



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

**Universidad
Latina**

3344-25

**COMPARACIÓN DE AGRESIÓN, DEPRESIÓN Y SOLUCIÓN DE
PROBLEMAS ENTRE ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO
EMBARAZADAS**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Miriam Corona Pérez

ASESORA: MTRA. LILIANA MEY LEN RIVERA FONG

CIUDAD DE MÉXICO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres

Por el apoyo incondicional, por confiar en mí, estar siempre a mi lado, por siempre animarme a seguir adelante y a cumplir mis sueños. Porque sin ustedes esto no hubiera sido posible. ¡Gracias!

A Pablo

Porque siempre estuvo en los momentos buenos y en los difíciles, alentándome a siempre seguir adelante y porque confío en que podría lograrlo. ¡Te amo!

A mis hermanos Laura y Brayan y a mi sobrina Alexia

Por llenar mis días de risas en momentos estresantes.

A la Mtra. Liliana

Gracias por aceptar caminar conmigo todo este tiempo, por sus enseñanzas, por su entusiasmo que me ayudo a creer en mi y sobre todo por su paciencia y tiempo. La admiro mucho, conocerla fue de las mejores experiencias que me deja la UNILA.

A la Dra. Eva y el Mtro. Alberto

Por su tiempo, dedicación y profesionalismo, fueron de gran importancia para que esto se logre.

Índice

Resumen	6
Introducción.....	7
1. Adolescencia.....	11
1.1 Definición	11
1.2 Estadísticas sobre la adolescencia en México.....	15
2. Embarazo.....	17
2.1. 1 Definición de embarazo	17
2.1.2 Definición de embarazo adolescente	18
2.1.3 Estadísticas del embarazo adolescente	19
2.1.4 Factores de riesgo y protección en el embarazo adolescente.....	21
2.1.4.1 Factores de riesgo psicológicos	21
2.1.4.2Factores de riesgo sociales	22
2.1.4.3 Factores de protección.....	24
2.1.5 Consecuencias del embarazo adolescente.....	24
2.1.5.1 Consecuencias físicas.....	24
2.1.5.2Consecuencias psicológicas	26
2.1.5.3 Consecuencias sociales	27
2.1.6 Prevención del embarazo adolescente	28
2.1.6.1 Planificación familiar.....	30
2.2 Agresión	32
2.2.1 Definición de agresión y violencia	32
2.2.2 Teorías de la agresión en la adolescencia	33
2.2.2.1 La teoría etológica.....	33
2.2.2.2 La teoría del aprendizaje social.....	34
2.2.3 Agresión durante el embarazo	35
2.2.4 Problemas de pareja	36
2.2.5 Principales instrumentos de medición de agresión	37
2.3 Depresión en el embarazo adolescente.....	38
2.3.1 Definición	38
2.3.2 Sintomatología clínica de la depresión en la adolescencia	39

2.3.3 Epidemiología de la depresión en la adolescencia.....	41
2.3.4 Teoría cognitiva sobre la depresión	42
2.3.5 Principales instrumentos de evaluación para la depresión.....	43
• Inventario de Depresión de Beck.....	44
• Escala de Hamilton para la depresión	44
2.4 Solución de problemas.....	46
2.4.1 Definición	46
2.4.2 Modelo de solución de problemas	48
2.4.4 Instrumentos de solución de problemas	49
2.5 Consecuencias de agresión, depresión y solución de problemas en el embarazo adolescente.....	50
2.5.1 Consecuencias de agresión en el embarazo adolescente.....	50
2.5.2 Consecuencias de la depresión durante el embarazo	51
2.5.3 Consecuencias de una mala solución de problemas en el embarazo adolescente....	53
3. Método.....	55
3.1 Justificación	55
3.2 Objetivos	56
3.2.1 Objetivo general	56
3.2.2 Objetivos específicos.....	56
3.3 Participantes	57
3.4 Procedimiento	58
3-5 Variables e Instrumentos	59
3.5.1 Agresión.....	59
3.5.2 Depresión	59
3.5.3 Solución de problemas.....	60
3.6 Análisis de datos	60
4. Resultados.....	62
5. Discusión y comentarios.....	67
6. Referencias	72
Anexos	87
Anexo 1 Consentimiento informado.....	88
Anexo 2 Formato de datos generales de la participante	90
Anexo 3 Versión revisada de la CES-D-R.....	91

Anexo 4 Cuestionario de agresión. De Buss-Perry.....	92
Anexo 5 Cuestionario de solución de problemas sociales	93

Resumen

El embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública en México debido a su alta prevalencia de 77 nacimientos por cada mil adolescentes y las consecuencias desfavorables en las madres, el menor y su familia. El objetivo de este estudio fue comparar los niveles de depresión, agresión y solución de problemas en adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas de entre 12 y 19 años de edad. Participaron 100 adolescentes (50 en cada grupo), la edad promedio de las adolescentes embarazadas fue de 17.94 años y de 16.6 en las mujeres no embarazadas. Todas las participantes contestaron un formato de datos generales, la versión revisada del CES-D, el cuestionario de agresión de Buss-Perry y el cuestionario de solución de problemas sociales. Se realizó un análisis descriptivo y transversal. Los resultados mostraron que 70% de las adolescentes no embarazadas cuentan con nivel educativo de preparatoria, nivel académico que tienen solo el 42% de las adolescentes embarazadas. La ocupación que predomina en las adolescentes embarazadas es el hogar (56%) y el ser estudiante en las adolescentes no embarazadas (94%). Por otro lado, no se observaron diferencias significativas en agresión ni estilo de solución de problemas entre los grupos evaluados. Respecto al CES-D, se observaron diferencias significativas en el factor interpersonal. Se concluye que al momento del embarazo no parece haber diferencias en las variables evaluadas entre adolescentes embarazadas y no embarazadas; por lo que la sintomatología documentada en mujeres adolescentes con hijos podría desarrollarse tras el nacimiento del menor. **Palabras clave:** Embarazo, adolescentes, agresión, depresión, solución de problemas.

Introducción

La adolescencia es una etapa de cambios físicos, emocionales y cognoscitivos que son clave para el desarrollo de habilidades que facilitarán o dificultarán la vida adulta de la persona, esto depende del contexto y recursos que se hayan obtenido durante su desarrollo (Papalia, Wendskos & Duskin, 2010).

