dicha población (Saldívar-Garduño, Aguilar-Martínez y Díaz-Pérez, 1995), resultado contrario a lo encontrado en otros trabajos en los que se observó una valoración más positiva de las características atribuidas a los varones que las que se consideraban propias de las mujeres (Lara, Medina-Mora y Gutiérrez, 1988). Sin embargo, al establecer la relación positivo-masculinas y positivo-femeninas entre las características, volvió a aparecer el perfil 'tradicional' adjudicado a mujeres y varones, lo que llevó a las autoras a pensar que la valoración de las características dependía de manera importante de que éstas se asociaran a un hombre o a una mujer.

En este contexto, el estudio de los estereotipos sexuales, así como el relativo a la identidad de género como parte esencial de la sexualidad de los individuos, junto con las imágenes de los que deben ser mujeres y varones, influirá de manera decisiva en el comportamiento sexual humano y de acuerdo a nuestro planteamiento influiría en el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

La identidad de género, podría ser definida como el resultado del proceso por el cual los seres humanos llegan a asumirse como mujeres o varones, como niñas o niños, es inclusive anterior a la identidad sexual basada en la diferencia anatómica entre los sexos. Es con la adquisición de dicha identidad que el niño, por su parte, llega a verse así mismo como perteneciente al grupo definido como masculino, del mismo modo que la niña llega a verse como parte del grupo de lo femenino, hecho que marca todas las diferencias que uno y otra tienen en su vida (Lamas, 1996). Así todas las actitudes, sentimientos y conductas tratarán de adecuarse a lo que socialmente se define como características femeninas o masculinas. La identidad de género juega un papel fundamental en el complejo sistema de identidad del individuo. Esta identidad estaría organizada de diferentes maneras desde diferentes teorías, sin embargo, todas reconocen la identidad de género como crucial en la sexualidad. Se acepta también que la identidad de género es básicamente una construcción social aunque se reconoce el papel de los substratos biológicos en la creación de potencialidades para el desarrollo (Corona, 1994).

En sociedades fuertemente estratificadas con base en el sexo, la identidad de las personas se ve marcadamente afectada por las construcciones genéricas. Esto es, una cosa es que las personas reaccionen a la diferencia sexual reconociéndose como mujeres y varones por poseer una vulva o un pene, órganos sexuales que los diferencian; y otra cosa es la simbolización que se hace a partir de esta diferencia hasta llegar a asumir una identidad masculina o femenina definida por características o rasgos que en estricto sentido son independientes de la biología. Esto es, la temura, comprensión, asertividad, sensibilidad, valentía, afectividad, osadía, son cualidades, rasgos o características que pueden y es deseable que estén presentes tanto en mujeres como en hombres, porque no se derivan automáticamente de la biología o la fisiología.

De esta manera la identidad es la identidad genérica y se hace inseparable de los roles de género. Por esto, el género se convierte en una variable explicativa de gran parte del comportamiento humano, como es el caso del comportamiento sexual y reproductivo, las conductas de riesgo, el sexo protegido y la planificación familiar (Ragúz, 1995).

Antes de relacionar los estereotipos sexuales con la adolescencia haremos algunas reflexiones con la finalidad de precisar varios de los términos que estamos manejando en este estudio, tales como: sexo, identidad sexual, identidad de género, rol sexual, rol de género, estereotipos sexuales y estereotipos de género.

Si bien en algunos términos ya existe un consenso, hay otros que están todavía en construcción, por lo cual avanzaremos en su precisión.

a) Sexo: Sobre este término existe un consenso generalizado, por el cual el concepto se refiere a las características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en un continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios: hembras y varones (Alvarez-Gayou, 1986).

b) Identidad de género: Este término en algunos casos se usa de manera alternativa y como equivalente de identidad sexual. En este estudio

retomaremos, con una precisión, la definición dada por Alvarez-Gayou (1986), quien dice que la identidad de género es la identificación psicológica que va desarrollando el niño o niña con uno u otro sexo, el sentir psicológico íntimo de ser hombre o mujer. Habría que precisar que es la identidad de género la que se refiere a la identificación con los rasgos psicológicos de uno u otro género a partir de las características físicas de cada sexo.

- c) **Papel sexual:** Este término también se usa de manera equivalente a rol sexual o rol de género. Antes de que se trabajara el concepto de género el término sexual abarcaba los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Actualmente es más exacto decir Rol de género porque se trata como dijera Alvarez-Gayou (1986) del comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo; por ejemplo la forma de vestir, corte de pelo y expresiones, entre otras. El rol de género, se referiría al comportamiento de los individuos desde lo socialmente esperable con base en el reconocimiento de las diferencias físicas.
- d) **Estereotipos sexuales:** Se usa de manera indistinta estereotipos sexuales y estereotipos de género. Estereotipos sexuales se define como conductas rígidas de acuerdo a un ideal social para hombres y mujeres, en función del sexo. El término estereotipos de género es más exacto dado que dichos comportamientos son formados a partir de identificaciones psicológicas con el ideal social de lo femenino o masculino, es decir, de lo genérico, por supuesto que sobre la base del sexo, aunque puede ser independiente del sexo, por lo que es correcto afirmar que tiene que ver más con lo simbólico que con lo físico. Estos estereotipos incluirían elementos tales como rasgos de personalidad, roles de comportamiento, apariencia física y ocupaciones adecuadas a cada género (Ashmore y Del Boca, 1979; Deux y Lewis, 1984).

Finalmente, apuntaremos que, desde el punto de vista de algunas autoras, los estereotipos de género, igual que el conocimiento que tenemos en otros dominios, están

organizados en nuestra mente en forma de estructuras denominadas *esquemas* (Taylor y Crocker, 1981 citados en Geis, 1993). Un esquema es un cuerpo organizado de conocimientos acerca de un concepto o una categoría que contiene el total de sus atributos (los del esquema) y las relaciones entre dichos atributos. Por ejemplo, la mayoría de los esquemas de las personas relativos a las mujeres incluyen todos los estereotipos femeninos o de lo femenino, de la misma manera que los esquemas relativos a los varones, incluyen todos los estereotipos masculinos. Por supuesto, estos esquemas influyen en situaciones específicas de la vida de las mujeres y los varones. Sin embargo, en este estudio consideraremos estereotipos de género a las características femeninas o masculinas de mujeres y hombres respectivamente, de acuerdo a lo socialmente establecido.

En dos estudios recientes, realizados por Pick y Álvarez (1996), y por Aldaz y Pick (1996), que formaron parte de un estudio más amplio, con un enfoque cualitativo se abordó, entre otros temas, el significado de la sexualidad en dos muestras de adolescentes, conformadas por 36 hombres y 36 mujeres entre los 12 y los 19 años en la ciudad de México. Para cumplir dicho objetivo, se llevaron a cabo una serie de entrevistas a profundidad donde se abordaban temas tales como la masturbación, el aborto, las relaciones sexuales, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y el embarazo.

Al hacer el análisis de las entrevistas, se observaron algunas diferencias entre mujeres y varones, vinculadas a las expectativas de género que la sociedad establece para unas y otros. En ese sentido, y volviendo a los estereotipos vigentes en relación a lo femenino y lo masculino en nuestra cultura, en las entrevistas fue posible observar que las adolescentes expresaron una contradicción entre lo que decían en relación a su vida de pareja, su vida sexual y las expectativas de género, y los comportamientos y prácticas que realizaban. Por ejemplo, de acuerdo con sus respuestas, ellas apoyaban una mayor apertura y se manifestaban a favor de la búsqueda de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, ubicando a la sexualidad como una expresión "natural" y algo "normal" en una relación de pareja cuando en ésta existe "amor", "cariño" y "comprensión"; sin embargo -y al mismo

tiempo- asumían estilos de comportamiento que reproducían creencias, valores y actitudes tradicionales respecto a su rol de género.

Al cuestionársele sobre las fuentes de las cuales recibían información sobre sexualidad, la mayoría de las adolescentes expresaron haber adquirido conocimientos sobre ese tema (y otros relacionados, como el SIDA) mediante estilos informales de comunicación con amigas o compañeras de la escuela y a través de la experiencia al iniciar su vida sexual activa. Respecto a la comunicación con la familia, estas jóvenes señalaron la existencia de dificultades para plantear sus dudas e inquietudes respecto a la sexualidad, dado que consideraban que los padres eran una fuente poco confiable para hablar de esos temas, por percibirlos ajenos y poco interesados en sus propias inquietudes y deseos; esta fue una respuesta común de ambos sexos.

Las adolescentes también mencionaron que uno de los motivos para no hablar con los padres es el hecho de que perciben en ellos reacciones de "miedo", "rechazo" e "inseguridad" ante la posibilidad de que las hijas hablen de sexualidad, lo cual coincide con el estereotipo de que, mientras los varones deben ser 'experimentados' sexualmente hablando, en el caso de las mujeres lo deseable es que no tengan conocimientos o prácticas relacionadas con la sexualidad hasta el momento de casarse y, a diferencia de los hombres, las entrevistadas percibían una presión social para que las mujeres compartan y gocen de su sexualidad dentro de una relación de pareja en donde existe "amor", y no sólo por placer (el cual estaba reservado a los varones).

Por su parte, los jóvenes se percibieron a sí mismos con un mayor control en las relaciones de pareja, mientras que las mujeres manifestaron su incapacidad para pedir a sus compañeros el uso del condón, entre otras razones por no mostrar desconfianza hacia la pareja, así que la decisión quedaría en manos de ellos. En ese sentido, tanto en el caso de la sexualidad como en el plano de las relaciones de pareja, las jóvenes entrevistadas reconocían que el hombre ejerce un mayor "control" y "poder" en tales relaciones, señalando

que es mal visto que una mujer tome la iniciativa tanto en la relación de pareja como durante las relaciones sexuales.

La pregunta que nos queda después de estas revisiones apunta a la búsqueda de explicaciones en torno a la influencia de los estereotipos de género en la conducta sexual en la adolescencia, la manera como ésta es significada por las y los jóvenes en distintos medios sociales y culturales, y sobre todo cómo se relaciona con el riesgo de embarazo. Para esto es necesario investigar un poco más sobre la sexualidad en la adolescencia y los estereotipos de género.

1.3. Los estereotipos de género, la autoestima y las/los adolescentes

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es aquella etapa de la vida que se ubica entre los 10 y 19 años de edad, mientras que la juventud es un periodo que abarca de los 15 a 24 años; un tercer concepto, el de gente joven, abarca ambas categorías. Siguiendo con esta caracterización, la adolescencia es un tiempo de maduración física, psicológica y social entre la niñez y la adultez (World Health Organization (WHO), 1989), etapa durante la cual se consolida la identidad de género de mujeres y hombres, y los valores adquiridos durante la niñez. Además, el vínculo existente entre la sexualidad y la potencialidad reproductora se hace más evidente.

Existe consenso entre los investigadores de las ciencias humanas, acerca de que el tránsito entre la niñez y la adultez es una etapa especialmente conflictiva para el individuo, en razón de la maduración biológica que opera en el organismo y de la correspondiente aparición de deseos, inquietudes e intereses nuevos que modifican la percepción que tiene de sí mismo y del entorno, y que el adolescente tiene que aprender a manejar. Es pues una etapa de cambios y confusión, en la que a través de un proceso recíproco de "ajuste" se establece entre el sí mismo y su entorno, una pauta de interacción que poco a poco va conformando la individualidad y la singularidad personal Peñaherrera (1992). Queremos señalar que el autor se refiere en masculino, aunque seguramente pretende abarcar a los varones y a las mujeres,

sin embargo el uso del lenguaje es una limitación, más aún porque no establece las diferencias entre mujeres y hombres.

La individualidad y singularidad personal se va a conformar de modo muy diferente para mujeres y varones en la medida que el medio con el que interactúan les ofrece modelos e ideales diferentes e inclusive opuestos en muchos aspectos de su desarrollo personal. Varones y mujeres, entonces vivirán de manera diferente el proceso de tránsito de la niñez a la adultez adquiriendo comportamientos acordes con lo esperado socialmente para cada sexo.

Según Peñaherrera (1992) parte del proceso de llegar a ser adulto, supone muchas veces, experimentar cosas nuevas, jugar con situaciones límite, convenciones sociales entre otras situaciones y esto eventualmente puede desarrollar comportamientos que podemos llamar riesgosos.

Sin embargo, los comportamientos "riesgosos" como los comportamientos en general, difieren en su contenido y motivaciones en varones y mujeres. El deseo de experimentar cosas nuevas puede ser una motivación muy fuerte en el caso de los varones (Jackson, Hodge e Igram, 1994), sobre todo porque la experiencia en ciertos ámbitos, como por ejemplo el que se refiere al ejercicio de la sexualidad (Kalof, 1995), es positivamente reforzada por la sociedad. En el caso de las mujeres, el deseo de experimentar tomando el mismo ejemplo: el del ejercicio de la sexualidad, no se refiere tanto a adquirir destrezas sexuales, sino más bien en experimentar ser aceptada por un varón, ser requerida, ser amada, la autoestima del varón tiene que ver más con el desarrollo de sus destrezas y la autoestima de la mujer tiene que ver más con el hecho de ser aceptada afectivamente (Rose y Montemayor, 1994).

El mismo juego de la seducción en el enamoramiento no es juego equitativo y tiene una dinámica desigual, porque varones y mujeres no se están jugando las mismas cosas, no están ofreciendo lo mismo y sobre todo no tienen las mismas armas o instrumentos.

De acuerdo con los esquemas que sustentan a los estereotipos masculino y femenino, el hombre es quien debe conquistar y la mujer debe ser conquistada, imponiéndose así la

dicotomía activo/pasivo. La medida de la dificultad de la conquista es la medida de la valía de la mujer y de la resistencia del varón. Asimismo, para una mujer cuanto más "difícil" y "requerida", más importante, además se cree que la dificultad asegura la duración del vínculo, pues existe la creencia de que "lo que cuesta más conseguir se cuida más". Por otro lado, en nuestras sociedades latinoamericanas, una de las peores cosas que puede pasarle a una mujer es ser "abandonada"; la mujer vivirá ese hecho como un fracaso personal porque se responsabiliza a la mujer del mantenimiento de los vínculos afectivos, tal como corresponde según el estereotipo femenino (Pick y Álvarez, 1996; Aldaz y Pick, 1996).

Por otra parte, "perder un novio" y luego tener otro u otros devalúa a la mujer, quien pierde la posibilidad de tener una relación "seria". Por el contrario, en el caso del varón esta misma situación no lo devalúa, sino que lo hace más experimentado y más exitoso socialmente. Otro matiz de esta dinámica desigual en relación a la expresión de conductas asociadas con la sexualidad, es que no se le permite a la mujer tomar la iniciativa cuando pretende hacer saber a un varón que tiene interés en él; la conquista, en su caso de acuerdo con el estereotipo de género, será asociada con falta de respeto por sí misma, con ser 'fácil' o con estar de "ofrecida" con los varones. La frase popular "la mujer debe ser rogada, no rogonada, ilustra esto. Conductas y actitudes, de 'libertad sexual' harán que la mujer sea considerada desconfiable, cuando no libertina, y será socialmente castigada perdiendo no sólo la posibilidad de conquistar un amor, sino también, siendo considerada indigna de amor. Según Bendejú (1998) estos contenidos se observaron reiteradamente en los talleres de sexualidad con adolescentes de ambos sexos. Desafortunadamente, el estigma de ser poco confiable y poco valiosa puede tener un costo alto para la mujer, afectando su autoestima, sus relaciones interpersonales, de pareja y familiares entre otras.

Puede ser posible que las características estereotipadas de mujeres y varones, al complementarse, potencien el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. Por ejemplo, si que el varón busca deliberadamente el riesgo, el desafío y la situación límite para reforzar su masculinidad, y si al mismo tiempo la mujer, en su necesidad afectiva, puede aceptar un vínculo bajo cualquier condición, incluso a riesgo de perjudicarse, porque además,

la entrega desinteresada e incondicional "al otro" es un alto valor femenino (Lara, 1994). Puede suceder que en sus propias y específicas búsquedas, hombres y mujeres coincidan en una situación de desencuentro cuya consecuencia, entre otras importantes, puede ser un embarazo no planificado. El embarazo, en otro caso, puede ser instrumentalizado para otros fines como el de un reaseguramiento personal, especialmente de parte de las mujeres, que se traduciría en la conservación de la pareja mediante el matrimonio, o simplemente una valoración diferente por medio de la maternidad, situación que le daría un estatus distinto ante la sociedad asociado a una gran necesidad de elevar su autoestima.

Así, vemos cómo las expectativas sociales tan diferentes, que hombres y mujeres tienen respecto de la sexualidad, del amor, etc. pueden implicar una relación que favorezca el riesgo de embarazo no planeado en la pareja adolescente. Este riesgo se potencia si se trata de una pareja adolescente, dado que en esta etapa se presenta una tensión que agrava el riesgo: la lucha entre sentimientos de independencia y dependencia, la búsqueda de identidad adulta, la inestabilidad emocional y una maduración física de la capacidad reproductora pueden ocasionar decisiones en las los/las adolescente que por resolver otras angustias propias de su edad no se protejan de un embarazo no planeado.