Además es una etapa en la que los individuos tienen una necesidad de encontrar su identidad y una buena interacción social con su medio. En la adolescencia existe una alta vulnerabilidad emocional debido a los cambios que experimentan los jóvenes que, junto con las condiciones sociodemográficas, ocasionan riesgos sociales y emocionales para los adolescentes en general, pero que pueden ser mucho más intensas en mujeres adolescentes embarazadas; quienes requieren de apoyo, comprensión y una buena relación con su familia (Papalia et al., 2010).

El embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública en México debido a su alta prevalencia de 77 nacimientos por cada mil adolescentes (INEGI, 2015), y las consecuencias desfavorables en las madres, el menor y su familia. Además de la alta prevalencia, es importante mencionar que las estadísticas no son exactas, debido a que los datos sólo representan a las adolescentes que llegan a término del embarazo y a las que reciben atención médica en hospitales; sin embargo existen otras mujeres que no acuden a atención médica y, por ende, no son consideradas en los datos oficiales; de manera que la prevalencia de embarazo adolescente es mayor a la reportada (UNICEF, 2014).

Los embarazos adolescentes son más frecuentes en mujeres que cuentan con un nivel educativo básico o menor, en quienes viven en condiciones de pobreza y en mujeres que no reciben los medios ni la información adecuada para una planificación familiar (OMS, 2014).

El tener un embarazo durante la adolescencia, puede conllevar múltiples consecuencias para: (a) el producto; como tener bajo peso al nacer, mayor riesgo de descuido de salud por parte de la madre ante el desconocimiento de los cuidados; (b) la adolescente embarazada; que puede presentar problemas como pre-eclampsia (síndrome que se presenta desde la vigésima semana de gestación y durante el parto; la cual es caracterizada por hipertensión arterial y proteinuria) y eclampsia (presencia de convulsiones en pacientes con pre-eclampsia después de la semana 20 de gestación) las cuales condicionan por otro lado menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal; así como abortos clandestinos que en ocasiones, terminan con la muerte de ambos al no ser realizados con las condiciones médicas adecuadas (Gamboa & Valdés, 2013).

Al estudiar el embarazo adolescente se ha encontrado una estrecha relación con la depresión, probablemente debido a que en la adolescencia hay un aumento de la emotividad, (Bonilla-Sepúlveda, 2010) que puede resultar desfavorable para la toma de decisiones y afrontar estresores como un embarazo.

La depresión afecta de manera distinta a las personas, cuyas variaciones se pueden dar en términos de presencia, severidad y duración de la sintomatología (Rivera-Heredia, Martínez-Servín, & Obregón-Velasco, 2013). Al respecto Martínez, Waysel y Romano (2009) encontraron que las adolescentes embarazadas experimentan mayor prevalencia de depresión moderada (52%) en comparación con las embarazadas adultas (47%); entre las mujeres adolescentes embarazadas, experimentaban mayor intensidad de depresión quienes son

solteras (50%). Además de mencionar en el mismo estudio que alrededor del 10% de las embarazadas adolescentes que sufren de depresión durante el embarazo, pueden desarrollar depresión postparto. Si se lleva un adecuado tratamiento psicoterapéutico en adolescentes que sufren depresión durante el embarazo, se puede prevenir el desarrollo de este último trastorno (Martinez, Waysel & Romano, 2009).

Por otro lado la agresión se considera como un predictor de riesgo de embarazo adolescente y se asocia con la repetición del embarazo; Crittenden, Broris, Rice, Taylos y Olds (2009) afirman que las niñas que muestran comportamientos agresivos durante la infancia tienen un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia, suelen tener más hijos que las que no son agresivas y muestran menor capacidad para resolver problemas sin usar la fuerza física. Por ello es importante tomar en cuenta esta variable para ampliar su estudio y poder establecer medidas de acción para prevenir posibles consecuencias a largo plazo.

Finalmente, los adolescentes se enfrentan a diario a diferentes tipos de problemas que tienen que resolver y, la solución de ellos, dependerá de las habilidades conductuales y cognitivas que adquirieron durante su desarrollo; desde este punto ha habido un interés importante por evaluar la manera de solucionar problemas de los adolescentes, ya que ésta puede afectar las decisiones que tomen durante su adolescencia, además de impactar en su estado de ánimo y la percepción de su medio (Berdullas, 2016).

Considerando todo lo anterior, en el presente estudio se realizó una comparación de los niveles de depresión, agresión y solución de problemas entre mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas con el fin de identificar si durante el embarazo se encuentran diferencias en estas variables y, de ser así, poder orientar en futuros estudios las bases para

la prevención de complicaciones durante el embarazo y posterior a él en mujeres adolescentes.

1. Adolescencia

1.1 Definición

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2017) define adolescencia como *“el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”* y que está caracterizada por cambios globales y un crecimiento acelerado en el individuo.

Un referente importante es Issler quien divide la adolescencia en tres fases (citado por Gamboa & Valdés, 2013):

- Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Los cambios biológicos son universales, como: crecimiento de vello púbico, aumento de peso y estatura rápida, en las niñas, crecimiento de senos y el comienzo de la menstruación, puede aparecer acné, en los niños comienza a cambiar el tono de voz y los testículos aumentan su tamaño. Lo que varía en esta etapa es el tiempo en el que aparecen, los cuales dependen de la cultura y el contexto socioeconómico en el que se desarrolle el sujeto; dichos cambios son identificados en el comienzo de la pubertad y marcan el paso de la niñez a la adolescencia (OMS, 2018).

- Adolescencia media (14 a 16 años)

Prácticamente se ha completado su crecimiento y desarrollo, mantienen mejores relaciones con sus pares con los cuales comparten experiencias y tienden a enfrentar problemas con adultos debido al contraste de opiniones y búsqueda de independencia. En esta fase se encuentra el promedio de edad donde comienza la actividad sexual, hay un incremento en la preocupación por su apariencia física y temas relacionados con la moda.

- Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios biológicos y comienzan a aceptar su imagen corporal, se acercan de nuevo a sus padres y son más selectivos dentro del grupo de amigos al que pertenecen, desarrollan sus propios valores y se plantean metas.

Los adolescentes atraviesan por situaciones que implican cambios biológicos y búsqueda de identidad y autonomía a los que se tienen que adaptar, además de una preocupación constante por la aceptación de su medio; todo esto son factores que ponen a prueba su estabilidad emocional (Martínez & Waysel, 2009). En este sentido, se ha descrito recientemente un incremento en las exigencias sociales a las que se enfrentan los adolescentes por la búsqueda de aceptación de su entorno, lo que puede ocasionar fracasos y desilusiones que pueden impactar de manera significativa en la salud mental de los adolescentes (Alba, 2010).

Algunos de los cambios que presentan los adolescentes son el aumento de peso y volumen, alteración en las mucosas genitales, hiperflexibilidad de las articulaciones y cambios fisiológicos ocurridos en el sistema digestivo, urinario, respiratorio, cardiovascular y en los órganos reproductivos (Flores, 2012).

Los cambios físicos de las mujeres durante esta etapa son caracterizados principalmente por el aumento de estatura y peso; crecimiento de vello púbico y de los senos; acumulación de grasa en la cadera que se relaciona con el ensanchamiento de la pelvis, lo cual tiene como propósito facilitar la maternidad; además de la aparición de la menstruación que es común entre los 10 y 16 años e indica que existe una maduración sexual que permitirá la reproducción (Papalia et al, 2010).

Adicionalmente presentan cambios hormonales que afectan de manera importante su estado de ánimo, situación que puede provocar alteraciones como labilidad afectiva,

irritación intensa, sentimientos de desesperanza o intensa tristeza (Martínez & Waysel, 2009).

Los cambios emocionales están relacionados con los cambios físicos, a partir de los esquemas corporales que se crean sobre la historia personal y el espacio sociocultural en el que se desarrollaron, ya que las adolescentes se comienzan a preocupar por su apariencia física, y esto afecta de manera importante el concepto sobre sí mismas; aunque es importante mencionar que la percepción que la adolescente que se crea no es fija, va cambiando a través del tiempo y de las circunstancias que se le presentan, para así formar un autoconcepto y una autoestima que le permitirá adaptarse mejor a la vida adulta (Enriquez & Quintana, 2016).

Sin embargo, el no desarrollar un autoconcepto adecuado, se relaciona con el desarrollo de problemas de salud mental y física como depresión, ansiedad e incluso trastornos de conducta alimenticia como bulimia y anorexia por mencionar algunos (Enriquez & Quintana, 2016).

El desarrollo psicológico en cada persona es diferente, dependiendo del contexto y la historia de cada uno; en la adolescencia, el desarrollo de la personalidad es un proceso de gran relevancia, ya que durante esta etapa el sujeto va adquiriendo la individualización que le permitirá consolidar los rasgos de personalidad que adquirió durante la infancia y así estar preparado para la vida adulta (Arias, 2013).

Además de considerar que dentro de la etapa de la adolescencia aún el cerebro no ha alcanzado su total madurez, tiene cambios importantes pues comienzan a notarse diferencias en su capacidad de juicio, emociones y autocontrol que ayudan a explicar porque los adolescentes tienen arrebatos emocionales y conductas de riesgo en su entorno (Papalia et al., 2010).

Durante el periodo de la adolescencia se ha encontrado que los sujetos tienen un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que se experimenta al abandonar viejos hábitos y pensamientos para adquirir nuevos, así como también el buscar la aceptación de la sociedad y de sus pares, dejando a un lado la de sus padres (Martínez & Waysel, 2009).

En la adolescencia, las mujeres obtienen capacidades que les permiten ver más allá del presente y realizar planes sobre su futuro; están en búsqueda de su identidad, lo cual es el esfuerzo por dar sentido a lo que han hecho hasta esta parte de su vida, evaluando sus logros, que les permitirá tener la confianza, autonomía e independencia social y económica para tener la madurez de enfrentar la vida adulta (Papalia et al, 2010).

Factores como el lugar donde viven, con quién viven y la época en la que viven determina en gran medida cómo serán los cambios sociales del adolescente; un ejemplo de ello es que las adolescentes que habitan en la ciudad, al estar más cerca de las tecnologías, están más expuestas a los estereotipos que marca la sociedad en comparación con las adolescentes que viven en provincia. Además de que en las adolescentes de la ciudad, su educación tiende a enfocarse en la preparación para el trabajo y en los estudios universitarios (Papalia et al., 2010).

Como parte de los posibles problemas que enfrentan los adolescentes, se encuentra que en muchas ocasiones, se ven sometidos a presiones como consumir alcohol, tabaco u otras drogas y a tener relaciones sexuales; situaciones ante las cuales frecuentemente no son capaces de medir las consecuencias de sus actos y los condiciona a mayor vulnerabilidad, que les pueden ocasionar consecuencias a largo plazo dependiendo de cómo se adapten a la vida (OMS, 2018).

Durante la adolescencia los sujetos dependen de los padres, de la comunidad y de la escuela para adquirir habilidades que les ayuden a responder a las situaciones de riesgo que

se les presentan (Papalia et al., 2010). Cuando las adolescentes se enfrentan a un embarazo, suelen experimentar cambios emocionales como cambios repentinos de humor, tristeza y alegría; los cuales son temporales, lo importante en esta situación es contar con el apoyo de la pareja o de la familia, para poder hablarlo y así poder llevar un embarazo con los cuidados necesarios (Flores, 2012).

1.2 Estadísticas sobre la adolescencia en México

En 2009, México contaba con 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años, de los cuales 6.3 eran mujeres y 6.5 hombres (UNICEF, 2010). En el censo realizado en 2010, en México, la población de entre 12 y 19 años de edad representó el 15.6% de la población total (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández, & Villalobos, 2013).

De acuerdo a la Encuesta Intercensal (EI) realizada en 2015, en México habitan 30.5 millones de jóvenes de 15 a 29 años, quienes representan el 25.7% de la población total. De ellos, 50.9% son mujeres y 49.1% hombres y 35.1% son adolescentes de entre 15 y 19 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017). Datos de la EI muestran que el 1.2% de los jóvenes de entre 15 y 29 años son analfabetas y el 2.8% son analfabetas funcionales (personas que tienen 15 o más años, y cuentan con tres o menos años de educación básica) y 10.1 millones (32.9) asisten a la escuela (INEGI, 2017).