La autoestima marca una diferencia entre los géneros y es clave en cuanto al ejercicio de la sexualidad en la adolescencia en un contexto de relaciones asimétricas entre mujeres y hombres. La baja autoestima, la falta de autonomía y dependencia se asocian con relaciones sexuales no deseadas (Kalof, 1995) o con relaciones deseadas, en el caso de las mujeres con la falsa expectativa de sentirse con más valor porque alguien manifiesta su deseo conforme observó Bendezú (1998) en diversos talleres de sexualidad con adolescentes de ambos sexos. Por otro lado, los jóvenes tienden a interpretar que se les expresa amor cuando lo que su pareja está planteando es su deseo. Según Comfort (1986) en una relación de pareja se tiende a confundir amor, deseo, amistad, camaradería, hostilidad. Esta falta de honestidad o claridad sobre los sentimientos deviene en situaciones engañosas, de las cuales las personas pueden salir muy lastimadas, pero también pueden tener como una consecuencia no planeada un embarazo en la adolescencia.

¿Cómo se presentan los estereotipos de género en la adolescencia? Estos se adquieren desde el nacimiento y probablemente es en la adolescencia cuando llegan a su mayor rigidez, en el momento en que se presenta la necesidad de demostrar una identidad sexual, que va por el lado del refuerzo de los estereotipos. Desde la psicología se han llevado a cabo investigaciones acerca de cómo se adquieren los roles de género o cómo se aprende a ser mujer y ser varón de acuerdo con las pautas sociales. Por medio de estos trabajos, ha sido posible rastrear las influencias de la herencia y el medio ambiente para determinar el origen del dimorfismo psicosexual.

Las teorías que basan sus esfuerzos explicativos del origen de las diferencias en una interacción entre la herencia y el medio ambiente, dan un mayor peso a uno u otro factor. En este caso nos interesa profundizar en aquellas que analizan la influencia del medio. Sin embargo, y dado que las diferencias no se limitan a dividir a la humanidad en dos clases de individuos con características y funciones diferentes, sino que dichas diferencias son mucho más sutiles de persona a persona, ninguna aproximación se encuentra aún en condiciones de aportar la comprensión total del problema, aunque proveen de herramientas para su aproximación. A continuación presentamos algunas de las propuestas que desde distintas vertientes de la psicología han abordado su estudio.

La *Psicología del Comportamiento* aborda el estudio de cómo en la infancia se "aprende" a conducirse en "masculino" o "femenino". Desde este punto de vista, en un sentido estricto, el aprendizaje se fundamenta en la imitación que los niños/as hacen de la conducta de los adultos, por la que reciben recompensas si es la que corresponde a su sexo, y castigo si no lo es; en resumen, se van otorgando refuerzos positivos y negativos que van indicando a la niña o al niño cuál es el comportamiento adecuado, no sólo a su edad sino a su sexo. Puede afirmarse también que las personas adultas se conducen de modo diferencial con los niños y las niñas desde el mismo nacimiento, y que estas diferencias van en aumento con la edad. El desarrollo de los papeles de género se da a través de la socialización a partir de la cual la criatura integra el concepto de sí misma a través de la forma en que se le trata. La ven "fuerte" o "guapa", "decidida" o "temerosa", etc., y desarrollan a la vez conductas adecuadas a

tales conceptos (roles de género de acuerdo a los que se espera de ellas o ellos). Por otro lado dirigen la atención de niñas/os hacia determinados objetos e incluso a aspectos y cualidades diferenciadas de los mismos (Hartley, 1995). De manera gradual, tanto el comportamiento verbal de las personas adultas, así como la exposición a diferentes actividades y espacios estarán incorporados a la diferenciación sexual.

En el caso del *Psicoanálisis*, solamente vamos a decir que existe una simbología compleja relacionada con el ser femenino o masculino, en la cual se describen profusamente algunos procesos psicológicos, sin embargo, sobre todo al comienzo del desarrollo de esta teoría no se perfila un cuestionamiento de los roles sexuales y su posible influencia en el mejoramiento de la salud mental.

Sin embargo, siguiendo a Emilce Dio Bleichmar (1985), una de las vertientes más reciente e importantes de esta teoría se observa el planteamiento de que cuando el género es distinguido como un concepto unitario no da cuenta ni de fenómenos humanos ni sociales, por lo tanto, se debe considerar que el sexo no sólo incluye las peculiaridades anatómicas, sino que de dicha anatomía surge todo el universo de significaciones simbólicas que rigen las teorías vigentes sobre el sexo y el género en distintas culturas. Por lo tanto, el comportamiento de género no es determinado sólo por el sexo biológico, sino por las experiencias vividas desde el nacimiento, comenzando por supuesto por la asignación del sexo (Stoller, 1968 citada en Dio Bleichmar, 1995). Como puede verse, en esta perspectiva, el papel de lo simbólico y lo social es muy importante en la adquisición de la identidad del género.

Según la *Teoría del Desarrollo Cognitivo*, se plantea que ni los instintos o pulsiones ni las normas culturales, aunque intervengan son los responsables directos de la adquisición de los conceptos y actitudes de la infancia respecto de la identidad del papel de género, sino "la organización cognitiva que el niño hace de su mundo social, siguiendo pautas de rol sexual" dependen de patrones universales, así como universales son los cambios de los modos básicos de la organización cognitiva con la edad.

Kohlberg (1966), plantea encontrar, en sus investigaciones, actitudes comunes en niñas y niños de una determinada edad, así como descubrir las diferencias individuales, dentro de una cultura dada, asociadas a la edad, la madurez intelectual y la social. Según sus resultados, la actitud de los padres consistiría entonces en retrasar o estimular las actitudes infantiles acerca de los papeles sexuales, pero no una enseñanza directa.

Este mismo autor encontró algo que ya habíamos mencionado: los niños de 4 a 7 años que demostraron estar bien informados en las diferencias en anatomía sexual no estaban más adelantados en cuanto a la constancia en una clasificación de las cosas en masculino y femenino, que los niños que no tenían conocimientos de las diferencias físicas. Con esto quería demostrar que las niñas y los niños no usan las diferencias genitales como criterio básico de clasificación sexual; y que lo importante es el proceso general del desarrollo conceptual, que incluye el desarrollo de significados connotativos o metafóricos culturalmente universales para los conceptos "hombre" y "mujer", así como, lo que existe para otros objetos, por ejemplo el concepto sabiduría se asocia con luz y claridad.

Otro hallazgo de ese autor mostró que la valoración moral del papel de género y la condena de su desviación, están presentes desde la primera infancia, y aumentan conforme la niña o el niño van creciendo. Se suele decir en la pubertad, "ya eres una mujercita" o "ya te estás haciendo hombre", por lo que podríamos decir que la adolescencia es la etapa en la que se refuerzan los estereotipos de género, de manera que la búsqueda de una identidad propia así como la necesidad de aprobación de las aptitudes ya estereotipadas como masculinas o femeninas y el deseo por el otro consolida las diferencias estereotipadas de género.

CAPÍTULO SEGUNDO

RIESGO DE EMBARAZO NO PLANEADO EN LA ADOLESCENCIA, SALUD, SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN SEXUAL

2.1. El embarazo en la adolescencia, ¿un problema?

En México, de la misma manera que en gran parte del mundo, el embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud, tanto por la morbilidad como por los problemas sociales que genera, de tal manera que se le ubica entre los temas que requiere mayor prioridad en su atención, junto a cuestiones como el SIDA y el aborto (García-Baltazar, Figueroa-Perea, Reyes-Zapata, Brindis y Pérez-Palacios, 1993; Atkin, Ehrenfeld y Pick, 1996).

Este hecho ha provocado un aumento significativo en la preocupación de diversos sectores sociales mexicanos en torno al problema, en los últimos diez a quince años; esta preocupación se ha traducido en políticas y programas de población, de educación, de salud y sociales, en los cuales tanto el gobierno como las organizaciones internacionales tienden cada vez a invertir más recursos humanos y económicos (Stern, 1997; Atkin, Ehrenfeld y Pick, 1996).

En el ámbito de la investigación académica, también se refleja esta situación ya que en América Latina se ha generado una cantidad relativamente alta de investigaciones en relación al tema como consta en el trabajo de Atkin, Ehrenfeld y Pick (1996), quienes consideran que la mayoría de los autores que han abordado el tema coinciden en que el contexto en el que se desarrollan las y los adolescentes es un factor que debe ser invariablemente abordado, pues su conocimiento puede reflejar condiciones que propician el ejercicio de una sexualidad desprotegida, y que determinan las implicaciones de tales condiciones en la vida de las/os

jóvenes. Las autoras asimismo mencionan que una de las carencias más frecuentes en los trabajos sobre embarazo adolescente es la relativa al significado de la sexualidad en este grupo poblacional, falta que contribuye a la limitada efectividad que los programas preventivos han demostrado tener hasta ahora.

En otro estudio, Pick, Givaudan y Saldívar-Garduño (1996), plantean que, dado que la adolescencia es una etapa de cambios y de enfrentamiento a situaciones nuevas por parte de las y los jóvenes, el evitar un embarazo no deseado durante ese período de la vida, junto con la prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA son temas prioritarios que deben ser abordados desde una perspectiva psicosocial. Tratar de identificar las determinantes psicosociales del embarazo adolescente implicaría, considerar a la escuela, a la familia, a los compañeros, a la pareja y la influencia social que ejercen en las y los adolescentes, pero asimismo a las características personales de cada uno de ellos, como propusieron Díaz-Loving y Pick de Weiss (1988) en uno de sus trabajos. Este estudio hace hincapié en la baja percepción de riesgo que muestran los y las adolescentes ante la probabilidad de la ocurrencia de un embarazo, que ha aparecido consistentemente en diversos estudios. Finalmente, los autores hacen una reflexión en torno a la pertinencia de programas preventivos apoyados en encuestas e investigaciones, en las que se ha demostrado la importancia del involucramiento de los padres en la educación sexual de sus hijos e hijas como un elemento que refuerza dichos programas.

Por supuesto, cuando de avances en la exploración de un problema se trata, es posible identificar no solamente los enfoques que han sido empleados para abordarlo, sino también los distintos momentos en el desarrollo de las investigaciones: por ejemplo, podríamos afirmar que, en un primer período el interés sobre la fecundidad adolescente se observó especialmente en el área de la demografía, traducido en una evidente preocupación por el crecimiento acelerado de la población y en la búsqueda de estrategias para su control. Sin embargo, conforme se ha ido profundizando en las investigaciones se va dimensionando la complejidad de los factores que intervienen en el fenómeno, hecho que supone en un

segundo momento, la intervención de varias disciplinas y perspectivas metodológicas como ya se mostró con la descripción de algunos trabajos realizados con un enfoque psicosocial.

En ese sentido, Welti (1992) considera que en América Latina, los programas internacionales de investigación de la fecundidad a través de encuestas como la Mundial de Fecundidad o la de Fecundidad y Salud, han aportado datos importantes para estimar la evolución de la fecundidad en las adolescentes a través del análisis de la historia de embarazos.

El mismo autor comenta que, en diversos trabajos sobre el tema se ha manejado la hipótesis de que los elevados niveles de fecundidad que se observan en las sociedades en desarrollo están asociados a su vez con elevados niveles de mortalidad infantil, atendiendo a la hipótesis de que una pareja que pierde un hijo busca reemplazarlo con nuevos nacimientos. Esta pauta de reemplazo permanece o se transmite de generación en generación, aún cuando la mortalidad infantil disminuya. Considerando esto, Welti concluye que las posibles explicaciones de este fenómeno deberán ser buscadas en el marco de las significaciones culturales respecto del embarazo y de tener hijos, dado que las estadísticas demográficas por sí mismas no explican la permanencia de este tipo de pautas de comportamiento.

En ese mismo sentido Stern (1994) plantea explorar el significado que tiene el embarazo en la adolescencia en distintos grupos sociales y contextos socio-culturales de México así como el significado para cada uno de los distintos actores involucrados. Esto con la finalidad de dimensionar correctamente los alcances del problema e inclusive precisar en qué contextos el embarazo en la adolescencia se constituye o no realmente en problema.

Así, para una comprensión cabal del fenómeno del embarazo en las adolescentes se hace necesario tomar en consideración la diversidad de factores que intervienen y sus significados sociales y culturales. Esto requiere realizar análisis de situaciones específicas en contextos particulares, que nos permitan resultados cercanos a cada realidad, aunque siempre insertos en un escenario social y cultural más amplio.

El embarazo adolescente, por tanto, es un fenómeno que se presenta en magnitudes y con características diferentes y adquiere matices muy diversos en los distintos sectores sociales, por lo que requerirá también políticas diversas que lo aborden en forma adecuada y que respondan mejor a las características y las necesidades de la población de cada uno de ellos (Stern, 1995a).

Con la finalidad de sistematizar esta idea, este autor ha desarrollado una caracterización de cuatro posibles escenarios para el estudio del embarazo adolescente, considerando las implicaciones que tiene este evento en la vida de las personas (ver Stern, 1994 y 1995b):

- a) Sector *rural-tradicional*. En este escenario los roles de género se definen tradicionalmente conforme a los estereotipos prevalecientes, y la 'adolescencia' no es sino un breve período que abarca desde el momento de la menarca hasta la ocurrencia del primer embarazo, lapso que es generalmente corto. Así, las mujeres son vistas como sumisas ante su rol, para el cual la maternidad no parece presentar contradicciones (no olvidar por ejemplo el gran valor social de la maternidad en este sector). Las implicaciones más importantes serían demográficas y de salud: morbilidad materna y neonatal elevadas.
- b) Sector *urbano-marginal*. El embarazo adolescente se inscribe en un contexto familiar y normativo más conflictivo que el rural. Las implicaciones más importantes giran alrededor del creciente desamparo y falta de protección de las adolescentes frente a su situación, lo que deriva en abortos, uniones conyugales inestables y madres solteras o abandonadas.
- c) Sector *urbano-popular*. Este grupo social ha incorporado plenamente la aspiración de extender la escolaridad de los jóvenes y de posponer el embarazo y la unión hasta después de los 20 años. En este contexto, el embarazo es un evento inesperado que puede coartar las aspiraciones de ascenso social. Las principales implicaciones se vincularían con las consecuencias de la contradicción entre unas normas

tradicionales que restringen la sexualidad a la procreación, y la realidad de las relaciones sexuales antes de la unión.

- d) Sector *clase media-media y media alta*. Debido a que posee un nivel educativo más alto, este sector fue el que experimentó un mayor impacto de las políticas de población. La flexibilidad se dirige hacia comportamientos 'modernos' y 'posmodernos' en una variedad de situaciones: relaciones sexuales prematrimoniales permitidas, uniones libres entre las parejas, embarazos voluntarios, etc. El embarazo para los jóvenes de este sector es un 'accidente', y cuentan con un acceso mayor a los servicios educativos y de salud, por lo que, en el corto plazo al menos, serían poco significativas las implicaciones de salud, así como las demográficas y sociales (Stern, 1995b).

Wetti (1992) concuerda con Stern en la idea de la importancia del contexto en que se desarrollan los estudios, y afirma, aunque sin especificar ningún sector, que en una sociedad que ofrece un número limitado de opciones reales de desarrollo para la mujer, en cuanto a su educación y participación en la economía, habrá un número importante de adolescentes que para justificar su existencia asuman el rol de esposas o madres desde edades tempranas.

Pero, ¿cuál es el escenario en el que suceden estos eventos?

Los datos más recientes, publicados por el Instituto Alan Guttmacher (1998), sobre la población joven a nivel mundial muestran que existen más de un billón de jóvenes, hombres y mujeres, entre los 10 y los 19 años. De éstos, 541 millones son mujeres, de las cuales, 281 millones tienen entre 10 y 14 años, y alrededor de 260 millones de mujeres tienen entre 15 y 19 años.

Junto con este dato, se debe tomar en cuenta que, de acuerdo con la misma fuente, hasta un 60% de los nacimientos de hijas/os concebidas/os por adolescentes en el mundo no son planeados y que, además, una de cada nueve adolescentes carecen de la protección anticonceptiva necesaria para evitar un embarazo no deseado. Otro dato fundamental en esta caracterización mundial de la población adolescente es el que se refiere a la educación, la

cual, en la mayoría de los países en desarrollo, una proporción de entre uno y dos tercios de las jóvenes cuentan con una escolaridad menor a los siete años (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

Por otro lado, 11% de las adolescentes a nivel mundial (29 millones), solteras o casadas, son sexualmente activas y no desean tener un/a hijo/a en el corto plazo, sin embargo no cuentan con la protección necesaria para prevenir un embarazo, dado que no utilizan algún método anticonceptivo o porque utilizan métodos poco eficaces.

Se sabe, por reportes a nivel internacional como el Fondo de Población de Naciones Unidas (citado en Elizalde, 1997) y The Alan Guttmacher Institute (1998), que las madres adolescentes corren un riesgo de defunción superior al promedio por causas relacionadas con la maternidad, y sus hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad, puesto que es más probable que adolescentes jóvenes tengan partos prematuros, abortos espontáneos y partos con productos muertos, en relación a mujeres mayores.

Sin embargo, también, hay evidencias que muestran que el uso de métodos anticonceptivos, está aumentando entre las mujeres de 15 a 19 años de edad en América Latina y en el Caribe. Los estudios indican que una mujer joven tiene más probabilidad de utilizar la planificación familiar si está casada, tiene más edad cuando experimenta su primera relación sexual, tiene más educación, vive en un marco urbano y ha recibido educación sexual (Hirsch, 1990; Jagdeo, 1985). Estos datos plantean la necesidad de abordar de manera integral este problema de salud trascendiendo una perspectiva medica limitada y el enfoque exclusivamente estadístico.

A pesar de estos datos, alrededor de 14 millones de mujeres jóvenes dan a luz cada año en todo el mundo y, del total de nacimientos de madres adolescentes en América Latina y el Caribe, entre un cuarto y la mitad de ellos no son planeados (The Alan Guttmacher Institute, 1998). Un dato que es importante registrar es que, de acuerdo con lo reportado en muchos países del mundo, si bien estos datos corresponden al comportamiento de las y los

adolescentes, se ha llegado a la conclusión de que es posible observar muchas de estas conductas en adultos.