Respecto a la salud de los jóvenes en México, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014) muestra que 2.2% de la población de 15 a 29 años presenta alguna discapacidad, de estos 53.5% son hombres y 46.5% son mujeres (INEGI, 2017). En relación al área sexual, datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) reporta que la primera relación sexual en mujeres adolescentes ocurre a los 15.4 años y un 54% reporta no haber utilizado ningún método anticonceptivo; 56 de cada

1000 de las mujeres que inician su actividad sexual dentro del rango de edad de 12 a 19 años, tienden a tener más descendencia en comparación con quienes la inician después de los 20; es decir, la edad de inicio de vida sexual se asocia con un mayor riesgo de embarazo adolescente, además de reportes que indican que incrementa el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2017; INEGI, 2017).

2. Embarazo

2.1.1 Definición de embarazo

El embarazo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) como el periodo que transcurre desde la implantación en el útero del óvulo fecundado hasta el momento del parto. El embarazo es uno de los periodos donde las implicaciones emocionales son mayores; a pesar de que en cada mujer se presenta de manera diferente, las experiencias afectivas y físicas, suelen tener ciertos cambios que son comunes (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2017).

El primer signo para identificar un embarazo es la falta del flujo menstrual, seguido del endurecimiento de mamas y los pezones se tornan de un color más oscuro, además de una necesidad más frecuente de orinar, acompañado de vómito, mareos y nauseas; identificar estos síntomas es importante para un buen diagnóstico y cuidado del embarazo, pues existen casos en los que si no se tiene un buen cuidado, pueden aparecer complicaciones (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2017).

La mejor edad biológica para un embarazo es entre los 20 y 30 años, pues dentro de este rango de edad se alcanza la madurez emocional y física, además de que en este periodo se presenta la menor prevalencia de enfermedades crónicas y se tienen niveles más altos de energía (Gamboa & Valdés, 2013); pasando dicha edad, la fertilidad en la mujer empieza a disminuir e incrementa el riesgo para que el recién nacido presente alteraciones cromosómicas como síndrome de Down, que se da en 1 de cada 1000 embarazos de mujeres de entre 30 y 34 años y el 25% de los niños con Síndrome de Down son hijos de madres mayores a 35 años (Valls, Saforma, Rodríguez & López, 2008).

Considerando esto, es importante pensar en la planificación familiar y el uso de anticonceptivos durante la adolescencia, ya que constituyen la base fundamental de la salud sexual y permiten un adecuado desarrollo y beneficios biológicos, sociales y psicológicos. El considerar estos factores, permite prevenir embarazos en adolescentes, favorece la reducción de pobreza y de mortalidad materna e infantil; así como procura una mejor calidad de vida para la familia a través del logro de una mejor educación y mejores oportunidades de empleo e ingresos económicos para poder llegar a las metas establecidas por cada persona (Allen-Leigh et al., 2013).

2.1.2 Definición de embarazo adolescente

El embarazo adolescente o embarazo precoz, es aquel embarazo que se produce en una mujer cuya edad se encuentra entre el periodo que va desde la adolescencia inicial o pubertad (diez años) – comienzo de la edad fértil – hasta el final de la adolescencia (19 años) (Gamboa & Valdés, 2013).

El embarazo a esta edad es, generalmente, un suceso inesperado para las adolescentes; por lo que implica situaciones complejas que llevan a considerar el embarazo un problema de salud, debido a que el cuerpo de la mujer aún no está preparado físicamente para este proceso. Durante la adolescencia la pelvis de la mujer no ha alcanzado el tamaño ideal para el parto, situación que se suma a que tampoco tiene un nivel de desarrollo cognitivo y social adecuado para asumir un nuevo rol de esta naturaleza, por lo que tienden a desarrollarse sentimientos de angustia y desesperación cuando ocurre un embarazo adolescente (Rodríguez, 2008).

Además de que se incrementan riesgos de múltiples complicaciones para la salud de la madre y el hijo ocasionadas por la poca información acerca de cuidados médicos, ya que en muchas ocasiones, la mujer adolescente no acude al médico para llevar un tratamiento

adecuado, antes y durante el embarazo; por lo que puede haber dificultades para identificar oportunamente problemas en el producto o incluso en la madre (Noguera & Alvarado, 2012).

2.1.3 Estadísticas del embarazo adolescente

Durante la adolescencia, la mayoría de las mujeres han escuchado por lo menos alguna vez sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo, el conocimiento que tienen sobre estos es muy escaso o erróneo; por ejemplo el 18.7% de las mujeres de entre 15 y 19 años, no sabe cómo utilizar la pastilla de emergencia, respecto al tiempo en que se puede tomar y ser efectiva después de haber ocurrido la relación sexual sin protección (Campero et al., 2013). De manera que a pesar de la información que se proporciona a los adolescentes sobre su sexualidad, aparentemente ésta no es suficiente y la tasa de embarazos en la adolescencia está en aumento (Rodríguez, 2008).

De acuerdo con la OMS (2014), alrededor del mundo, 16 millones de mujeres adolescentes (15 a 19 años) dan a luz cada año; hecho que ocurre principalmente en países de ingresos bajos y medios (95%). A estas estadísticas se suman los cerca de tres millones de abortos que se realizan en esta población y que, muchos de ellos, se dan de forma clandestina.

En los países de América Latina, los adolescentes que pertenecen a familias de niveles económicos bajos; en los que existen múltiples restricciones de acceso universal a servicios primarios de salud y educación; experimentan situaciones de mayor riesgo de embarazo adolescente (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas [UNICEF], 2014). Debido a esto, Latinoamérica tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo, arrojando que una de cada tres mujeres es madre antes de cumplir 20 años (Gaviria & Chaskel, s. f.).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés, 2013), indicó que, de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial, por cada mil nacimientos que ocurren en América del Sur, 74 provienen de mujeres adolescentes (Loaiza & Liang, 2013). Los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes en 2010 fueron Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela (González, Hernández, Conde, Hernández & Brizuela, 2010). En contraste, en Estados Unidos, en 2010, las tasas de natalidad específicas para adolescentes (15 a 19 años) fueron de 71.5 por cada 1000 adolescentes; sin embargo se observan notables diferencias según el grupo racial o étnico, habiendo mayor proporción de embarazos adolescentes en mujeres afroamericanas con 126.3 por cada 1000 a diferencia de las adolescentes caucásicas no hispanas con 44 embarazos por cada 1000 (Planned Parenthood Federation of America, 2011).