Ahora bien, tomando en consideración las peculiaridades de los contextos específicos, debemos considerar que, en México, el 22% de la población total del país está conformado por adolescentes cuyas edades están entre los 10 y los 19 años de edad, lo que en términos numéricos hace un total de 20 millones 853, 400 jóvenes en ese rango de edad (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

Estudios anteriores mostraban que las y los jóvenes en México inician su vida sexual a edades tempranas, los varones a los 15 años en promedio, y las mujeres alrededor de los 17, así aproximadamente el 56% de las jóvenes mexicanas son sexualmente activas antes de los 20 años de edad (Agüero, 1994). Acudiendo de nueva cuenta al reporte del Instituto Alan Guttmacher (1998), hoy sabemos adicionalmente que el 46% de las mujeres entre los 20 y los 24 años iniciaron su vida sexual antes de los 20 años; en lo que respecta a la Ciudad de México, una encuesta realizada por el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA dio como resultado un promedio de edad de 16.4 años de edad para las y los participantes cuya edad era de entre 15 y 22 años en el momento del estudio; al comparar la media de edad de este grupo con los del resto de las personas que participaron en el estudio, en relación a la primera relación sexual (entendida como relaciones sexuales coitales), se encontró una diferencia de hasta un año entre dichos grupos (Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA -CONASIDA-, 1994).

Siguiendo la tendencia mundial descrita en los párrafos anteriores, en México los métodos anticonceptivos utilizados con mayor frecuencia entre las y los jóvenes de estas edades (menores a los 20 años) son el coito interrumpido (63.2%), y el ritmo (38.9%); los menos efectivos (Sumano-Avendaño, Chartt-León y Angeles-Reyes, 1984 y García, Bravo, Mondragón, et al., 1981, citados en García Baltazar y cols., 1993) o que el 40% del total de mujeres mayores de 20 años ha tenido ya a su primer hijo antes de esta edad y, aunque no se puede hablar de una tendencia definida entre diferentes generaciones de mujeres, los

porcentajes de madres adolescentes fluctúan entre un máximo de 45.2% a un mínimo de 34.9% entre las mujeres de 20 a 24 años de edad (ENFES, 1987 citada en Welti, 1992).

Un dato más reportado en el estudio del CONASIDA mencionado arriba es el de la edad promedio a la que las y los encuestados dijeron haber utilizado alguna protección para prevenir el embarazo, que en el grupo que tenía entre 15 y 22 años al momento de ser aplicada la encuesta, fue de 17.2 años, mientras que en las personas de 43 años o más el promedio fue de 27.4 años. Todos estos datos son relativos a la Ciudad de México (CONASIDA, 1994):

Considerando que un embarazo no planeado puede ser una experiencia emocionalmente clave para cualquier mujer, y que en el caso de las adolescentes puede ser atemorizante, dado que no están preparadas para criar un hijo o una hija, muchas mujeres jóvenes pueden elegir terminar con ese embarazo practicándose un aborto (The Alan Guttmacher Institute, 1998). Como sabemos, en una cantidad importante de países el aborto está condenado legalmente, por lo que las jóvenes, especialmente las de escasos recursos, acuden a personas que realizan esta práctica en forma clandestina y en condiciones de higiene precarias, lo que puede tener como consecuencia final la muerte de la madre. Así, se estima que en México se practican 13 abortos por cada 1, 000 mujeres entre los 15 y los 19 años; como complemento a esta información se puede decir que, otras fuentes calculan que el 40% de los abortos en México ocurren entre mujeres adolescentes (Agüero, 1994). Esto se debe, como ya se dijo antes, entre otros motivos, a que muchos embarazos no son intencionados.

Stern (1994) afirma que las mujeres que se embarazan en edades tempranas generalmente concibieron antes del matrimonio, si no se opta por un aborto, y también sostiene que a menudo el motivo para la unión conyugal es legalizar el nacimiento de un hijo. A este respecto, un estudio muestra que entre el 22 y el 63 por ciento de los primeros hijos entre mujeres adultas son concebidos antes del matrimonio (Yinger, Sherbinin, Ochoa, Morris, Hirsch y Rojas, 1992). En América Latina y el Caribe por ejemplo, entre el 12% y el 28% de

las mujeres jóvenes, dan a luz por primera vez antes de los 18 años (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

De hecho las estadísticas revelan que en Latinoamérica los adolescentes de menor nivel educativo tienden a uniones más tempranas (66% contra un 29% en mujeres con un nivel más elevado), su tasa de fecundidad es diez veces mayor y sólo un 8% de las sexualmente activas se cuida de manera efectiva (Singh y Wulf, 1990). Los estudios más recientes parecen confirmar ese dato, pues de acuerdo con el reporte del Instituto Alan Guttmacher (1998), si una mujer joven -en México- tiene menos de 7 años de escolaridad, tiene también 3 veces más probabilidades de casarse o vivir en unión libre a los 18 años; esto se traduce en un 46% de los casos si se compara a estas jóvenes con el 13% en aquéllas que tuvieron una mejor educación.

Por supuesto, hay que considerar también que en los últimos 20 años hubo un descenso importante de la fecundidad en general, en todos los grupos de edad, aunque según Yinger et al. (1992) en el caso de la fecundidad de las adolescentes ésta ha disminuido en un grado menor (se recomienda ver también el más reciente reporte del Instituto Alan Guttmacher, donde se muestra que las mujeres entre 20 y 24 años tienen apenas un poco menos de probabilidades de tener un bebé durante la adolescencia, en comparación con las mujeres de 40 a 44 años). Este dato se encuentra relacionado con el bajo porcentaje de prácticas preventivas entre la población en México, donde solamente alrededor del 30% de las adolescentes casadas o unidas utilizan algún método anticonceptivo (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

Estos datos nos llevan a plantear de manera general que el embarazo en la adolescencia sí es un problema. En México, en la mayoría de sectores concebir a edades tempranas representa un problema en la medida en que el embarazo no es esperado, que es un evento crucial, y que significa un fuerte cambio en la vida de la joven y su entorno.

Por supuesto, el impacto de la fecundidad adolescente en cada caso va a depender de diversos factores, sin embargo en la actualidad, tiene una influencia a nivel del desarrollo de

las sociedades, dado que su efecto se manifiesta tanto a nivel individual como en el conjunto de la sociedad, de una manera particular, asociado con fenómenos tales como la mortalidad materna, intrauterina e infantil, el inicio y la estabilidad de las uniones conyugales, la estructura y el tamaño de los hogares y el ritmo de crecimiento de la población en lo que a aspectos de salud y aspectos demográficos se refiere y en lo social sobre la condición de la mujer derivada del nivel de escolaridad alcanzado y su participación económica (Welti, 1992).

En muchos países de América Latina y del Caribe, la mayoría de los hijos nacidos de madres adolescentes, nacen precisamente de mujeres jóvenes que no están legalmente casadas, hecho que no resulta muy prometedor para la estabilidad económica y social de estas nuevas familias (Yinger, et al., 1992). Por tal motivo, es importante buscar el retraso tanto de los embarazos como de las uniones tempranas, pues incluso unos pocos años pueden hacer ganar a las adolescentes (y a los varones también, por supuesto) mayores ventajas personales y sociales como pueden ser una mejor educación, el aprendizaje y/o el mejoramiento de habilidades que les permitan acceder a un mejor empleo, o bien el acceso para ellas mismas y sus familias a servicios de salud y otros recursos comunitarios. Otra ventaja que adquieren las mujeres al retrasar una unión en vez de llevarla a cabo durante la adolescencia, es la posibilidad de tener un rol protagonista en la toma de decisiones acerca de cuándo y con quién se unirán, y asimismo tener una mayor influencia sobre los acontecimientos dentro de sus matrimonios y sus familias (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

2.2. Salud y sexualidad en la adolescencia

Los datos demográficos muestran de manera elocuente que el embarazo en la adolescencia es un problema en importantes y vastos sectores de nuestra sociedad y que tiene impacto en diversas áreas; entre éstas, una de las más importantes es la referida a la salud. Se sabe por reportes de diversos países, que las madres adolescentes presentan tasas de defunción superiores al promedio por causas relacionadas con la maternidad, y sus

hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad (Fondo de Población de Naciones Unidas, citado en Elizalde, 1997).

Además, el embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo de salud, por la etapa de la vida en la que ocurre y por las condiciones físicas, afectivas, sociales, económicas y de desarrollo personal en que se encuentran amplios sectores de jóvenes de ambos sexos (Atkin, Ehrenfeld y Pick, 1996).

Estos problemas derivan, entre otras razones, de una concepción tradicional profundamente desconocedora de la sexualidad adolescente. Sin embargo, en la actualidad existe un interés por comprender los comportamientos sexuales del ser humano en sus diferentes etapas, y el tema de la sexualidad deja de ser un asunto estrictamente privado pasando a ser un tema de preocupación y estudio amplio.

El embarazo en la adolescencia, la transmisión de enfermedades por vía sexual (especialmente el SIDA), el crecimiento poblacional junto con la incapacidad de los países de atender las necesidades básicas de sus habitantes y el movimiento feminista en su lucha por la reivindicación de los derechos de las mujeres, entre estos los derechos sexuales, son algunas de las causas que contribuyeron a éste cambio en la forma de pensar la sexualidad adolescente, e incluso a la adolescencia misma.

Así como en su momento Freud conmovió a la sociedad de la época al hablar de la sexualidad infantil, estudios y movimientos de hace pocas décadas, llaman la atención sobre la existencia y legitimidad de la sexualidad de otros grupos. Podemos mencionar el interés por la sexualidad de la mujer, de los homosexuales, de las lesbianas, de las/los incapacitados; así como de la sexualidad en la tercera edad y en la adolescencia. La incursión en estos temas ha generado una gran polémica al superar la idea de que la única función de la sexualidad es la función reproductiva planteando la sexualidad como una posibilidad de placer, afecto y comunicación.

A estas alturas de la historia, el enfoque reproductivo no pasa de ser una visión estrecha y unilateral mediante la cual la sexualidad es negada, regulada o administrada de

acuerdo a convenciones y tradiciones, que en la actualidad no se sostienen por sí mismas o se encuentran plagadas de contradicciones en una dinámica social compleja.

Según esto la expresión de la sexualidad en la mujer sólo tendría sentido dentro del matrimonio y con la finalidad de procrear. De esta forma, no es socialmente permitido que las jóvenes expresen y desarrollen su sexualidad. Esto es interiorizado y asumido por las propias mujeres, como han mostrado diversos estudios.

Esta distorsión que se produce, respecto de la percepción y manifestación de la sexualidad en jóvenes de ambos sexos, tiene que ver con la doble moral sexual por medio de la cual el joven sí es estimulado, desde muy temprano, a tener actividad sexual, mientras que a las mujeres se las conmina a concebir a la sexualidad sólo en relación con su función reproductiva, y dentro de una unión legal (ver Langer y Tolbert, 1996; también se recomienda The Alan Guttmacher Institute, 1998), como ya se expuso en este mismo documento. De este modo el varón establece una diferenciación entre las mujeres que considera 'sin valor', con las cuales experimenta, y aquellas 'con valor', entre las que se encuentra la que será su esposa. La mujer por su parte se encontrará en la disyuntiva entre sus propios sentimientos y la presión social.

En el fondo de todo esto se encuentra el hecho de que, como plantea Hierro (1995), la única sexualidad reconocida como legítima es la del varón adulto. En consecuencia, la sexualidad en el mundo patriarcal es la sexualidad masculina, y cuando se habla de sexualidad se refiere al ejercicio del deseo masculino.

Alvarez-Gayou (1997) en Conferencia sobre Preferencias Sexuales concuerda con la afirmación de Hierro, pero añade un elemento más, dice que aunque la única sexualidad reconocida como legítima es la del varón adulto, ésta no es necesariamente satisfactoria o completa porque en la construcción de la masculinidad la sexualidad no incorpora los aspectos afectivos de ternura y comunicación íntima que lo enriquecen, sino que tiene que ver más con un placer que se asocia al ejercicio del poder en la pareja.

Así, podemos ver que socialmente se espera un tipo de comportamiento sexual según el género, la edad e incluso el nivel social, pues se establecen necesidades de satisfacción diferentes para cada segmento, basadas en prejuicios y en un desconocimiento de los sentimientos reales y las preferencias de mujeres y hombres en sus diferentes etapas de desarrollo. Esto es, se reconoce la sexualidad del hombre y no se acepta la sexualidad de la mujer, la de homosexuales, lesbianas la de las personas de tercera edad y la de las y los adolescentes.

En el caso de la sexualidad de la mujer, el reconocimiento del género como creación social independiente del sexo biológico es un elemento importante en la superación de la visión estrecha de la que ya se habló en este mismo documento. Respecto de la sexualidad en la adolescencia, tema de nuestro interés, es menos lo que se ha avanzado. Por ejemplo, hace falta obtener información a profundidad sobre la vida sexual y reproductiva de los varones; asimismo, es importante estudiar el rol del varón en la toma de decisiones sexuales y reproductivas, pues hasta ahora, este tipo de investigaciones han dado prioridad a la condición de las mujeres, como si únicamente de ellas dependiera el fenómeno sexual y reproductivo, o como si ellas fueran las únicas involucradas en eventos tales como el embarazo adolescente.

Una cuestión que es importante tomar en consideración para superar tal visión unilateral de la sexualidad, ha sido precisamente la distinción entre composición genética, anatómica y de función reproductiva. En ese sentido, el género es la semántica que la cultura impone y elabora sobre la materia prima biológica, para crear las identidades que se consideren apropiadas para alcanzar los fines que persigue la cultura patriarcal, para cada sexo, ciclo biológico, nivel sociocultural, etnia y cualquier otra variable (Hierro, 1995).

En este contexto, sexualidad en la adolescencia no es vista como una manifestación natural del desarrollo sino como una amenaza, un peligro. La sexualidad en esta etapa de la vida puede ser considerada por un lado, como una fuerza ciega que pierde encanto si se habla de ella y, por otro lado como un tema que se debe ocultar por vergüenza e ignorancia. Estas ideas impiden se prepare a las/los jóvenes en la capacidad de decidir y ser

responsables de sus actos en lo que se refiere a su sexualidad. Por el contrario lo que se hace es generar curiosidad y expectativas que no corresponden a la realidad, que distorsionan la sexualidad añadiéndole el atractivo que ejerce lo prohibido y misterioso. Es por esta razón que las fuentes más frecuentes de las/os adolescentes son las informales: las/os amigas/os, y a través de la experiencia al iniciar su vida sexual activa. Con la familia por otra parte, se perciben dificultades para plantear sus dudas e inquietudes relacionadas con la sexualidad, y en algunos casos se considera a los padres una fuente poco confiable para tratar esos temas, al mismo tiempo que se les percibe ajenos o poco interesados en las inquietudes y deseos propios de la adolescencia (Aldaz y Pick, 1996; Pick y Álvarez, 1996).

Otro motivo para no hablar con los padres es que perciben en ellos reacciones de miedo, rechazo e inseguridad ante la posibilidad de que las hijas hablen de sexualidad. Las adolescentes mencionan con frecuencia que sus primeras experiencias de comunicación sobre sexualidad dentro de la familia fue con la aparición de la menarca, momento en que las madres transmiten la idea de que este hecho implica fundamentalmente la posibilidad de embarazo (Aldaz y Pick, 1996; Pick y Álvarez, 1996).

Aunado a esto, un argumento que frecuentemente usan los adultos para no tratar el tema con los jóvenes es el de no despertarles inquietudes que, desde la perspectiva adulta, no tienen. Como veremos, esta creencia no tiene ningún fundamento pues diversos estudios han mostrado que cuando se da información y se educa a las/os jóvenes retrasan la edad de su inicio de relaciones sexuales (Pick de Weiss, Andrade-Palos, Townsend, y Givaudan, 1994).

Por supuesto, existen otras formas de evitar un diálogo sincero y educativo con jóvenes de ambos sexos, éstas son las propuestas que desde un discurso moral sesgado, proponen la abstinencia como única posibilidad de expresión de la sexualidad, apelando a las buenas costumbres. Cuando de manera simultánea, la presión de los pares y de los medios de comunicación estimula de manera exacerbada la sexualidad en la adolescencia, los padres evitan el tema y los maestros en el mejor de los casos les enseñan la anatomía y fisiología de la reproducción y les presentan las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.

Las dudas más sentidas, las sensaciones eróticas, los sentimientos ambivalentes respecto de sí mismo no tienen un espacio de contención, elaboración y comprensión. Es importante, pues, ver la sexualidad desde una perspectiva de desarrollo y expresión humana y no desde los temores de la gente adulta.

En el caso específico de México, se ha comprobado la necesidad de incluir en los programas educativos aspectos tales como la autoestima, los valores, la toma de decisiones responsables, la comunicación, los roles de género, además de la sexualidad y el sistema sexual-reproductivo (Pick de Weiss, Andrade-Palos, Townsend y Givaudan, 1994) que es, como ya vimos, lo que tradicionalmente se enseña a las/os jóvenes en las instituciones de educación formal, en el mejor de los casos.

Una actitud más respetuosa respecto de la/el adolescente y un nueva concepción más libre, natural y responsable de su sexualidad y de sus vivencias respecto de la vida evitaría los embarazos no deseados y la adquisición de ETS's con sus riesgos para la salud. Sin embargo, no sólo se debe atender los problemas de salud en materia de reproducción e infecciones sexualmente transmisibles sino que se debe promover la salud sexual, entendida como aquel cuidado de la salud encaminado al desarrollo de la vida y de las relaciones personales.