Datos en México, como los arrojados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014) indican que aproximadamente una de cada tres (29.2 %) adolescentes entre 15 y 19 años declaró haber tenido relaciones sexuales; de ellas, el 44.9% dijeron no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Las razones de porque no lo utilizaron fueron: porque no planeaban tener relaciones sexuales (30.6%), deseaban embarazarse (20.0%), no conocía ningún método anticonceptivo (20.3%) y porque no creía que podía quedar embarazada (15.9%) (INEGI, 2015).

Adicionalmente el INEGI (2017) indica que 19.2% de los nacimientos que se reportan en el país son de madres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad, además de que el 7.8% de mujeres de 12 a 19 años que dan a luz ya han procreado previamente y; de 2008 a 2013 la tasa de fecundidad de madres adolescentes incrementó de 69.2 a 77 por cada mil mujeres.

Por otro lado, se ha observado en nuestro país una disminución en la tasa de fecundidad que llegó en 2014 a 2.2 hijos por cada mujer; muy inferior a los 6.7 niños por mujer de la

década de los 70's y que los 3 niños por mujer de los 90's. Sin embargo, la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) menciona que México tiene la más alta tasa de fertilidad en adolescentes en América Latina y el Caribe; debido a que uno de cada cinco embarazos es de mujeres que no han alcanzado la mayoría de edad y, en 2013, cerca de medio millón de jóvenes de menos de 20 años fueron madres, lo que corresponde a un 20% de los nacimientos en el país (OCDE, 2016).

2.1.4 Factores de riesgo y protección en el embarazo adolescente

El embarazo en adolescentes es considerado una situación de alto riesgo debido a los riesgos involucrados para la madre y el producto; en este sentido es importante identificar los factores que se asocian al incremento de probabilidades de un embarazo adolescente, en relación a ello la OMS (2017) define como factor de riesgo a "*cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión*"; con el fin de tener una mayor comprensión de estos factores es necesario abordarlos de acuerdo a su desarrollo el cual puede ser psicológico y social.

2.1.4.1 Factores de riesgo psicológicos

La falta de habilidades para enfrentar la vida adulta, el inicio precoz de la actividad sexual (<15 años), bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, baja autoestima y la carencia de compromiso religioso son factores que se han asociado con un incremento de embarazos en adolescentes (Baeza, Poo, Vásquez, Muñoz & Vallejos, 2007; Menéndez et al., 2012).

En cuanto a las variables del hogar, se sabe que vivir en una familia que no le proporcione amor y comprensión, donde no exista una buena comunicación que le permita desarrollar habilidades para la vida, puede inducir a que la joven busque de manera inadecuada otras

formas de "amor" y comprensión, principalmente en compañeros de la escuela, los cuales no siempre son los adecuados (Rodríguez, 2008).

Finalmente, entre las variables psicológicas, se conoce que los problemas de salud mental son comunes durante la adolescencia, los cuáles están en su mayoría asociados con consumo de sustancias o problemas relacionados con el estado emocional, siendo los más comunes la ansiedad y depresión (Alba, 2010) y, a su vez, éstas pueden manifestarse como irritabilidad, cambio de apetito y del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y culpa, pobre autocuidado de salud e ideas suicidas; que lleva a los adolescentes a exponerse a situaciones de riesgo como consumo de drogas, deserción escolar, delincuencia e iniciación de la vida sexual a temprana edad que, a su vez se han asociado a un incremento en la incidencia de embarazos no deseados o a la transmisión de enfermedades sexuales (Bonilla-Sepúlveda, 2010).

2.1.4.2 Factores de riesgo sociales

Respecto a los factores sociales se puede señalar bajo nivel educativo, ya que se ha encontrado en estudios como el realizado por Gómez y Motota (2014) que reporta que la mayoría de las mujeres que tienen un embarazo en la adolescencia cuentan con nivel educativo promedio de secundaria incompleta, además de encontrar también en su mayoría que los padres de dichas mujeres tienen como nivel educativo la primaria inconclusa.

El bajo estatus socioeconómico aumenta el riesgo de un embarazo adolescente en comparación con un estatus medio; una posible explicación es que las mujeres ven en su pareja una opción para salir de las carencias que tiene dentro de su familia (UNICEF, 2014).

Por otro lado, se ha reportado que las mujeres que se dedican a labores domésticas y cuidado de sus hermanos menores tienden a continuar con ese rol, al considerar que no tienen

perspectivas más amplias sobre cómo obtener un empleo o realizar una carrera superior; estos hallazgos se han contrastado con las adolescentes que no han tenido un embarazo adolescente y que presentan un nivel educativo mayor a la educación secundaria en quienes se ha observado que tienen mayor número de actividades relacionadas con la escuela, permitiendo formas de recreación diferentes (Gómez-Mercado & Montoya-Veléz, 2014).

Además de la falta de atención y cuidados de los padres (Borgoño et al., 2008), las circunstancias particulares como prostitución, violación e incesto son conductas que tienen consecuencias negativas en los adolescentes y los enfrenta a situaciones de alto riesgo respecto a embarazos y enfermedades de transmisión sexual (Gamboa & Valdés, 2013).

Adicionalmente el ámbito familiar y social son factores que pueden influir en el embarazo adolescente, un estudio realizado en México muestra que, una de cada cuatro adolescentes que cursaban la secundaria eran hijas de madres solteras, en dicho estudio señalaba que el ser hija de madre soltera es un factor para que las adolescentes comenzaran su vida sexual a edades tempranas (Trejo-Lucero, Torres-Pérez, Medina-Jímenez, Briones-Garduño & Meneses-Calderón, 2009).

Otro factor importante es el matrimonio infantil (cualquier unión, formal o informal, en donde alguna de las dos partes tiene menos de 18 años); situación que en México representa un problema real, tal como lo muestra estadísticas de “Save the Children” que ha identificado que en el 2015, 6.8 millones de mujeres en México se casaron antes de cumplir los 18 años; factor que provoca que las mujeres pierdan oportunidades de educación, comprometen su salud y aumenta el riesgo de que sufran de violencia física, sexual y económica; todos ellos factores asociados a embarazos en etapa adolescente (Save the children, 2016). Además de la marginación de servicios de salud adecuados, donde se les oriente a una salud sexual y a la planificación familiar (Rodríguez, 2008).

2.1.4.3 Factores de protección

Existen factores de protección para disminuir el riesgo de un embarazo adolescente como postergar la edad de inicio de la actividad sexual de las adolescentes, así como educar de manera adecuada a los adolescentes respecto a una sexualidad responsable, un manejo adecuado de la información del uso de métodos anticonceptivos, mayor asistencia escolar y tener un hogar estable donde se establezcan valores (Flórez & Soto, 2013).

2.1.5 Consecuencias del embarazo adolescente

Uno de los principales tópicos de salud en la adolescencia lo constituye el embarazo, debido a que es un proceso que involucra un desgaste físico importante para el cuerpo de la madre, razón por la cual los embarazos en esta etapa son considerados de alto riesgo (OMS, 2014) y que pueden llevar a consecuencias en diversas áreas de la vida de la mujer.

2.1.5.1 Consecuencias físicas

Las jóvenes de 15 años o menos presentan 60% mayor riesgo de morir durante el embarazo o parto en comparación con las mujeres de 20 años o más, esto debido a que su cuerpo aún no está preparado para llevar a cabo este proceso y corren riesgo de enfrentarse a enfermedades como anemia e infecciones urinarias que además se asocian con un parto prematuro (Gamboa & Valdés, 2013).

El impacto no sólo se presenta en la mujer embarazada, sino también en los bebés que presentan dificultades como una alta tasa de mortalidad; estimada en 25 por cada 1000 nacidos (Rodríguez, 2008), la cual es significativamente mayor en comparación con la reportada en hijos de mujeres mayores a 40 años, en quienes se estima en 5.8 por cada 1000

nacidos (Nolasco-Blé, Hernández-Herrera & Ramos-González, 2011). Adicionalmente, los hijos de mujeres adolescentes presentan una mayor proporción de recién nacidos que experimentan malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral (Gamboa & Valdés, 2013).

Esto probablemente pueda asociarse a que las adolescentes acuden con menos frecuencia a tratamiento prenatal, además de que hay un porcentaje que lo hace de manera tardía, lo que impide llevar un control prenatal adecuado y puede desembocar en complicaciones durante el parto, abortos o complicaciones en el menor (Cabello & Lombardo, 2010).

Además de múltiples riesgos derivados de conductas peligrosas a las que se exponen las adolescentes como abortos clandestinos que, según la OMS (2016) entre 2010 y 2014 se produjeron 56 millones de abortos provocados (seguros y peligrosos) por año en todo el mundo; de estos, 22 millones se realizaron de manera peligrosa y produjeron 47,000 defunciones; de manera específica se estima que cada año tres millones de adolescentes se exponen a abortos clandestinos (OMS, 2014).

Como parte de los riesgos específicos, se sabe que durante un embarazo adolescente la mujer se expone a mayor riesgo de complicaciones como desgarro del tracto vaginal, un parto pre-termino e incluso la muerte; pero también se debe considerar el riesgo de suicidio, que aunque no se tienen cifras exactas, se sabe que ante una condición de no saber qué hacer, no contar con el apoyo de la pareja y la familia y/o no tener recursos individuales funcionales, puede llevar a que algunas adolescentes lo vean como una salida a sus problemas (Martínez & Félix, 2014).

Por otro lado, se deben considerar los riesgos posteriores al nacimiento que, en gran medida, están centrados en riesgos asociados a conductas desadaptativas que se presentan en mayor proporción en madres adolescentes; entre ellas se han identificado factores como un

estilo de vida que incluye comportamientos como fumar, uso, abuso e incluso dependencia al alcohol, abuso de drogas y alimentación deficiente (Cabello & Lombardo, 2010).

Factores relevantes, debido a que en caso de que la madre presente este patrón de conducta, puede poner al menor en alto riesgo de tener un crecimiento deficiente, situación que puede aunarse a que es posible que la madre no tenga el conocimiento adecuado de cómo cuidar al recién nacido (Cardozo, 2008); además de un funcionamiento intelectual disminuido como bajo desempeño escolar y desventajas en el desarrollo cognitivo, es importante recalcar que las consecuencias que se mencionaron no son un efecto directo de las madres adolescentes, sino que depende del contexto en el que se desarrolle el niño y la madre unida a otros elementos del ambiente, que permite que se convierta en un factor más de riesgo que faciliten estas conductas (Cardozo, 2008).

2.1.5.2 Consecuencias psicológicas

El embarazo en parejas adolescentes, generalmente es un evento inesperado que genera reacciones de angustia (Borgoño et al., 2008) debido a las experiencias conflictivas de su entorno que deberán enfrentar y las responsabilidades que trae consigo (Odean, 2012).

En este sentido, se ha descrito que las adolescentes muestran cambios como labilidad emocional, irritabilidad, rechazo del embarazo, aislamiento y rebeldía frente a las normas (Odean, 2012). Lo cual produce consecuencias psicológicas negativas tanto para la madre como para el hijo; siendo la depresión postparto una de las más frecuentes. La depresión postparto se presenta en las primeras cuatro semanas después del parto y es caracterizada por anhedonia, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones y la presencia de síntomas somáticos e incluso pudieran aparecer ideas e intentos suicidas (Secretaría de Salud, 2014).

En este trastorno es común que los sentimientos de culpa y rechazo, así como los síntomas depresivos giren en torno a los recién nacidos, porque las madres adolescentes pueden sentir que no son buenas y que no son capaces de cuidar al bebé o sentir desinterés por éste (Wolff, Valenzuela, Esteffan & Zapata, 2009).