La salud sexual, también se entiende como la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, que no incluye como obligatoria la procreación, porque en esencia la sexualidad se desarrolla en la comunicación, la convivencia y el amor entre las personas (Mexfam, 1995).

¿Podemos plantearnos esto para adolescentes hombres y mujeres? ¿O se trata de un ideal de salud, que aún no alcanza ni la población adulta? Las/os adolescentes están aún más lejos de este ideal, porque además no se reconoce su derecho a la salud sexual. En la una conferencia mundial sobre el tema realizada en años recientes, se planteó la idea de que la salud sexual es un derecho humano de las mujeres que incluye su derecho a tener control sobre cuestiones relativas a su sexualidad, además de relaciones igualitarias entre hombres y

mujeres respecto de las relaciones sexuales y la reproducción. La eliminación del problema del embarazo no deseado en la adolescencia está muy vinculado a la eliminación de los estereotipos de género y la superación de la inequidad entre los géneros.

2.3. Riesgo de embarazo no planeado y educación sexual

En 1988, Pick de Weiss, Díaz-Loving, Andrade-Palos y Atkin llevaron a cabo un estudio exploratorio para investigar algunos aspectos de la sexualidad adolescente, utilizando la técnica de grupos de discusión con adolescentes en la Ciudad de México. El objetivo de este estudio fue contar con bases para tratar de entender porqué los programas de educación sexual tradicional no tienen ningún efecto en los patrones de conducta sexual y anticonceptiva de los adolescentes, y determinar cuáles podrían ser las variables que sí tienen efecto.

Para lograr dicho objetivo, se diseñó un estudio descriptivo sobre conocimientos de sexualidad, embarazo y anticoncepción, al mismo tiempo que un estudio correlacional y posteriormente un estudio diagnóstico de las diversas variables relacionadas con los patrones de conducta sexual y anticonceptiva en las adolescentes (Pick de Weiss, Andrade y Chávez, 1988). En el estudio correlacional se encontró que existe una relación positiva entre la presencia de embarazos en la adolescencia y el hecho de que se haya presentado el mismo patrón en varios miembros de la familia durante la adolescencia.

Asimismo, al aplicar una escala de asertividad a un grupo de adolescentes embarazadas en la Ciudad de México en un estudio longitudinal durante dos años, en intervalos de seis meses, se encontró que la asertividad era alta cuando las adolescentes estaban embarazadas, después del nacimiento sufría una disminución, y volvía a incrementarse en aquellas que se volvían a embarazar (Pick de Weiss, Díaz-Loving, Andrade-Palos y Atkin, 1988). Como parte de esta investigación, también se efectuó un estudio diagnóstico para identificar algunas de las variables predictoras de que las adolescentes tuvieran o no relaciones sexuales, de que se embarazaran o no en esa edad, y de que usaran anticonceptivos o no. De acuerdo a los resultados obtenidos, los

determinantes de que las jóvenes no se embaracen durante la adolescencia son: la aceptación de las normas socioculturales y parentales, las aspiraciones escolares, el haber hablado con amigas de sexualidad, tener conocimientos sobre anticonceptivos, las perspectivas a futuro, etc. (Pick de Weiss, Atkin, Gribble y Andrade, 1991).

La información acerca de la sexualidad ha sido comunicada a los jóvenes principalmente por cuatro vías: los medios masivos y materiales impresos, maestros, compañeros y miembros de la familia. Sin embargo, los esfuerzos dirigidos a los adolescentes para prevenir no solamente embarazos tempranos y no deseados, sino también ETS y SIDA han tendido a utilizar los primeros tres canales para difundir los programas de intervención. En el caso de las escuelas, éstas son espacios privilegiados para la educación y la prevención, pues es allí donde los programas de educación sexual tienen el potencial suficiente para alcanzar grandes números de jóvenes, especialmente cuando los programas tienen un carácter oficial y una cobertura nacional.

Los núcleos familiares podrían ser otro canal de gran alcance, sin embargo, se ha puesto poca atención sobre la comunicación intergeneracional dentro de la familia como otra aproximación para llegar hasta las/os jóvenes. Para explorar la comunicación intergeneracional entre los adolescentes y sus padres y entender las experiencias de varones y mujeres y compararlas, Givaudan, Pick, Álvarez-Izazaga y Collado (1994) llevaron a cabo un estudio en una escuela de la Ciudad de México. Esta investigación tuvo como objetivo describir la fuente, el contenido, la frecuencia y el método de comunicación sobre sexualidad reproducción, anticoncepción y SIDA que existe entre los padres y los adolescentes mujeres y varones desde la perspectiva tanto de los adolescentes como la de los padres. Asimismo, se trató de determinar los factores que facilitan e inhiben dicha comunicación desde ambas perspectivas.

Se eligió a 100 estudiantes de tercero de secundaria de una escuela pública del D.F. (de los cuales se entrevistó a 99) y a sus padres y se empleó un cuestionario para obtener la información. Los resultados mostraron que, en general, los adolescentes (hijos e hijas) consideraban tener una mayor frecuencia de comunicación con sus madres que con sus

padres, y además la comunicación con el padre era menor desde la perspectiva de los hijos y las hijas; el tema que hablaban más con sus padres era el SIDA, y consideraban que la información era específica.

Un dato que llama la atención en este trabajo es que, la mayoría de las hijas e hijos que percibían una "buena" o "muy buena" calidad de la comunicación tenían madres menores de 40 años que se dedicaban al hogar. La mayoría de las hijas consideraba tener una "mala" comunicación con sus padres, en tanto que el 50% de los hijos calificaban la comunicación con sus padres como "buena" y el otro 50% como "mala". El mayor obstáculo para la comunicación reportado por las/os adolescentes fue la falta de confianza y la dificultad para iniciar una conversación (64%), seguido por la falta de tiempo (46%), y la dificultad para llegar a un acuerdo.

Los datos obtenidos en el estudio mostraron que existía suficiente interés por parte de los adolescentes para comunicarse con sus madres y padres y por recibir, a través de ellos, información respecto a la sexualidad, sin embargo, la brecha generacional existente dificultaba esta labor. Otro hallazgo fue la observación de diferencias en los estilos de comunicación de acuerdo al género de los padres, pues mientras las madres hablaban más con sus hijas adolescentes, los padres dijeron hablar menos tanto con hijas como con hijos; parecía existir también una expectativa, de parte de las madres de que el padre hablaría con los hijos varones, por lo que ellas se concentraban más en las mujeres. Una conclusión del estudio, que al mismo tiempo es una hipótesis a desarrollar en futuros trabajos, fue que favorecer una actitud de confianza dentro de la comunicación incrementará la posibilidad de abordar temas que se consideran difíciles dentro de la comunicación intergeneracional (Givaudan, Pick, Álvarez-Izazaga y Collado 1994).

En cuanto al riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia, Ragúz y Bendezú (1996), se plantea un concepto de riesgo sexual y reproductivo en la adolescencia que está definido como los conocimientos, actitudes, conductas y creencias inadecuadas con relación al embarazo y al contagio de ETS/VIH-SIDA. Dicho estudio plantea un modelo predictivo de riesgo y protección sexual y reproductiva en las/os adolescentes, determinado a partir de las

interacciones de variables socio-demográficas y psicosociales, para adolescentes de bajo nivel socio-económico. Se analizaron conocimientos, actitudes, creencias y conductas sobre sexualidad y salud, en relación con creencia, autopercepción y nociones de género, razonamiento moral sobre situaciones sexuales, soporte social en situaciones de embarazo; rasgos de personalidad, autoconcepto, autoestima, asertividad, atribución de causalidad, capacidad de planeamiento de vida, fuentes de influencia en la vida sexual, valores y metas de vida.

Así, se encontró que entre los predictores psicosociales de alto riesgo más frecuentes para un embarazo no deseado en la adolescencia, están el no considerar la salud como valor prioritario, un razonamiento moral inadecuado en torno a las relaciones sexuales, fuerte tradicionalismo en las creencias respecto de la mujer y falta de soporte social en situaciones de riesgo.

Entre las conductas sexuales de mayor riesgo están, el inicio sexual antes de los 17 años, que fue deseado, no planeado (y del cual se arrepiente la mayoría de las mujeres investigadas), con algunos casos de embarazo, aborto y violaciones sexuales en mujeres y varones en la iniciación sexual, así como importantes niveles de desprotección anticonceptiva y sexual inicial y actual.

En el presente estudio el concepto está limitado al riesgo de embarazo el cual entendemos como el embarazo que ocurre en la adolescencia en cualquiera de las siguientes modalidades o sus combinaciones: no premeditado, no esperado, no planificado, no deseado. Se trata de la posibilidad de embarazarse por falta de información, por creencias, actitudes o conductas que conducen a esta situación y que se constituyen en un problema para la vida de las/os adolescentes.

Este riesgo se da, desde que existen adolescentes con una vida sexual activa y una insuficiente o nula educación sexual, donde los más chicos y las mujeres están aún más desfavorecidos. En una investigación realizada por el DIF (1994) con una muestra total de 48, 910 adolescentes de todo el país, en la que se incluyó a los que asisten a escuelas oficiales,

escuelas privadas y aquellos que no asisten a la escuela se encontró que, existiendo en general una buena comunicación positiva con la familia, los jóvenes especialmente varones, que tienen vida sexual activa perciben una menor protección social de su entorno.

Los adolescentes reciben educación sexual tan sólo a veces y los que menos reciben son los de 12 a 14 años. Si se analiza por sexo, las mujeres reciben menos educación sexual que los hombres. Eso sin duda está asociado con la doble moral fincada en los estereotipos de género femeninos y masculinos. De acuerdo con este estudio, las relaciones con la familia son casi siempre positivas, siendo un poco menos entre los adolescentes de 15 a 20 años y en menor grado en los varones. Los jóvenes que iniciaron su vida sexual casi siempre establecen relaciones positivas con su familia, pero perciben una menor protección social de su entorno que los que no tienen vida sexual activa (Rivera, Reidl y Ortega, 1994; Camarena Córdova, s/f).

La educación parece ser un concepto clave en ese sentido, y su relación estrecha con la sexualidad tiene un impacto directo en la vida de las mujeres jóvenes. Al mismo tiempo, se constituye en herramienta privilegiada para prevenir embarazos no deseados, o contagios, e incluso conductas de riesgo, aunque una labor de este tipo requeriría la acción conjunta de los distintos agentes socializadores (y al mismo tiempo transmisores de estereotipos y de mensajes negativos): la familia, la escuela y los medios masivos de comunicación. Por ejemplo, se sabe que la probabilidad de que una mujer joven tenga hijos se ve directamente afectada por el hecho de si está casada o ha tenido experiencia sexual antes del matrimonio (Yinger, et al., 1992), y al mismo tiempo las relaciones sexuales en la adolescencia parecen tener una relación muy estrecha con la escolaridad.

También, hay evidencias que muestran que el uso de la anticoncepción está aumentando en las mujeres de 15 a 19 años de edad en América Latina y el Caribe. Los estudios indican que una mujer joven tiene más posibilidad de usar la anticoncepción si está casada, tiene más edad cuando experimenta su primera relación sexual, tiene más

educación, viven en un marco urbano y ha recibido educación sexual (Hirsch, 1990; Jagdeo, 1985; The Alan Guttmacher Institute, 1998).

La educación favorece las posibilidades de las y los jóvenes ayudándoles a aprender cómo organizar sus propias vidas y buscar buenas oportunidades de trabajo. Por lo general, las mujeres con una educación inferior a la de la escuela primaria tienen más probabilidad de casarse y convertirse en personas sexualmente activas antes de cumplir los 20 años (Singh y Wulf, 1990; Wulf y Singh, 1991). También tienden a tener más hijos tanto durante su adolescencia como durante su vida reproductiva

En América Latina y el Caribe, las adolescentes con alguna educación secundaria tienen una tercera parte de la probabilidad de tener un hijo que las que han recibido menos educación. En el curso de sus vidas, las mujeres con más educación tienen un promedio de tres a cuatro hijos, mientras que las que tienen menos educación tienen un promedio de seis a siete hijos (Singh y Wulf, 1990).

Sobre la educación sexual en México existen trabajos al nivel de los estados: Entre 1994 y 1995, Bautista Castro, (1996) llevó a cabo en la ciudad de Tijuana, B.C., un estudio longitudinal, prospectivo, comparativo, y de intervención, entre alumnos voluntarios del primer semestre del ciclo escolar que iniciaba en septiembre de 1994, pertenecientes a tres escuelas de nivel medio superior. Esta intervención permitió a la autora probar que el proporcionar un curso de educación sexual y planificación familiar aumenta los conocimientos de los y las jóvenes sobre cuestiones relacionadas con la salud reproductiva, los embarazos no deseados, y ETS.

Otro estudio, realizado en el estado de Chihuahua por Suárez y cols. (s/año) tuvo la finalidad de hacer un análisis de los problemas relacionados con el embarazo a edades temprana, mediante la revisión de los casos de mujeres entre 12 y 19 años que fueron atendidas en el hospital de la mujer, durante un período de 10 años (1981 a 1990), y sustentar haciendo uso de los resultados, la importancia que tienen los programas comunitarios de información, educación, capacitación y servicios enfocados a la población

púber y adolescente. Los autores muestran que están sucediendo cambios en las actitudes y en las conductas de las mujeres de este grupo de edad que fueron estudiadas, tendiendo hacia la adopción de actitudes más favorables hacia el cuidado de la salud, como resultado del impacto de variables tales como la educación, el tener una actividad laboral, y el acceso a programas comunitarios, entre otros.

Por supuesto, en México también están los trabajos desarrollados por Susan Pick, entre otros, en los que se ha tratado de probar la eficacia de un modelo de educación para la salud y la vida familiar en distintos niveles e involucrando no solamente a los actores, en este caso las/os adolescentes, sino también a los padres, a los maestros, e incluso utilizando grupos de pares como diseminadores de información acerca de sexualidad y otros temas relacionados (Givaudan, Saldívar-Garduño, Ramón, Martínez y Pick, 1995), como es el caso del SIDA y otras ETS. No debemos olvidar tampoco los esfuerzos de autores tales como Lucille Atkin, Rolando Díaz-Loving, Kathryn Tolbert, Noemí Ehrenfeld, Claudio Stern, y Carlos Welti por mencionar sólo algunos, quienes desde distintos enfoques han abordado el estudio de tan complejo tema.

De acuerdo con Grossman (1990), existe cada vez un mayor consenso sobre la necesidad de que los programas de educación para la salud, en este caso los relacionados con la educación sexual, deben ayudar a los individuos a desarrollar la confianza en sí mismos y la habilidad para tomar decisiones responsables, tendientes a mejorar su calidad de vida sin depender de la intervención de un experto.

La educación sexual no es una tarea meramente informativa, se trata de un trabajo formativo mediante el cual se pueda incidir en actitudes y conductas, brindando además un ambiente de desarrollo y libertad a las/os jóvenes. Rodríguez (1994), sostiene que las jóvenes y los jóvenes están enfrentando además un conjunto de dilemas para expresar su sexualidad, para confirmar una identidad masculina o femenina dentro de un plan de vida, para hacer congruentes los valores heredados y los nuevos, para articular el erotismo con sus

deseos de maternidad y paternidad. Estos aspectos deben ser contemplados en la tarea educativa.

Existe un reconocimiento de la necesidad de la educación sexual para permitir a varones y mujeres un ejercicio responsable de su sexualidad que les permita el autocuidado de su salud y su vida. Una educación que promueva relaciones de género equitativas, que elimine la posibilidad de cualquier tipo de abuso y violencia sexual.

En la Conferencia Internacional de Población de la ciudad de México realizada en 1984, se hizo hincapié en la necesidad de una educación en la vida familiar y en materia de sexualidad. Esta misma ha sido ratificada en otras conferencias mundiales, como la *Conferencia sobre la Mujer en Nairobi, 1985*; la *Convención de los Derechos del Niño en 1989* y la *Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos en 1993*. Existe pues un consenso sobre ésta necesidad. Lo que queda es asumir la tarea educativa, haciéndose cargo de su complejidad y avanzando en la investigación con el fin de mejorar las intervenciones.

Camarena Córdova (s/f) considera que la conducta sexual responsable, así como la sensibilidad y la equidad de las relaciones de género, son más efectivas cuando se inculcan en los años formativos. Por otro lado, se precisa de una educación no sexista, que elimine los estereotipos de género en los materiales educativos y medios de comunicación, de modo que se superen las inequidades y las mujeres tengan mejores oportunidades de trabajo y estudio. Esto eliminaría actitudes y conductas que en la actualidad ponen en riesgo la salud, la vida y la felicidad de las adolescentes y los adolescentes.

Para lograrlo, los países tienen que reconocer la necesidad y el valor de la educación de las mujeres jóvenes, aunque muchos de ellos aún no desean un cambio de tal magnitud, o bien no cuentan con los recursos necesarios para proporcionar una educación igualitaria a las y los jóvenes (The Alan Guttmacher Institute, 1998). Sin embargo, esta es una de las prioridades en materia de salud y educación en el ámbito mundial de cara al próximo siglo y al próximo milenio.

CAPÍTULO TERCERO

MÉTODO

3.1. Planteamiento y justificación del problema

El interés por investigar los factores que se asocian al embarazo no deseado en la adolescencia, se debe a la magnitud y los efectos del problema en los países de América Latina y especialmente en la vida de miles de mujeres jóvenes (Fondo de Población de las Naciones Unidas, citado en Elizalde, 1997; The Alan Guttmacher Institute, 1998). Un factor no suficientemente explorado en relación con el hecho del embarazo no deseado en la adolescencia es el de los estereotipos de género. El presente estudio se plantea conocer cómo los estereotipos de género pueden intervenir en la explicación de la ocurrencia de un embarazo no planeado en la adolescencia.

Interesa a este estudio conocer si existe una relación entre los estereotipos y el riesgo de embarazo en la adolescencia. La pregunta en esta investigación queda formulada de la siguiente manera:

¿Que relación existe relación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia?.

Argumentan a favor de este planteamiento los estudios previos acerca los estereotipos de género y su influencia en algunos aspectos de la conducta de varones y mujeres. Los roles de género se relacionan con la autoestima (Burnett et al.,1995; Jackson et al.,1994); se relacionan con la salud mental (Lara ,1991; Burín, 1980); se relacionan con la percepción de desempeño (Rose y Montemayor, 1994).

En el presente estudio se considerarán estereotipos de género a un conjunto de creencias, actitudes y conductas tradicionales que se esperan para el varón y la mujer. Como

ejemplo mencionaremos el mismo que cita Lara Cantú (1994): se espera que el hombre sea mejor proveedor que la mujer y la mujer mejor cuidadora y educadora de los hijos que el varón. Estos estereotipos limitan el desarrollo (Bustos 1994) y no permiten el despliegue de las múltiples capacidades que varones y mujeres poseen para su desempeño en la vida. Además, la realidad rebasa con múltiples ejemplos la expectativa tradicional. En sectores de mayor pobreza las mujeres juegan un papel innegable e imprescindible como proveedoras.

El riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia está dado por el peligro de que ocurra una situación de embarazo no esperado y sea perjudicial para la persona. Existen diversas condiciones sociales como la pobreza, bajos niveles educativos, la falta de educación sexual, la dificultad de acceso a los anticonceptivos, que se asocian con el riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia. Los informes de los últimos años de los Consejos de Población de distintos países latinoamericanos, así como los informes de los últimos años de la Organización Mundial de la Salud dan cuenta de este hecho. No se encuentra una definición unívoca con respecto del riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia, sin embargo hay un cierto consenso en el uso del término, en tanto se relaciona con las situaciones que colocan a la persona frente al peligro de tener un embarazo no planeado en la adolescencia. En este estudio se considerará riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia a las creencias, actitudes e intenciones Ragúz y Bendezú (1996), asociadas al embarazo no deseado en esta etapa de la vida. Hay que destacar que muchas de estas creencias, actitudes e intenciones están referidas o vinculadas a los estereotipos de género.

Retomando entonces, planteamos que un factor importante que interviene en el riesgo de embarazo en la adolescencia puede ser el de los estereotipos de género, de modo que conocer la relación entre la masculinidad y femineidad en adolescentes mujeres y varones, con el riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia permitiría actuar de manera preventiva desde la psicología y la educación en la búsqueda de una solución para dicha problemática.

3.2. Las hipótesis

Hipótesis conceptual

Los estereotipos de género pueden predecir actitudes y conductas en hombres y mujeres que pueden ser más o menos adecuadas: la masculinidad y la androginia predicen mayor autoestima (Mullis y Mc Kinley , 1989); dependencia y poca autonomía (características consideradas femeninas) predicen mayor tendencia a tener actividad sexual no deseada (Kalof,(1995); actitudes deseables masculinas y femeninas (Lara ,1991); se asocian con mejor salud mental; mayor autoestima y actitudes más positivas hacia la escuela; están asociadas con menores posibilidades de embarazo en la adolescencia (Plotnick y Butler, 1991). Por otro lado la concepción de invulnerabilidad frente al embarazo por parte de los jóvenes se asocia al riesgo de embarazo no deseado (Van del Pligt, y Richard, 1994); creencias, actitudes y conductas inadecuadas respecto de la sexualidad se asocian con el riesgo de embarazo y ETS (Ragúz y Bendezú, 1996).

Es en esta discusión teórica donde se ubica nuestro estudio para aportar precisión de conceptos y el conocimiento de la relación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

Hipótesis de Trabajo

- 1) Existe una correlación significativa entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.
- 2) Las mujeres están en mayor riesgo que los hombres de que les ocurra un embarazo en la adolescencia, que los varones puedan embarazar en la adolescencia.

- 3) Las/los más jóvenes, dentro de la etapa de la adolescencia, están en mayor riesgo de que les ocurra un embarazo o de embarazar en comparación con los mayores.

Hipótesis Nulas

- 1) No existe correlación significativa entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo en la adolescencia.
- 2) No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto al riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia dentro de la etapa de adolescencia.
- 3) No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo de embarazo en la adolescencia respecto de la edad.

3.3. Las variables

Definición Conceptual

Estereotipos de Género

Para la definición conceptual de la variable estereotipo de género nos basaremos en la definición propuesta por Lara Cantú (1991). Esta autora plantea que los estereotipos de género se refieren a las creencias, expectativas y atribuciones sobre cómo es y cómo se presenta cada sexo. Los comportamientos asociados al género son la manifestación conjunta de los papeles y los estereotipos con otros rasgos de la personalidad, las habilidades, las percepciones y creencias sobre uno mismo como varón o mujer.

Riesgo de Embarazo

Para la definición conceptual de la variable riesgo de embarazo haremos algunas precisiones con base en la definición propuesta por Ragúz y Bendezú (1996) sobre riesgo sexual y reproductivo en la adolescencia, la misma que se refiere a los conocimientos, actitudes, creencias y conductas inadecuados con relación al embarazo y el contagio de ETS/VIH-SIDA. En el presente estudio nos remitiremos a los conocimientos, actitudes e intenciones hacia el embarazo en la adolescencia explorando también creencias actitudes e intenciones hacia temas afines como las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, y la maternidad/paternidad en la adolescencia. Estos temas se escogieron a partir de la revisión de la literatura sobre el tema y a partir de trabajo práctico en talleres de sexualidad con adolescentes (Bendezú, 1998).

Definición Operacional

Estereotipos de Género

En el presente estudio se considerara estereotipos de género a la forma como los varones se atribuyen preponderantemente las características consideradas como masculinas y/o machistas y las mujeres se atribuyen preponderantemente las características consideradas femeninas y/o sumisas definidas por Lara Cantú (1991) en el Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE). Dicho inventario consta de cuatro escalas: masculinidad (Masc), femineidad (Fem), machismo (Mach) y sumisión (Sum).

Riesgo de Embarazo

El riesgo de embarazo será considerado como el conjunto de creencias, actitudes e intenciones inadecuadas respecto de las relaciones sexuales, el embarazo, el uso de anticonceptivos y la maternidad y paternidad en la adolescencia. Se medirá con la Escala de Riesgo de Embarazo en la Adolescencia (ERA), elaborada para este estudio. Las creencias, intenciones y actitudes favorables hacia las relaciones sexuales, el embarazo, la maternidad y

la paternidad en la adolescencia y las creencias intenciones y actitudes desfavorables hacia el uso de métodos anticonceptivos nos indicarán un mayor riesgo de embarazo.

3.4. Los sujetos

La muestra consistió en 300 adolescentes de ambos sexos, estudiantes del cuarto y sexto semestres del Colegio de Ciencias y Humanidades (C.C.H.), plantel Sur, una institución de educación media superior (bachillerato) perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Las edades de las y los jóvenes participantes fluctuaron entre los 15 a 20 años, aunque la mayor parte de la población se encuentra entre los 17 y 18 años (73.3%); a este grupo de edad le precedió el grupo de 15 y 16 años (15.3%), encontrándose sólo el 10.3% entre 19 y 20 años.

En lo que se refiere a la división por sexo, la muestra estuvo conformada en un 60% por mujeres y por un 40% de hombres. En cuanto al grado escolar de la población participante, un 76% de la misma se encontraba cursando el sexto semestre y un 24 % al cuarto semestre del bachillerato. La decisión de realizar el estudio en uno de los C.C.H.'s del Distrito Federal obedeció principalmente al hecho de que estos planteles poseen una población de jóvenes que contaban con los criterios requeridos para esta investigación: la población de participantes debía estar conformada por jóvenes urbanos, mujeres y varones, con edades entre los 15 y los 20 años de edad, con un nivel educativo que los uniformara como grupo en cuanto a sus posibilidades de información relativa al tema de la sexualidad.

Se seleccionó un C.C.H. por contar con una población cuyo promedio de edad se encontraba dentro del rango de interés para nuestro estudio, así como adolescentes de ambos sexos. Luego de visitar varios de los C.C.H.'s encontramos que el plantel Sur brindaba las mejores posibilidades para la realización del estudio por haber brindado la autorización correspondiente. El muestreo fue de tipo no probabilístico accidental.

Se seleccionaron algunas secciones de estudiantes del turno matutino, porque en los turnos de tarde y noche las/los adolescentes tienen características diferentes a las deseadas y porque se buscaba obtener la mayor homogeneidad posible en el grupo.

3.5. Diseño del estudio

Se trata de un estudio de tipo correlacional, porque interesa encontrar una relación estadísticamente significativa entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo en la adolescencia.

Para conocer las diferencias por sexo en cuanto a estereotipos de género y riesgo de embarazo en la adolescencia, se trabajó con dos muestras independientes, una de mujeres y otra de hombres para cada uno de los factores de los estereotipos de género y cada uno de los factores de riesgo de embarazo.

3.6. Los Instrumentos

a) Inventario de Masculinidad-Femineidad (IMAFE)

Para la exploración de la variable estereotipos de género se utilizó el Inventario de Masculinidad y Femineidad IMAFE (anexo 1) desarrollado por Lara Cantú en 1991, con la finalidad de evaluar los estereotipos en adolescentes de ambos sexos. Dicho inventario consta de cuatro escalas: masculinidad (Masc), femineidad (Fem), machismo (Mach) y sumisión (Sum) cada una con 15 reactivos (en total 60) con coeficientes de confiabilidad en un rango de 0.74 a 0.92. El instrumento está basado en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos de la cultura mexicana

Dado que el IMAFE se había aplicado solamente a personas mayores de 17 años no se tenían datos de su validez ni confiabilidad con personas menores a esa edad, por eso ha sido

necesario hacer pruebas tanto en validez y confiabilidad para la población adolescente del presente estudio. La validez se midió a partir de un Análisis Factorial y la confiabilidad se probó mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach. Los resultados de estas pruebas se presentan en el capítulo cuarto de resultados.

b) Escala de Riesgo de Embarazo en la Adolescencia

Para la exploración de la variable riesgo de embarazo en la adolescencia se elaboró una Escala tipo Lickert de Riesgo de Embarazo en la Adolescencia ERA (anexo 2).

De acuerdo con la definición operacional de nuestra variable establecimos un total inicial de 54 reactivos referidos a creencias, actitudes e intenciones en torno a los temas considerados relevantes para el riesgo de embarazo: relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, embarazo y paternidad/maternidad en la adolescencia. Cada uno de los reactivos presenta un continuo de riesgo/no riesgo que se expresa en la elección de una de las cinco alternativas de respuesta:

- a) totalmente de acuerdo
- b) de acuerdo
- c) ni acuerdo ni desacuerdo
- d) en desacuerdo
- e) totalmente en desacuerdo.

Se adoptaron dos criterios para la selección de cada reactivo, su poder discriminativo en cuanto riesgo/no riesgo (a través de pruebas t por grupos de mayor y menor puntaje), luego de este análisis la ERA quedó con 47 reactivos; y su cohesión y agrupamiento (a través de análisis factoriales, usando el procedimiento de componentes principales, con 200 iteraciones y seguida de rotación varimax), luego de este procedimiento la ERA quedó con 37 reactivos. Por otro lado la confiabilidad se probó mediante la prueba Alpha de Cronbach. Los resultados de estos análisis se presentan en el capítulo cuarto.

3.7. El procedimiento

El IMAFE, la Escala de Riesgo de Embarazo y una ficha de datos demográficos se aplicaron de manera conjunta, a grupos de un promedio de 20 adolescentes, haciendo un total de 300 cuestionarios aplicados. La resolución de las pruebas tomó aproximadamente 30 minutos por grupo. Para homogeneizar las instrucciones se contó con una sola instructora quien decía: "Se les está proporcionando dos cuestionarios. Lean por favor las instrucciones del primero, este cuestionario contiene una relación de palabras que se refieren a características de las personas, utilicen por favor estas palabras para describirse a sí mismos. Esto es a cada palabra podrán ponerle un número entre uno y siete, según creen esa palabra describe su forma de ser. En el segundo cuestionario hay una relación de afirmaciones con cinco posibles respuesta que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, por favor pongan la que exprese mejor su posición; y no olviden de llenar todos sus datos en la ficha".

CAPÍTULO CUARTO

RESULTADOS

El estudio se basó en un **Análisis de Correlación** de los factores de ambos instrumentos y un **Análisis estadístico para calcular las Diferencias** por factor para cada instrumento con las variables de sexo y edad.

Antes de presentar los resultados de dichos análisis, de acuerdo con los objetivos de este estudio, incluiremos en este capítulo el resultado del **Análisis Psicométrico** de los instrumentos utilizados para la recolección de los datos: el **Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE)** y la **Escala de Riesgo de Embarazo en la Adolescencia (ERA)**.

4.1. Análisis Psicométrico del Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE)

VALIDEZ

Con la finalidad de verificar la validez del IMAFE para una población adolescente de 15 a 20 años de edad se realizó un **Análisis Factorial** de componentes principales con 200 iteraciones y con rotación varimax.

En el análisis se seleccionó la opción de cuatro factores con la finalidad de observar el comportamiento de los reactivos de acuerdo a lo estudiado por Lara Cantú al aplicar el IMAFE. Dichos factores presentan un valor propio mayor a 2 y una varianza total acumulada explicada del 34.9 (ver Tabla 1).

TABLA 1
ANÁLISIS FACTORIAL DE COMPONENTES PRINCIPALES

FACTORES	VALORES PROPIOS	% DE VARIANZA EXPLICADA	% DE VARIANZA ACUMULADA
factor 1	7.57588	12.6	12.6
factor 2	6.64684	11.1	23.7
factor 3	4.34228	7.2	30.9
factor 4	2.39287	4.0	34.9

Al analizar la matriz de los factores rotados, se seleccionaron las afirmaciones cuyo peso factorial fue de +/- 0.20 o mayor (ver Tabla 2).

En el primer factor obtuvieron la más alta carga factorial los reactivos que según el IMAFE corresponden a la escala de Machismo. En el segundo factor obtuvieron la más alta carga factorial los reactivos que según el IMAFE corresponden a la escala de femineidad. En el tercer factor obtuvieron la más alta carga factorial los reactivos que según el IMAFE corresponden a la escala de Masculinidad y en el cuarto factor obtuvieron la más alta carga factorial corresponden según el IMAFE a la escala de Sumisión. Fue preciso reubicar algunos reactivos de acuerdo con los planteamientos teóricos del estudio.

TABLA 2
MATRIZ DE ESTRUCTURA FACTORIAL: IMAFE

REACTIVOS/FACTORES	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4
ENÉRGICO	.53298	.06336	.17675	-.04079
DOMINANTE	.64166	.04210	.19429	-.07446
SIMPLISTA	.31949	.05746	.05042	.14023
INDIVIDUALISTA	.41383	-.09978	.07369	.20150
HÁBIL	.48037	.14435	.40204	-.28972
AMBICIOSO	.48461	.03349	.17184	.04781
ARROGANTE	.51355	-.13474	.04823	.20144

AGRESIVO	.60701	-.15222	-.06161	.11574
MALAS PALABRAS	.42223	-.08363	-.16846	.02335
MATERIALISTA	.44798	-.16294	-.10580	.18832
AUTORITARIO	.59077	.03265	.13104	-.03888
ATLÉTICO	.22740	.20262	.05565	-.10639
EGOISTA	.58928	-.21257	-.13748	.35053
RUDO	.61111	-.15433	.00316	.13484
VOZ SUAVE	-.40925	.15523	.26503	.20501
VOZ FUERTE	.65152	-.02954	.00821	-.2441
PERSONALIDAD FUERTE	.52921	.12672	-.30022	.34811
AFECTUOSO	.02909	.76068	.07655	-.02658
CONFIADO	.05766	.26613	.04819	.22573
COMPASIVO	-.01794	.39978	.33240	.16248
COMPENSIVO	-.14213	.40362	.34674	.02410
CONSUELA	-.07126	.52487	.36185	.13085
CARIÑOSO	.01353	.81959	.11210	-.05213
AMIGABLE	.05778	.53257	.22551	-.22221
TIERNO	-.03877	.80515	.11708	.03300
DULCE	-.04863	.78041	.11965	.06573
GUSTAN NIÑOS	-.17726	.46132	.02423	.05386
INCOMPENSIVO	.33110	-.37170	-.04967	.23818
FRÍO	.21430	-.59192	.26969	.08698
MALO	.43501	-.46775	-.05501	.20024
ANALÍTICO	.13980	-.033112	.56090	-.19577
SENSIBLE	-.19269	.40952	.42386	.11784
DECISIONES	.27935	.03345	.49755	-.27097
CARITATIVO	-.09968	.30218	.59280	.15901
DISPUESTO	.27632	.04091	.44905	-.12599
AUTOSUFICIENTE	.09207	-.01171	.52087	-.18186

INDEPENDIENTE	.25998	.03081	.52465	- .13865
COMPETITIVO	.38845	.05940	.38869	-.16254
RACIONAL	-.01040	-.09259	.36864	- .13736
MADURO	.06432	.19565	.36827	- .21565
VALIENTE	.35370	.11015	.43670	- .18390
GENEROSO	-.12193	.39287	.58330	.07784
REFLEXIVO	-.12816	.03685	.53384	- .11787
ESPIRITUAL	.003821	.22473	.37672	.08972
COOPERADOR	.08801	.21747	.61171	.00122
SEGURO	.31266	.05400	.37322	-.43241
CONFORMISTA	.14784	.03615	-.12716	.51281
SUMISO	.09398	.16143	.03464	.50183
INCAPAZ	.04058	.03221	-.03511	.37211
INDECISO	-.04826	.00128	-.17364	.58738
DÉBIL	-.18650	.08865	-.04833	.65276
INSEGURO	-.09528	-.004679	-.15734	.65908
RESIGNADO	.09936	.13945	-.20597	.52559
COBARDE	.08142	.01336	-.22470	.48316
DEPENDIENTE	.11566	.16873	-.09365	.22682
INFLUENCIABLE	.20666	-.04676	.00563	.45309
NO ARRIESGADO	.05347	-.09014	-.03577	.37378
RETRAÍDO	.11147	-.17740	.02335	.37111
TÍMIDO	-.22981	-.21922	.00978	.49398
PASIVO	-.18127	.07039	.26714	.29358

CONFIABILIDAD

Para conocer la confiabilidad del instrumento se realizó un análisis de consistencia interna para cada factor del IMAFE, utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach. La consistencia obtenida por dicho coeficiente fue mayor de 0.70 para los cuatro factores (ver Tabla 3).