Aunado a esto, se suman algunos factores situacionales como el que las adolescentes se encuentran bajo la autoridad de personas mayores, como sus padres, quienes pueden ejercer mucha presión sobre las conductas de cuidado que consideran mínimas para el bienestar del bebé; así como la posibilidad de enfrentarse a que el padre del menor decida no apoyar a la mujer ante el embarazo; lo que puede poner a la adolescente en una mayor dependencia hacia sus padres y experimentar mayores niveles de temor y angustia; así como sentimientos contradictorios en torno a su relación con el padre del menor, sus padres e hijo (Menéndez, Navas, Hidalgo & Espert, 2012)

2.1.5.3 Consecuencias sociales

El embarazo en las adolescentes conlleva muchas consecuencias no deseadas a nivel social como uniones conyugales forzadas; abandono de estudios; en su mayoría necesitarán vivir en casa de sus padres o en casa de los padres de su pareja debido a dificultades para conseguir un hogar independiente; problemas para la inserción laboral ya que cuentan con poca experiencia, además de que en ocasiones no pueden trabajar al no tener quien las apoye en el cuidado del bebé, y al ser menor de edad dificultades para obtener empleos formales; así como problemas económicas y de salud (Climent, 2009; OMS, 2014) que se pueden asociar a que debido al embarazo y las responsabilidades de cuidado del menor, muchas adolescentes abandonan sus estudios, situación que les dificulta a las adolescentes la

adquisición de capacidades y oportunidades para alcanzar una mejor calidad de vida (UNICEF, 2010).

2.1.6 Prevención del embarazo adolescente

Dentro del marco conceptual y operativo para la prevención del embarazo adolescente surge la pirámide de impacto sobre la salud, ésta es formada por cinco niveles de prevención que pueden llevarse a cabo, los cuales son los siguientes (Instituto Nacional de las Mujeres, 2018).

- Nivel 1: incidir en los determinantes sociales de la salud, incluyendo mejorar los logros académicos, promover el desarrollo juvenil, reducir la pobreza y disminuir disparidades sociales.
- Nivel 2: mejorar el contexto para incentivar decisiones saludables: marco jurídico, información, educación y comunicación para la población en general y madres y padres de familia, entre otras.
- Nivel 3: educación integral en sexualidad.
- Nivel 4: acceso efectivo a métodos anticonceptivos de larga duración.
- Nivel 5: intervenciones eficaces.

Por su parte la OMS (2011) y Mendoza y Subiria (2013) coinciden en varios puntos al plantear un plan de prevención del embarazo adolescente con el objetivo de disminuir un 20% la incidencia de éste (Tabla 1).

Tabla 1
Plan de prevención del embarazo adolescente

OMS	Mendoza y Subiria
<ul style="list-style-type: none"> • Limitar el matrimonio antes de los 18 años. • Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años. • Disminuir los diferentes tipos de violencia en los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia. • Incrementar el porcentaje de los adolescentes que terminan la educación secundaria. • Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres.

(Mendoza & Subiría, 2013; OMS, 2012, 2014).

Martínez y Felix (2014) coinciden que la mejor manera para prevenir embarazos en adolescentes es la educación sexual, tener un mayor acceso a métodos anticonceptivos, proyectos que involucren la planificación familiar y que les ayuden a plantear un proyecto de vida de acuerdo a su edad, además de ocupar a los adolescentes en actividades adecuadas a su edad y les permitan generar expectativas futuras adaptativas.

Para esto es necesario contar con la colaboración de medios de comunicación, la comunidad donde viven, familia, grupos de iguales, profesionales de la salud y grupos religiosos, entre otros; así como motivar a los estudiantes a obtener un grado más de estudios, pues está comprobado que entre mayor sea el grado de estudios de las personas, menor es la posibilidad tener un embarazo a edades tempranas, pues se cuentan con mayores aspiraciones a nivel profesional y una planificación de los hijos cuando se tenga una estabilidad económica y emocional (Acosta-Varela et al., 2012).

También es importante enfocarse en la educación a los padres, enseñarles a tratar temas “complicados” con sus hijos, establecer confianza y lograr una comunicación adecuada entre ellos; lo cual contribuye a la promoción de la salud y bienestar en México; impactando en una disminución de la mortalidad materno-infantil, el cual implica un beneficio económico y social para el país (Acosta-Varela et al., 2012).

2.1.6.1 Planificación familiar

La planificación familiar permite el empleo de métodos anticonceptivos oportunos y eficaces para que cada familia decida el número adecuado de hijos que desea tener y el momento para ello; al mismo que algunos de los métodos anticonceptivos, como los métodos de barrera, ayudan a la prevención de adquisición de infecciones de transmisión sexual (OMS, 2017).

Los métodos anticonceptivos (OMS, 2017) a los que los adolescentes tienen más acceso son:

- Métodos naturales

Las y los adolescentes no son aptos para esta clase de métodos, ya que en ellas son comunes los trastornos menstruales y otras alteraciones, algunos ejemplos son el método del ritmo y coito interrumpido

- Métodos de barrera

Son los ideales para los adolescentes, pues son baratos, accesibles y seguros, entre ellos se encuentran los condones masculino y femenino, y el espermaticidas.

- Anticoncepción hormonal combinada

La adolescente tiene la libertad de elegir cuál utilizar y cuentan con una alta eficacia anticonceptiva: píldora (diaria), parche (semanal) o anillo vaginal (mensual).

- Dispositivos intrauterinos.

Es un método de larga duración (5 años), deben ser insertados por un profesional y cuenta con más consecuencias hormonales negativas que otros métodos, como alterar el sangrado en los días de menstruación.

En cualquiera de los casos la adolescente debe tener la información adecuada de cada uno de los métodos para así elegir el que mejor se adapte a su organismo (Pelaez, 2016).

Por ello, la promoción de la planificación familiar en los adolescentes es de gran importancia al constituir una población prioritaria para la educación de uso de anticonceptivos y salud reproductiva. Esto debido a que considera que están más expuestos a situaciones de riesgo debido a la inexperiencia y la propia etapa de vida que los lleva a desear experimentar diversas y nuevas situaciones y que los vuelven blanco de los grupos de narcotráfico, violencia y explotación sexual (Pelaéz, 2016).

Aunado a ello, las adolescentes están expuestas al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, las cuales son responsables de una gran variedad de problemas de salud, (Rodríguez, 2008).

Por ello la importancia de una educación sexual adecuada, ya que al educar a las mujeres para cuidarse y tener la capacidad de decidir sobre embarazarse o no, tiene una repercusión a corto y largo plazo en su bienestar y salud, pues evita los embarazos no deseados y abortos realizados de manera clandestina que, en su mayoría, resultan peligrosos para la madre adolescente. Así la planificación familiar permite que tanto hombres como mujeres decidan número de hijos que quieren tener, apoya la salud y desarrollo de las comunidades y tener una educación adecuada (OMS, 2017).