En cuánto a los análisis de las medias se observa que las mujeres y varones del total de la muestra presentan una femineidad y masculinidad por sobre el promedio. ya que el factor femineidad presenta una media de 4.73 y el factor masculinidad presenta una media de 4.84; el machismo y la sumisión presentan medias más bajas, el machismo con una media de 3.4 a se acerca al promedio del puntaje y la sumisión con una media de 2.61 se encuentra por debajo de promedio.

TABLA 3
CONFIABILIDAD, CONSISTENCIA INTERNA Y MEDIAS,
OBTENIDAS PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DEL IMAFE

FACTORES	ALPHA	MEDIA
1. Machismo	.7175	3.40
2. Femineidad	.8109	4.73
3. Masculinidad	.8254	4.84
4. Sumisión	.7374	2.61

4.2. Análisis Psicométrico de la Escala de Riesgo de Embarazo no Planeado en la Adolescencia (ERA)

Discriminación de Reactivos

Con la finalidad de observar el poder discriminativo de los reactivos de la ERA se realizó el análisis de la prueba *t* de student entre grupos (de más alto y más bajo puntaje). El criterio de selección de reactivos fue el que tuvieran una significancia al 0.05.

La escala contaba inicialmente con 54 reactivos, después del análisis de la Prueba *t* de student se eliminaron siete reactivos, quedando la Escala de Riesgo de Embarazo en la adolescencia conformada por 47 reactivos (anexo 3).

VALIDEZ

Con la finalidad de probar la validez de consistencia interna de la ERA se realizó un Análisis Factorial de componentes principales de 200 iteraciones y rotación varimax de los 47 reactivos seleccionados. Dicho análisis arrojó ocho factores con un valor propio mayor a 1.15 con una varianza total acumulada explicada del 38.6% después de la rotación (Tabla 4).

TABLA 4
ANÁLISIS FACTORIAL DE COMPONENTES PRINCIPALES.
ESCALA DE RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

FACTORES	VALORES PROPIOS	% DE VARIANZA EXPLICADA	% DE VARIANZA ACUMULADA
FACTOR1	6.10210	11.3	11.3
FACTOR2	4.65282	8.6	19.9
FACTOR3	2.31021	4.3	24.2
FACTOR4	2.06886	3.8	28.0
FACTOR5	1.93370	3.6	31.6
FACTOR6	1.39051	2.6	34.2
FACTOR7	1.28300	2.3	36.5
FACTOR8	1.15615	2.1	38.6

Al analizar la matriz de los factores rotados, se seleccionaron las afirmaciones cuyo peso factorial fue de +/- 0.20 o mayor (ver Tabla 5). Cada factor fue nominado con una frase que sintetizara el contenido de las afirmaciones que lo conformaban, independientemente de que se tratara de creencias, actitudes o intenciones de riesgo. En este análisis se eliminaron 10 reactivos más por no presentar relación con los factores arrojados; de este modo la ERA quedó constituida por un total de 37 reactivos distribuidos en ocho factores (anexo3).

Así en el primero, cuarto, quinto y octavo factores se reunieron los reactivos que se refieren a un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia: Exposición a tener relaciones sexuales de manera inminente, falta de información adecuada, estereotipos de edad y prejuicios sexistas respectivamente.

En el segundo, tercero, sexto y séptimo factores se reunieron los reactivos que se refieren a un menor riesgo de embarazo en la adolescencia: sexualidad responsable, no prejuicios sexistas, no-intención de embarazo y el amor no es suficiente para tener relaciones sexuales.

TABLA 5
MATRIZ DE ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA DE RIESGO DE
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA (ERA)

REACTIVOS/FACTORES	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4	FACTOR5	FACTOR6	FACTOR7	FACTOR8
Aprovecharía toda oportunidad de tener una relación sexual	.70483							
Tendría relaciones sexuales para saber cómo es	.80526							
Es bueno tener relaciones sexuales para sentirse adultos	.41496							
Tendría relaciones sexuales por curiosidad	.80457							
Si se diera la oportunidad yo tendría relaciones sexuales	.78476							

Es posible que tenga relaciones sexuales próximamente	.58969						
Las relaciones sexuales son parte de nuestro desarrollo	.32866						
Sentir confianza en la pareja hace que las relaciones sexuales dejen de ser un problema	.33588						
Si carezco de un anticonceptivo evitaría tener una relación sexual		.48679					
Una mujer que sugiere el uso de condones es confiable		.21612					
Me esperaré a ser adulta(o) para tener un hijo		.41495					
El condón debe usarse en toda relación sexual		.74409					
Usaría condón aunque no se sienta igual		.62056					
En mis relaciones sexuales usaré algún anticonceptivo		.72906					
Es recomendable que los/las adolescentes usen anticonceptivos		.44642					
Cada que tenga una relación sexual usaré condón		.77862					
La hombría difícilmente consiste en embarazar a una muchacha			-.53673				
La realización de la mujer es independiente de la maternidad			.38656				
Es poco recomendable tener relaciones sexuales sólo para sentirse adulta(o)			.33505				
Un embarazo difícilmente hace a la mujer más mujer			.70993				
La mujer que sugiere el uso de condones es poco confiable				.22606			
Evitaría el condón porque se siente diferente				.28823			
Las relaciones de pareja entre adolescentes rara vez incluyen el coito				.72041			
El condón sólo se usa con prostitutas				.58898			
Si uno tiene relaciones sexuales sólo una vez, hay poco riesgo de embarazo				.28585			

El uso de los anticonceptivos es bueno independientemente del estado civil					.40137			
Sólo a los adultos les es permitido el uso de anticonceptivos					.76229			
El uso de anticonceptivos es asunto de la mujer					.79531			
Me disgustaría embarazar o embarazarme próximamente					.73171			
Evitaría un embarazo en esta etapa de mi vida					.45529			
La adolescente está poco preparada para ser madre					.42654			
El amor por sí solo es insuficiente para tener relaciones sexuales							.77048	
Me abstendré de tener relaciones sexuales durante la adolescencia							.27062	
En la adolescencia es posible que suceda un coito en una relación de pareja							.33002	
La mujer se realiza con la maternidad								.38766
El cuerpo de la adolescente está inmaduro para concebir								.37388
La mujer está preparada para ser madre aun siendo adolescente								.68601

CONFIABILIDAD

Para conocer la confiabilidad de la Escala de Riesgo de Embarazo en la Adolescencia se realizó un análisis de consistencia interna de cada uno de los factores de la ERA utilizando el coeficiente de Alpha de Cronbach. Dicho análisis arrojó coeficientes de más de 0.75 para los factores 1(exposición a tener relaciones sexuales de manera inminente) y 2(sexualidad responsable) lo que nos indica su alta consistencia. En segundo lugar se encuentran los coeficientes de los factores 3 (no prejuicios sexistas) y 4 (falta de información adecuada) que fueron mayores que 0.50, en tercer lugar de consistencia se encuentran los factores 5

(estereotipos de edad) y 6 (no-intención de embarazo) con un alpha mayor de 0.45; los factores 7 (el amor no es suficiente para tener relaciones sexuales) y 8 (prejuicios sexistas) son los que arrojan una menor consistencia interna con coeficientes alpha apenas mayores a 0.24 (ver Tabla 6).

En cuanto al análisis de las medias se observa que esta muestra tiende a creer que los anticonceptivos son de uso exclusivo de los adultos con una media de 4.53, sin embargo también hay una preocupación predominante por la sexualidad responsable con una media de 4.138, así como por la no-intención de embarazo con una media de 3.822. Por otro lado los promedios de no prejuicios sexistas 3.708 y prejuicios sexistas 3.662 son similares entre sí. Son relativamente más bajas las medias de: exposición a tener relaciones sexuales de manera inminente con una media de 3.495, el amor no es suficiente para tener relaciones sexuales con una media de 2.477 y la falta de información adecuada con una media de 1.977 que puntúan por debajo de 2.5 que sería la media grupal.

TABLA 6

CONFIABILIDAD, CONSISTENCIA INTERNA, MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR OBTENIDAS PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

FACTORES	ALPHA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
F1:Exposición a tener relaciones sexuales de manera inminente	0.7874	3.495	0.694
F2:Sexualidad responsable	0.7524	4.138	0.571
F3:No prejuicios sexistas	0.5095	3.708	0.845
F4:Falta de información adecuada	0.5186	1.977	0.573
F5:Estereotipos de edad	0.4655	4.453	0.611
F6:No-intención de embarazo	0.4565	3.822	0.9433
F7:El amor no es suficiente para tener relaciones sexuales	0.2479	2.477	0.672
F8:Prejuicios sexistas.	0.2479	3.662	0.741

4.3. Análisis de correlación

Con la finalidad de conocer la asociación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia se realizó un **análisis de correlación** entre cada una de las dimensiones del Inventario de Masculinidad y Femeidad los factores de la Escala de Riesgo de Embarazo en la Adolescencia más consistentes, es decir, con las que tuvieron alphas mayores a 0.70. Así también, se realizaron dos **correlaciones** más, una para el grupo de mujeres y otra para el grupo de hombres con la finalidad de conocer cómo se relacionan los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia para cada grupo.

1.- Análisis de correlación de los estereotipos de género y el riesgo de embarazo en la adolescencia para el total de la muestra:

Al analizar la correlación entre las dimensiones del IMAFE y la ERA (ver Tabla 7) se encontró que a mayor machismo ($r = -0.1898$; $p \leq 0.005$) menor exposición a tener relaciones sexuales de forma inminente y a mayor femineidad ($r = 0.1349$; $p \leq 0.05$) existe mayor exposición a tener relaciones sexuales de manera inminente.

Así también a mayor machismo ($r = 0.1358$; $p \leq 0.05$) mayor responsabilidad respecto del ejercicio de la sexualidad y a mayor masculinidad ($r = 0.1170$; $p \leq 0.05$) mayor responsabilidad respecto del ejercicio de la sexualidad.

TABLA 7
ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE EL IMAFE Y LA ERA
EN EL GRUPO TOTAL.

	MACHISMO	FEMINEIDAD	MASCULINIDAD	SUMISIÓN
Exposición a tener relaciones sexuales	-.1898**	.1349*	.0421	-.0503
Sexualidad responsable	.1358*	.0091	.1170*	.0061

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.005$

2.- Análisis de correlación de los estereotipos de género y el riesgo de embarazo en la adolescencia para el grupo de mujeres:

Al analizar la correlación entre las dimensiones del IMAFE y la ERA para el grupo de mujeres se encontró (ver Tabla 8), que a mayor machismo existe menor exposición a tener relaciones sexuales de forma inminente ($r = -.1366$; $p \leq 0.05$); así también se encontró que a mayor machismo mayor responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad ($r = .2326$; $p \leq 0.005$). Se encontró también que a mayor femineidad mayor exposición a tener relaciones sexuales y que a mayor masculinidad mayor responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad ($r = 0.1685$; $p \leq 0.05$).

TABLA 8
ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE EL IMAFE Y LA ERA
PARA MUJERES

	MACHISMO	FEMINEIDAD	MASCULINIDAD	SUMISIÓN
Exposición a tener relaciones sexuales	-.1366*	.1469*	-.0134	-.0733
Sexualidad responsable	.2326**	-.0790	.1685*	-.0037

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.005$

3.- Análisis de correlación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia para el grupo de hombres: No existe correlación significativa entre los factores del IMAFE y la Escala de Riesgo de Embarazo no deseado en la adolescencia (ver Tabla 9).

TABLA 9
ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE EL IMAFE Y LA ERA
PARA VARONES.

	MACHISMO	FEMINEIDAD	MASCULINIDAD	SUMISIÓN
Exposición a tener relaciones sexuales	-.1165	.0530	.0433	-.1006
Sexualidad responsable	-.0203	.0909	-.0129	-.0239

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.005$

4.4. Análisis de diferencias por sexo y edad

IMAFE: POR SEXO Y POR EDAD

Para conocer si había diferencias por sexo aplicó la prueba **t de student** para dos grupos independientes el de mujeres y el de hombres (ver Tabla 10). En el caso de la edad se utilizó un **análisis de varianza** que reveló que no existen diferencias significativas en cuanto a la edad en ninguno de los factores del IMAFE.

En lo que se refiere a Machismo hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres [$t = -3.02$; $p = 0.003$]. Por otro lado la diferencia de medias nos indica que los varones son significativamente más machistas que las mujeres del grupo ($M = 63.99$ para los varones y $M = 59.56$ para las mujeres).

En lo que se refiere a Femeinidad hay una diferencia significativa entre mujeres y hombres [$t = 3.35$; $p = 0.001$]. Por otro lado la diferencia de medias nos indica que las mujeres son significativamente más femeninas que los varones del grupo ($M = 67.98$ para los varones y $M = 73.02$ para las mujeres).

En cuanto a masculinidad y sumisión no hay diferencias significativas en los hombres y mujeres del grupo.

TABLA 10
ANÁLISIS DE LA PRUEBA T DE STUDENT DEL IMAFE POR SEXO

	HOMBRE	MUJER	T VALUE	SIG	RANGO
MACHISMO	63.69	59.56	-3.02	.003**	18-126
FEMINEIDAD	67.98	73.02	3.35	.001**	15-105
MASCULINIDAD	63.46	62.58	-.64	.524	13-91
SUMISIÓN	38.76	39.75	.84	.399	14-98

**p ≤ 0.005

ERA: POR SEXO Y EDAD

Para conocer si había diferencias por sexo y edad en cada uno de los factores del ERA, se utilizó un análisis de varianza por sexo teniendo como covariable la edad (ver Tabla 11).

En lo que se refiere a tener relaciones sexuales de manera inminente hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres [$F(1,298) = 98.295, p = 0.000$]. Por otro lado la diferencia de medias nos indica que las mujeres están más expuestas que los hombres a tener relaciones sexuales de manera inminente ($M = 3.05$ para los varones y $M = 3.79$ para las mujeres).

La edad influye en la exposición a tener relaciones sexuales de manera inminente [$F(1, 298) = 14.519, p = 0.000$]. Se hizo un análisis de correlación para conocer cómo se comporta la covariable edad con los factores en los que se encontró diferencia significativa. Podemos ver que a menor edad mayor exposición de tener relaciones sexuales de manera inminente ($r = -0.1882, p = 001$).

En lo que se refiere a no-intención de embarazo no existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres; sin embargo sí existen diferencias significativas

respecto de la edad [$F(1, 298) = 17.024, p = 0.000$]. Así encontramos a menor edad mayor intención de embarazo ($r = -0.2322, p = 0.000$).

Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la creencia de que el amor no es suficiente para tener relaciones sexuales [$F(1, 298) = 6.138; p = 0.014$]. Por otro lado la diferencia de medias indican que son las mujeres quienes tienden a pensar que el amor no es suficiente para tener relaciones sexuales ($M = 2.34$ para los varones y $M = 2.57$ para las mujeres).

En cuanto a la covariable edad, podemos ver que ésta influye en la idea de que el amor no es suficiente para tener relaciones sexuales [$F(1, 298) = 4.915; p = 0.27$]. Así podemos ver en análisis de correlaciones que a menor edad se tiende a creer más que el amor no es suficiente para tener relaciones sexuales ($r = -0.1263, p = 0.014$).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres respecto de la creencia de que la mujer se realiza con la maternidad [$F(1, 298) = 3.874; p = 0.050$]. Por otro lado la diferencia de medias indica que son las mujeres quienes de manera significativa creen que la mujer se realiza como mujer mediante la maternidad ($M = 3.53$ para los varones y $M = 3.95$ para las mujeres).

En cuanto a la covariable edad, podemos ver que ésta influye en la creencia que la mujer se realiza en la maternidad [$F(1, 298) = 10.677; p = 0.01$]. Así, en un análisis de correlación entre la edad y éste factor encontramos que a menor edad mayor creencia de que la mujer se realiza con la maternidad ($r = -0.1851, p = 0.001$).

TABLA 11
ANÁLISIS DE VARIANZA PARA LA ESCALA DE RIESGO DE EMBARAZO
EN LA ADOLESCENCIA (POR SEXO Y EDAD)

FACTORES	SEXO				EDAD	
	X-HOMBRE	X-MUJER	F	PROB.	F	PROB.
Exposición a tener relaciones sexuales inminentes	3.05	3.79	98.295	.000***	14.519	.000***
Sexualidad responsable	4.06	4.19	2.865	.092	2.136	.145
No prejuicios sexistas	3.62	3.76	1.343	.247	1.680	.196
Falta de información	2.02	1.95	.736	.392	.727	.394
Estereotipos de edad	4.48	4.43	.577	.448	.021	.886
No-intención de embarazo	3.69	3.91	1.683	.195	17.024	.000***
El amor no es suficiente para tener relaciones sexuales	2.34	2.57	6.138	.014*	4.915	.027*
Mujer realiza con madurez	3.53	3.75	3.874	.050*	10.677	.001**

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

*** $p \leq 0.001$

El IMAFE mostró ser adecuado para medir rasgos de personalidad asociados a los papeles de género que diferencian a los varones y mujeres con población adolescente desde los 15 años de edad, por su alta consistencia interna, reflejada por los valores de los coeficientes alpha.

En el caso de la ERA creemos que es una escala que debe seguir siendo trabajada porque solo dos factores mostraron una alta consistencia interna reflejada por los valores de los coeficientes alpha.

La discusión de los datos a partir de los análisis de correlación y diferencias se desarrollará en el capítulo quinto.

CAPÍTULO QUINTO

DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES, LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y SUGERENCIAS

Los resultados obtenidos muestran la existencia de una relación entre los estereotipos de género con el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. Los resultados muestran que la femineidad en las mujeres se relaciona con un mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia, así como la masculinidad y el machismo se relacionan con un menor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. De este modo se da respuesta a nuestra pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia?

Encontrar esta relación demuestra la importancia de los estudios de género para la comprensión de las actitudes y conductas humanas. Pone de manifiesto también la complejidad del trabajo educativo con el objetivo de prevenir riesgos y problemas, al mismo tiempo que busca el desarrollo armónico de las personas.

Merece una reflexión especial el hecho de que la femineidad se asocie con un mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. Nuestra sociedad actual acepta más el hecho de que hombres y mujeres desarrollen cualidades femeninas como masculinas, sin embargo, vemos que todavía se relaciona de manera estrecha y casi inadvertida los significados femineidad-mujer-maternidad. Una conclusión superficial consistiría en plantear que se inhiba la femineidad y se refuercen el machismo y la masculinidad en las mujeres para disminuir el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. Sin embargo, eso no favorecería el desarrollo armónico y enriquecedor de mujeres y hombres como seres

humanos. Es necesario disminuir el riesgo, al mismo tiempo que, favorecer el desarrollo y revalorización de lo femenino en hombres y mujeres, así como el desarrollo y la valoración adecuada de lo masculino.

Se necesita ampliar el ámbito de lo femenino a los múltiples espacios del acontecer humano como el trabajo, la política, la cultura, sin restringirlo al ámbito de la maternidad. Se necesita que lo femenino deje de ser exclusivamente relacionado con la mujer, que se abandone la idea de que es degradante para un hombre tener cualidades femeninas, sino que es totalmente enriquecedor. Esto implica una revalorización social de lo femenino. Por otro lado el desarrollo de características masculinas en las mujeres permitirá la búsqueda de metas propias y de una realización personal que favorezca el desarrollo de habilidades para la vida.

La hipótesis principal del presente estudio planteó de manera general, la existencia de una relación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia sobre la base de los hallazgos de investigaciones previas que relacionaban el género a aspectos cruciales de las actitudes y conductas humanas. La masculinidad y la femineidad de la persona predicen una multiplicidad de características de personalidad, actitudes y conductas (Ragúz, 1991); los roles de género se relacionan con la autoestima (Burnett et al., 1995; Jackson et al., 1994); se relacionan con la salud mental (Lara, 1991; Burín, 1980); con la percepción del desempeño (Rose y Montemayor, 1994).

Un paso previo para resolver la hipótesis era constatar si en la muestra estudiada se daba o no la presencia de estereotipos de género, para relacionarlos con el riesgo de embarazo no planeado. Los resultados arrojan que existen características estereotipadas de género en el grupo de las mujeres y en el grupo de los varones. Los varones son significativamente más machistas que las mujeres y las mujeres son significativamente más femeninas que los varones.

Estos resultados son absolutamente consistentes con los planteamientos teóricos acerca de los estereotipos de género para las mujeres encontrados en Bendezú et al., (1992);

dichas autoras plantean que tales cualidades son las que socialmente se esperan en varones y mujeres (Bustos, 1994; DIF, 1998; Lara, 1991; Ragúz, 1995).

De los análisis de correlación entre los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia en el grupo de mujeres se desprende que existe una correlación positiva entre los estereotipos de género femeninos y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. En el caso de los estereotipos de género masculinos en el grupo de varones, no hay relación con el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

Estos datos son consistentes con los estudios que muestran que es la femineidad la que se asocia con una baja autoestima (Burnett et al., 1995; Jackson, 1994), con tener actividad sexual no deseada (Kalof, 1995) y en el caso del presente estudio con el mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

Se puede decir también, como aporte adicional del estudio, que a mayor femineidad en el grupo total existe mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia y a mayor masculinidad y machismo en el grupo total existe menor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

La ausencia de relación entre sumisión y el riesgo tiene que ver con el bajo puntaje de este factor. Según Lara (1991) lo que antes era socialmente deseable ya no lo es con la misma fuerza en la actualidad. El machismo y la sumisión no son características apreciadas socialmente como antes, sin embargo el machismo aún tiene vigencia actual.

En cuanto a las otras hipótesis referidas a la diferencia en el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia por sexo y por edad, los resultados muestran por un lado, que son las mujeres -y no los hombres- quienes están más expuestas a tener relaciones sexuales de manera inminente. Por otro lado, del total de la muestra estudiada, los(as) adolescentes de menor edad son quienes están más expuestos a tener relaciones sexuales de manera inminente que los(as) mayores.

En consecuencia, se cumple la hipótesis que son las mujeres quienes tienen mayor riesgo que les ocurra un embarazo no planeado en la adolescencia, mientras que en los varones el riesgo de ocasionar un embarazo en su adolescencia es menor. La razón que las mujeres adolescentes estén más expuestas al riesgo de un embarazo no planeado se explica porque el estereotipo femenino que se asocia con el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. Se relaciona también con la baja autoestima y la dependencia que se asocian a su vez con actividad sexual no deseada (Kalof, 1995), y no uso de anticonceptivos (Pick et al., 1989), entre otros.

También se cumple la hipótesis que las/los más jóvenes respecto de los mayores, dentro de la etapa de la adolescencia, están en mayor riesgo que les ocurra un embarazo o de embarazar.

Ambos resultados son consistentes con los de investigaciones hechas por el DIF (1994) que señalan que las mujeres más jóvenes dentro de la adolescencia tienen menos acceso a educación sexual, lo que como consecuencia plantearía un mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

Otros resultados que no se derivan directamente de las hipótesis que sin embargo plantean una reflexión para futuras investigaciones son:

En el total de la muestra existen tanto características femeninas como masculinas en hombres y mujeres independientemente del sexo. Este hallazgo es consistente con el planteamiento de Ragúz (1991) quien manifiesta que no existe una polaridad respecto de las características psicológicas, puesto que estas pueden ser desarrolladas por todas las personas sean hombres o mujeres.

En el total de la muestra existe un predominio de las características de masculinidad y femineidad con respecto del machismo y sumisión. El factor sumisión es el de más bajo puntaje. Esto se podría atribuir a una nueva influencia en la socialización de las(os) jóvenes o a un nivel de deseabilidad social en la calificación de sí misma(o).

En el análisis de medias de la muestra total respecto del riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia, se observa que la creencia que la mujer se realiza con la maternidad puntúa de manera equivalente que la creencia de que la realización de la mujer es independiente de la maternidad. El análisis de diferencias respecto de esas creencias muestra que son las mujeres y no los hombres quienes predominantemente piensan que la mujer se realiza con la maternidad. Probablemente este aspecto no sea preocupación de los varones, cuya realización personal no se centra en la paternidad sino en su logro como proveedores a partir de una buena ocupación laboral. Esto es muy consistente con los estereotipos de género.

Otro resultado del análisis de medias que amerita ser profundizado en próximas investigaciones revela que en el ámbito de la muestra total existe la creencia predominante de que los anticonceptivos son sólo para personas adultas al mismo tiempo que se destaca la intención tanto de ejercer una sexualidad responsable como la de no ocasionar un embarazo o embarazarse. Este resultado propone una situación de alerta frente a lo que serían las buenas intenciones de adolescentes de ambos sexo de ser responsables en el ejercicio de la sexualidad a lado de creencias fuertemente arraigadas como la que el uso de anticonceptivos corresponde sólo a las personas adultas. Es primordial conocer bien estos aspectos para poder trabajar en el cambio de actitudes que favorezcan una práctica realmente responsable en el ejercicio de la sexualidad en la adolescencia.

CONCLUSIONES

- 1.- La femineidad en las mujeres se asocia positivamente a situaciones de riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.
- 2.- La masculinidad y el machismo en los varones se asocian negativamente al riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

- 3.- La femineidad en el grupo total se asocia positivamente con el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.
- 4.- La masculinidad y el machismo en el grupo total se asocian con un menor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.
- 5.- La sumisión no tiene asociación con el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.
- 6.- Las mujeres están en mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia que los varones de ocasionar un embarazo en esta etapa de su vida.
- 7.- Las/los más jóvenes de la muestra están en mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.
- 8.- La primera hipótesis de este estudio se cumple parcialmente, en tanto que los estereotipos de género se asocian a un mayor riesgo solo en el grupo de las mujeres. La relación que se da es que a mayor femineidad mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. La sumisión no tiene relación con el riesgo. Los estereotipos masculinos en varones no se asocian al riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.
- 9.- La segunda hipótesis del estudio, que las mujeres están en mayor riesgo de tener un embarazo no planeado en la adolescencia, que los varones de ocasionario en esta etapa de su vida, se cumple.
- 10.- La tercera hipótesis del estudio, que las/los más jóvenes respecto de los mayores están más expuestos al riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia, se cumple.
- 11.- Una información adicional que arroja el estudio, respecto de la primera hipótesis, es que la presencia de la femineidad en grupo total se asocia con un mayor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia. De modo contrario la masculinidad y el machismo en el grupo total se asocian con un menor riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia.

Limitaciones del estudio y sugerencias

Una de las limitaciones del estudio radica en el hecho que a pesar que el embarazo no planeado en la adolescencia es un problema reconocido; en su estudio, generalmente se utiliza el concepto de riesgo de manera intuitiva. Existe muy poco desarrollo teórico del concepto. En este estudio conceptualizamos el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia como las creencias, actitudes e intenciones ligadas a los aspectos de la sexualidad, la anticoncepción, el embarazo y la maternidad /paternidad, en base a los aportes de Ragúz, (1995) quien ofrece una mayor sistematización del concepto.

La dificultad se presenta también al definir los estereotipos de género, a partir de una teoría muy desarrollada, como creencias y actitudes rígidas respecto de cómo deben ser las mujeres y los hombres. Correlacionar dos variables cuya definición se basa en creencias y actitudes aumenta la posibilidad de su correlación más allá de los conceptos que se pretenden relacionar. Esta es una de las razones por las que se trabajó sólo con los dos primeros factores de la Escala de Riesgo de Embarazo no Planeado en la Adolescencia (ERA). Los reactivos de estos dos factores se refieren a las intenciones de manera mayoritaria, de este modo se supera el problema surgido. Otra razón, por la cual se optó por trabajar con los dos primeros factores de la ERA fue su alta consistencia interna dada por sus valores alpha mayores a 0.70. Los otros factores arrojaron alphas menores de 0.60. Sobre la base de esto se plantea que la ERA es un instrumento que requiere ser revisado y probado en otros estudios para su perfeccionamiento. La ERA también constituyó una limitación para conseguir los objetivos del estudio en la medida que no pudo ser utilizada en su totalidad para la interpretación de los análisis de correlación; sin embargo se rescataron algunos datos de los factores descartados para interpretar los análisis de medias y los análisis de diferencias por sexo y edad porque plantean líneas sugerentes de investigación para nuevos estudios.

Otro aspecto que merece discusión teórica está relacionado con la denominación de los factores del Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE). Los conceptos masculino y femenino están históricamente asociados al hombre y la mujer respectivamente. Los

conceptos de masculinidad y femineidad tienen un peso semántico muy grande que pueden influir en la identificación y el desarrollo de las habilidades independientemente del sexo. Es más o menos obvio que las mujeres quieran ser femeninas y los varones no quieran ser femeninos sino masculinos, esto favorece la estereotipia. Será necesario proponer nuevos términos que definan características humanas y que por su historia no se conviertan en una trampa en sí mismos. Los estudios de género tienen una gran potencialidad para la comprensión, explicación y superación de gran parte de los problemas humanos, sin embargo es necesario que siga cuestionando aún su propia terminología y siga aportando ideas que no sólo evitarán problemas y riesgos innecesarios como el embarazo no planeado en la adolescencia, sino fundamentalmente cambiará las relaciones entre las mujeres y los hombres haciéndolos seres humanos más creativos y felices.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero, U. (1994). La educación sexual y el embarazo. Inquietudes femeninas: escrito sobre la salud reproductiva. Washington, Population Reference Bureau.
- Aldaz, E. y Pick, S. (1996). El impacto del SIDA en las creencias y conductas sexuales en mujeres adolescentes. En: *La Psicología Social en México, VI*, 530-535. México: AMEPSO.
- Alvarez-Gayou, J.L. et al. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: Manual Moderno.
- Alvarez-Gayou, J.L. (1997). Conferencia sobre Preferencias Sexuales impartida en la Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal (UNASSE). Mérida, Yucatán, 10 al 12 de octubre.
- Ashmore, R.D. y Del Boca, F. K. (1979). Sex stereotypes and implicit personality theory: Toward a cognitive-social psychological conception. *Sex Roles*, 5, 219-248.
- Atkin, L., Ehrenfeld, N. y Pick, S. (1996). Sexualidad y fecundidad adolescente. En: Langer, A. y Tolbert, K. (Edit.). *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Pp. 39-84. México: The Population Council - EDAMEX.
- Bautista Castro, A. C. (1996). *Prevención de embarazos no deseados en escuelas públicas de enseñanza media superior en Tijuana*. Tesis para obtener el grado de **. Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Medicina.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bendezú, A., Abad, E., Mejía, M. y Londoña, C. (1992). *Educación en Sexualidad para Jóvenes y Adultos*. Lima: Perú Mujer - Ministerio de Educación.

- Bendezú, A. (1998). Talleres sobre Educación Sexual para Adolescentes, impartidos en la Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal (UNASSE). Mérida, Yucatán, agosto 1997 a junio de 1998.
- Burín, M., et al (1980). *El Malestar de las Mujeres: La Tranquilidad Recetada*. Buenos Aires-México: Paidós.
- Burnett, J., Anderson, Wayne, P. y Heppner, P. (1995). Gender roles and self-esteem: A consideration of environmental factors. *Journal of Counseling and Development*, **73**, 3, 23-326.
- Bustos, O. (1994). La formación del género: El impacto de la socialización a través de la educación. En: *Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I*. México: CONAPO. Pp. 267-298.
- Camarena Córdova, R. M. (S/f). Educación, medios de comunicación y salud reproductiva. Manuscrito inédito.
- Comfort, A. (1986). *El Placer de Amar*. Barcelona: Edit. Blume.
- Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CONASIDA). (1994). *Comportamiento Sexual en la Ciudad de México*. México: CONASIDA.
- Corona, E. (1994). Identidades de Género: en busca de una teoría. En: *Antología de la sexualidad humana. Tomo I*. México: CONAPO. Pp. 299-314.
- Deux, K. y Lewis, L. L. (1984). The structure of gender stereotypes: Interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology*, **44**, 20-33.
- Díaz-Loving, R. y Pick de Weiss, S. (1988). Relationships of personality to teenage pregnancy, sexual relations and contraceptive practices: The case of Mexico. Nueva York: Reporte presentado al Population Council.

- Dio Bleichamar, E. (1985). *El Feminismo Espontáneo de la Histeria*. Madrid: Adotrof.
- Dio Bleichmar, E. (1991). Del sexo al género. *Revista Psiquiatría Pública, IV, 1* (enero-marzo), 17-31.
- Elizalde, T. (1997). Mueren 585 mil mujeres al año por riesgos del embarazo. Informe del Fondo de Población de la ONU. Periódico *La Jornada*. Lunes 30 de junio.
- Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM). (1995). Sin más referencias.
- García, E., Bravo, R., Mondragón, M. T. et al. (1981). Conducta sexual y anticonceptiva en jóvenes solteros. *Ginecol. Obstet. Mex, 49*, 296, 343-357.
- García-Baltazar, J., Figueroa-Perea, J. G., Reyes-Zapata, H., Brindis, C. y Perez-Palacios, G. (1993). Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 35*, 6, 682-691.
- Geis, F. L. (1993). Self-fulfilling prophecies: A social psychological view of gender. En: Beall, A. E. y Sternberg, R. J. (Eds.). *The Psychology of Gender*. Pp. 9-54. Nueva York: The Guilford Press.
- Givaudan, M., Pick, S., Álvarez-Izazaga, M. A. y Collado, M. E. (1994). Comunicación intergeneracional sobre sexualidad. En: *La Psicología Social en México, V*, 539-545. México: AMEPSO.
- Givaudan, M., Saldívar-Garduño, A., Ramón, J., Martínez, A. y Pick, S. (1995). Nuevas estrategias en la prevención del SIDA. Los asesores juveniles. *Revista de Psicología Social y Personalidad, XI, 1*, 41-56.
- Grossman, J. (1990). Health Education: The leading edge of primary health care and maternal and child health. En: Wallace, H. M. y Giri, K (eds.). *Health Care of Women*

- and Children in Developing Countries*. Oakland, California: Third party Publishing Company, 56-57.
- Hartley, R. y Goldens, R. M. (1965). *Cómo Comprender los Juegos Infantiles*. Buenos Aires: Horne.
- Hierro, G. (1995). La sexualidad y el género. Coloquio Nuevos Paradigmas de la Sexualidad. México: El Colegio de México.
- Hirsch, J. (1990). Teenage pregnancy and sexually transmitted diseases in Latin America. Hoja de datos elaborada por el Center for Population Options.
- Jackson, L., Hodge, C. e Ingram, J. (1994). Gender and self-concept: A reexamination of stereotypic differences and the role of gender attitudes. *Sex Roles*, **30**, 615-630.
- Jagdeo, T. P. (1985). Teenage pregnancy in the Caribbean: A plan for action. Documento presentado en la Conferencia de Parlamentarios del Caribe sobre Población y Desarrollo, Heywoods Resort, Barbados, 14-15 de junio.
- Kalof, L. (1995). Sex, power, and dependency: The politics of adolescent sexuality. *Journal of Youth and Adolescence*, **24**, 2, 229-249.
- Kissman, K. (1990). Social support and gender role attitude among teenage mothers. *Adolescence*, **25**, 99, 709-716.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. En: E. Maccoby. (Ed.). *The Development of Sex Differences*. Pp. 82-172. Stanford, CA.: Stanford University Press.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría "género". En: Lamas, M. (Comp.). *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*. México: Miguel Ángel Porrúa - Programa Universitario de Estudios de Género.

- Langer, A. y Tolbert, K. (1996). *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. México: The Population Council - EDAMEX.
- Lara, M. A., Medina-Mora, M. E. y Gutiérrez, C. E. (1988). Estudio sobre características de personalidad masculinas y femeninas. *IDEA, 2*, 9-17.
- Lara, M. A. y Figueroa, O. M. L. (1990). Estereotipos de género y toma de decisiones en mujeres marginadas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 4*, 2, 167-174.
- Lara, M. A. (1991). Masculinidad, femineidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental, 14*, 1, 12-18.
- Lara, M. A. (1994). Masculinidad y femineidad. En: *Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I*. México: CONAPO. Pp. 315-334.
- Marsh, H. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: Preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology, 81*, 3, 417-430.
- Mullis, R. y McKinley, K. (1989). Gender-role orientation of adolescent females: Effects on self-esteem and locus of control. *Journal of Adolescent Research, 4*, 4, 506-516.
- Peñaherrera, J. (1992). Habilidades para la vida: Una Propuesta de Prevención Primaria con Adolescentes en *Psicoanálisis y Educación*. Sociedad Peruana de Psicoanálisis.
- Pick, S. y Álvarez, M. (1996). El impacto del SIDA en las creencias y las conductas sexuales de los varones adolescentes. En: *La Psicología Social en México, VI*, 520-524. México: AMEPSO.

- Pick, S., Givaudan, M. y Saldívar-Garduño, A. (1996). La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. *Perinatología y Reproducción Humana*, **10**, 2 (abril-junio), 143-150.
- Pick de Weiss, S., Andrade, P. y Chávez, N. (1988). Conocimientos de las adolescentes de la Ciudad de México sobre la conducta sexual y los anticonceptivos. Resultado de una encuesta de hogares. *Salud Mental*, **11**, 2, 35-38.
- Pick de Weiss S., Andrade-Palos P., Townsend J. y Givaudan M. (1994). Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes. *Salud Mental*, **17**, 1, 25-31.
- Pick de Weiss, S., Atkin, L., Gribble, J. y Andrade-Palos, P. (1991). Sex, contraception and pregnancy among adolescents in Mexico City. *Studies in Family Planning*, **22**, 2, 74-82.
- Pliner, P., Chaiken, S. y Flett, G. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **16**, 2, 263-273.
- Plotnick, R. y Butler, S. (1991). Attitudes and adolescent nonmarital childbearing: Evidence from the National Longitudinal Survey of Youth. *Journal of Adolescent Research*, **6**, 4, 470-492.
- Pryor, J. (1994). Self-esteem and attitudes toward gender roles: Contributing factors in adolescents. *Australian Journal of Psychology*, **46**, 1, 48-52.
- Ragúz, M. (1991). Masculinity and femininity: an empirical definition. Tesis Doctoral, Universidad Católica de Nimega, Holanda.

- Ragúz, M. (1995). Aportes de género a la salud sexual y reproductiva. Separata de la *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, XIII, 1, 17-35.
- Ragúz, M. y Bendezú, A. (1996). *Reporte Final del Proyecto "Variables Psicosociales del Embarazo Adolescente"*. Instituto Andino de Estudios de Población y Desarrollo (INANDEP). Lima, Perú.
- Rivera, B., Reidl, L. y Ortega, P. (1994). *El Perfil del Adolescente Mexicano*. México: DIF.
- Rose, J. y Montemayor, R. (1994). The relationship between gender role orientation and perceived self-competency in male and female adolescents. *Sex Roles*, 31, 579-595.
- Rodríguez, G. (1994). De la maternidad, a la vida sexual sin riesgo. En: Elu, M. C. y Langer, A. (Eds.). *Maternidad sin Riesgos en México*. México: SSA - PUEG - CIMAC - GIRE - IMES - FNUAP - The Ford Foundation - The Population Council. Pp. 131-139.
- Saldívar-Garduño, A., Aguilar-Martínez, D. O. y Díaz-Pérez, M. J. (1995). Evaluación de características asociadas a lo femenino y a lo masculino. *VII Congreso Mexicano de Psicología. Contribuciones de la Investigación Psicológica al Ejercicio Profesional. Resúmenes*. Pp. 103-104.
- Secretaría de Salud. (1987). *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES)*. México: SSA.
- Singh, S. y Wulf, D. (1990). *Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana: Un Perfil de las Américas*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.

- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). (1998). **Manual. La Perspectiva de Género: Una Herramienta para Construir Equidad entre Mujeres y Hombres**. México: DIF.
- Stern, C. (1994). Prioridades de investigación para la prevención del embarazo adolescente en México: Un punto de vista heterodoxo. Órgano Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. **Salud Reproductiva y Sociedad**, 2, 3-5.
- Stern, C. (1995a). Embarazo adolescente: Significado e implicaciones para distintos sectores sociales. **Demos**. Carta Demográfica sobre México 1995. Pp. 11-12.
- Stern, C. (1995b). La protección de la salud reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas. **Carta Sobre Población**, 1, 3, 1-5. Temas Selectos. México: Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población.
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como un problema público: una visión crítica. **Salud Pública de México**, 39, 137-143.
- Suárez y Toriello, E., Arizpe de la Vega, G. y Fernández L., V. (s/año). Embarazo en adolescentes: Un estudio de 10 años que muestra los cambios, los riesgos y sus consecuencias. **Cuadernos Científicos, FEMAP**, 1, 2 (diciembre).
- Sumano-Avendaño, E., Chartt-León, R. M. y Ángeles-Reyes, M. C. (1984). Observaciones de una clínica de orientación y vida familiar para adolescentes. **Biología Médica**. Hospital Infantil de México, 41, 9, 485-488.
- The Alan Guttmacher Institute. (1998). **Into a New World. Young Women's Sexual and Reproductive Lives**. Nueva York - Washington: The Alan Guttmacher Institute.
- Theriot, J., Pecoraro, A. y Ross, J. (1991). Revelations of adolescent mothers: An intensive case study approach. **Adolescence**, 26, 102, 349-360.

- Van der Plit, J. y Richard, R. (1994). Changing adolescents sexual behavior: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient-Educ-Couns*, 23, 3(jul), 187-196.
- Welti, C. (1992). La fecundidad adolescente en México. En Muñoz-García, H. (Comp.). *Población y sociedad en México*. México: Coordinación de Humanidades, UNAM.
- Willemsen, T. (1989). Sex stereotypes and responses to juvenil delinquency. *Sex Roles*, 20, 11-12, 623-638.
- World Health Organization. (1989). *The reproductive health of adolescents: a strategy for action*. A Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement. Geneva: World Health Organization.
- Wulf, D. y Singh, S. (1991). Sexual activity, union and childbearing among adolescent women in the Americas. *International Family Planning Perspectives*, 16, 4.
- Yinger, N., Sherbinin, A., Ochoa, L. H., Morris, L., Hirsch, J. y Rojas, G. (1992). La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y consecuencias. Washington: Population Reference Bureau - Columbia: Proyecto de Encuestas Demográficas y de Salud - Atlanta: División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de las Enfermedades.

ANEXOS

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué tan bien crea que describe su manera de ser.

Estos números del uno al siete significan lo siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca soy así	Muy pocas veces soy así	Algunas veces soy así	La mitad de las veces soy así	A menudo soy así	Muchas veces soy así	Siempre o casi siempre soy así

Ejemplo:

Listo Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.

Malicioso Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso.

Responsable Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable.

En seguida se encuentran estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.

POR FAVOR NO DEJE NINGÚN INCISO SIN CONTESTAR

1. Seguro de mí mismo (a)	6	20. Indeciso (a)	2	40. Cobarde	1
2. Afectuoso (a)	4	21. Dispuesto (a) a arriesgarme	4	41. Racional	6
3. Enérgico (a)	3	22. Deseoso (a) de consolar al que se siente lastimado	2	42. Me gustan los niños	6
4. Conformista	1	23. Agresivo (a)	5	43. Rudo (a)	3
5. Me comporto confiado (a) de los demás	1	24. De personalidad débil	1	44. Dependiente	2
6. Compasivo (a)	2	25. Autosuficiente	7	45. Maduro (a)	6
7. Dominante	2	26. Cariñoso (a)	5	46. De voz suave	1
8. Simplista	2	27. Uso malas palabras	3	47. Incomprensivo (a)	1
9. Analítico(a)	6	28. Inseguro (a) de mí mismo (a)	1	48. Influenciable	1
10. Sensible a las necesidades de los demás	4	29. Independiente	6	49. Valiente	4
11. Individualista	1	30. Amigable	5	50. Generoso (a)	5
12. Sumiso (a)	1	31. Materialista	1	51. Frío (a)	2
13. Hábil para dirigir	6	32. Pasivo(a)	1	52. No me gusta arriesgarme	1
14. Comprensivo (a)	6	33. Competitivo (a)	7	53. Reflexivo (a)	6
15. Ambicioso (a)	5	34. Tierno (a)	4	54. Espiritual	1
16. Incapaz de planear	4	35. Autoritario (a)	2	55. De voz fuerte	5
17. Tomo decisiones con facilidad	6	36. Resignado (a)	1	56. Retraído (a)	2
18. Caritativo (a)	4	37. Atlético (a)	6	57. De personalidad fuerte	5
19. Arrogante	1	38. Dulce	4	58. Cooperador (a)	6
		39. Egoísta	1	59. Malo (a)	3
				60. Tímido (a)	2

ANEXO 2

Questionario de investigación

En el siguiente cuestionario va a leer una serie de afirmaciones y usted nos contestará conforme a su manera de ser. No hay respuestas ni buenas ni malas. Conteste lo más rápido posible, colocando una "X" sobre la letra de la respuesta escogida. No piense demasiado cada afirmación. Sus respuestas son muy importantes para nuestro estudio. Por favor, conteste lo más honestamente posible.

Datos del entrevistado

Edad 18
Sexo Masculino
Grado de estudio 6.º semestre de Bachillerato

1.- La mujer que sugiere el uso de los condones es poco confiable.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

2.- Está bien tener relaciones sexuales cuando se está enamorado(a).

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

3.- Si carezco de un anticonceptivo, evitaría tener una relación sexual.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

4.- Me preocupa poco un embarazo porque mis padres me apoyarían

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

5.- El embarazo es bueno porque permite a la mujer sentirse más mujer.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

6.- El amor por sí sólo es insuficiente para tener relaciones sexuales.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

7.- El uso de los anticonceptivos es bueno independiente del estado civil.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

8.- Me disgustaría embarazarme próximamente.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

9.- Aprovecharía toda oportunidad de tener una relación sexual.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

10.-El cuerpo de una adolescente ya está en condiciones de concebir.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

11.-Solo a los adultos les es permitido usar anticonceptivos.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

12.-El retiro del pene antes de la eyaculación evita el embarazo.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

13.-El uso de anticonceptivos es asunto de la mujer.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

14.-Las relaciones sexuales corresponden a una etapa posterior de la adolescencia.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

15.-Tendría relaciones sexuales para saber cómo es.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

16.-Es bueno tener relaciones sexuales para sentirse adultos.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

17.-Hay peligro de embarazo aunque se retire el pene antes de la eyaculación.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

18.-Confío en una mujer que sugiere el uso de condones.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

19.-La hombría difícilmente consiste en embarazar a una muchacha.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

20.-Sentir confianza en la pareja es insuficiente para tener relaciones sexuales.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

21.-Yo planearía una relación sexual.

A) TOTALMENTE DE ACUERDO B) DE ACUERDO C) NI ACUERDO NI DESACUERDO D) EN DESACUERDO E) TOTALMENTE EN DESACUERDO

22.-Tendría un hijo próximamente.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

23.-Tendría relaciones sexuales por curiosidad.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

24.-Me abstendré de tener relaciones sexuales durante la adolescencia.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

25.- La realización de la mujer es independiente de la maternidad.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

26.-Evitaría un embarazo en esta etapa de mi vida.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

27.-La adolescente está poco preparada para ser madre.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

28.-La mujer se realiza con la maternidad.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

29.-Si se diera la oportunidad, yo tendría relaciones sexuales.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

30.-Se puede producir un embarazo desde la primera relación sexual.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

31.-Es poco recomendable tener relaciones sexuales sólo para sentirse adultos.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

32.-El uso de anticonceptivos es responsabilidad tanto del hombre como de la mujer.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

33.-Me esperaré a ser adulta(o) para tener un hijo.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

34.-El condón debe usarse en toda relación sexual.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

35.-El cuerpo de la adolescente está inmaduro para concebir.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

36.-Usaría condón aunque no se sienta igual.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

37.-Me gustaría tener un embarazo próximamente.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

38.-La mujer está preparada para ser madre, aun siendo adolescente.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

39.-Difícilmente planearía mis relaciones sexuales.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

40.-Es posible que tenga relaciones sexuales próximamente.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

41.-En mis relaciones sexuales usaré algún anticonceptivo.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

42.-Un embarazo difícilmente hace a la mujer más mujer.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

43.-Es recomendable que los (las) adolescentes usen anticonceptivos.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

44.-En la adolescencia es posible que suceda un coito, en una relación de pareja.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

45.-Las relaciones sexuales son parte de nuestro desarrollo.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

46.-Cada que tenga una relación sexual usará condón.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

47.-Embarazar a una muchacha permite al hombre sentirse más hombre.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

48.-Evitaría el condón porque se siente diferente.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

49.-Las relaciones de pareja entre adolescentes rara vez incluyen el coito.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

50.-El condón sólo se usa con prostitutas.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

51.-Sentir confianza en la pareja hace que las relaciones sexuales dejan de ser un problema.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

52.-Los métodos anticonceptivos son sólo para casados(as).

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

53.-Si uno(a) tiene relaciones sexuales sólo una vez, hay poco riesgo de embarazo.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

54.-Evitaría tener relaciones sexuales por curiosidad.

a) TOTALMENTE DE ACUERDO b) DE ACUERDO c) NI ACUERDO NI DESACUERDO d) EN DESACUERDO e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

AVBG24.0197

ANEXO 3

1.- Los reactivos de la Escala de Riesgo de Embarazo no Planeado en la Adolescencia (ERA) eliminados a partir del análisis de la prueba *t* de student porque no obtuvieron una significancia al 0.05 son los siguientes:

- a) Está bien tener relaciones sexuales cuando se está enamorado.
- b) El retiro del pene antes de la eyaculación evita el embarazo
- c) Las relaciones sexuales corresponden a una etapa posterior de la adolescencia.
- d) El uso de anticonceptivos es responsabilidad del hombre tanto como de la mujer.
- e) Difícilmente planearía mis relaciones sexuales.
- f) Embarazar a una muchacha permite al hombre sentirse más hombre.
- g) Los métodos anticonceptivos son sólo para casados(as).

2.- Los reactivos de la ERA eliminados a partir del análisis factorial porque no obtuvieron en ningún factor una carga mayor al 0.20 son los siguientes:

- a) Me preocupa poco un embarazo porque mis padres me ayudarían.
- b) El embarazo es bueno porque permite a la mujer sentirse más mujer.
- c) Hay peligro de embarazo aunque se retire el pene inmediatamente después de la eyaculación.

- d) Sentir confianza en la pareja es insuficiente para tener relaciones sexuales.
- e) Yo planearía una relación sexual.
- f) Tendría un hijo próximamente.
- g) Evitaría un embarazo en esta etapa de mi vida.
- h) Se puede producir un embarazo desde la primera relación sexual.
- i) El cuerpo de la adolescente está inmaduro para concebir.
- j) Evitaría tener relaciones sexuales por curiosidad.