2.2 Agresión

2.2.1 Definición de agresión y violencia

La agresión es definida con una conducta o respuesta emocional adaptativa, debido a que activa mecanismos biológicos de defensa frente a peligros del medio ambiente (Arias, 2013).

Levit (2001) propone dos tipos de agresión; agresión emocional (u hostil) en la que los atacantes buscan dañar a sus víctimas y la agresión instrumental en la que tienen como fin logros injuriosos. Menciona que a menudo la agresión se genera a partir de ambos fines, como por ejemplo, un marido puede estar molesto cuando golpea a su esposa o por el placer de hacerle daño.

Raine (2006) menciona que la agresión reactiva es un comportamiento que sucede como reacción a una amenaza percibida y que suele estar relacionada con una activación emocional intensa, impulsividad, hostilidad y déficits en el procesamiento de la información, tiene como único fin dañar al otro. Finalmente, la agresión proactiva, tiene como fin el conseguir un beneficio o llegar a algún objetivo (citado en Penado, Andreu & Peña, 2014).

En este sentido, la violencia es definida por la OMS (2017) como el uso intencional de la fuerza física o amenazas contra uno mismo o contra otros, que es muy probable que tenga como consecuencia traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. Algunos ejemplos de violencia son el vandalismo, pandillaje, secuestros, robos, violaciones y bullying entre otros.

En general se diferencia a la agresión de la violencia, porque la agresión es un acto compartido con la intención de defensa, ante la amenaza percibida con y sin la intención de dañar al otro; mientras que la violencia implica un abuso de poder y la aplicación de una fuerza excesiva destructiva (Reyma, 2015).

2.2.2 Teorías de la agresión en la adolescencia

2.2.2.1 La teoría etológica

Ésta teoría explica a la agresión humana como una conducta de supervivencia tanto del individuo como de su especie, la agresión por lo tanto tiene un valor adaptativo (Chapi, 2012). Uno de los principales exponentes de la teoría etológica es Konrad Lorenz, quien afirma que los seres humanos están más afectados por la conducta agresiva que los propios animales, ya que convirtieron la agresión como una amenaza más que como una conducta de supervivencia (Reyma, 2015).

Konrad Lorenz (1972) divide a la agresión en dos tipos:

- Agresión inter-específica: se cumple en la búsqueda de alimentos, como defensa de un depredador por el cual está siendo acosado, y la respuesta frente a estímulos que provoquen una amenaza.
- Agresión intra-específica: cubre la función de distribución territorial, defensa de las crías e instauración y mantenimiento de jerarquías dentro de un grupo (Konrad, 1972).

2.2.2.2 La teoría del aprendizaje social

El papel principal para la adquisición de conductas agresivas es el medio externo. El principal exponente de esta teoría fue Bandura, quien refirió que las personas son susceptibles de aprender conductas de acuerdo al ambiente en el que se desarrollan, que son reforzadas y que la principal fuente de aprendizaje es la observación (Bandura, 1971). Para Bandura, la presencia de la agresión depende de la manera en cómo el individuo aprendió a manejar la frustración generada en una situación donde no se tiene control y destaca dos formas principales para adquirir la conducta:

- Experiencia directa: se basa en las experiencias de los sujetos que pueden dar a provocar efectos negativos o positivos haciendo que el sujeto repita o evita la conducta.
- Aprendizaje por medio de modelos: es el aprendizaje por medio de la observación, a otras personas con lo cual se forman ideas que los guían en situaciones similares (Bandura, 1987).

El contexto en el que se desarrolla el adolescente es muy importante para determinar si una persona será o no agresiva en el futuro; en ocasiones las personas agresivas son aquellas que son rechazadas dentro de su ambiente familiar, creando ideas negativas sobre las personas a su alrededor (Arias, 2013).

De acuerdo con estas dos teorías, la agresión puede ser considerada una conducta adaptativa que se aprende mediante la observación y que permite al individuo responder ante situaciones evaluadas de riesgo; es decir, depende de los aprendizajes que haya adquirido durante su desarrollo dentro de una familia y un medio exterior (Reyma, 2015).

En la adolescencia las conductas agresivas son recompensadas por sus pares, quienes les dan un status alto frente a los demás; además de la posibilidad de que aquel adolescente que se comporta de manera agresiva en su vida social, esté siendo víctima u observador de agresiones dentro de su hogar, pues los adolescentes construyen su identidad a través de la imagen que perciben de personas significativas con las que interactúan (Chapi, 2012).

2.2.3 Agresión durante el embarazo

En un estudio realizado en adolescentes para identificar si existe una relación entre la agresión y el embarazo adolescente, se encontró que la agresión es considerada como un predictor del embarazo adolescente, debido a que las niñas que presentaban conductas agresivas durante la infancia tenían un mayor riesgo de tener un embarazo adolescente y suelen tener más hijos (Crittenden, Boris, Rice, Taylor & Olds, 2009).

Ser madre adolescente se ha considerado como un factor de riesgo para el maltrato fetal, el cual se entiende como cualquier acto que de manera intencional o no puede lesionar al embrión o feto (Fajardo-Ochoa & Olivas-Peñuñuri, 2010).

La agresión también se puede presentar cuando no se cumplen con los cuidados recomendados durante el embarazo como consumir drogas legales e ilegales, inducir al aborto o si la mujer embarazada está siendo maltratada por su pareja o por algún familiar. La principal forma de maltrato fetal encontrada en un estudio fue la falta de control prenatal, seguida del consumo de drogas (Ramos, Barriga & Pérez, 2009).

Las drogas legales más consumidas por la adolescentes embarazadas son el tabaco (69.2%), alcohol (19.2%) y; de las drogas ilegales, se encuentra la marihuana (14%) y cocaína (2%). Los daños que puede provocar el consumo de drogas en la madre y en el feto

incluyen mayor tasa de mortalidad, partos prematuros, problemas respiratorios y riesgo de problemas de desarrollos postnatales como el abandono (Tapia et al., 2016).

Datos de INEGI (2015) muestran que 47 de cada 100 mujeres de 15 años, que han tenido al menos una relación de pareja, matrimonio o noviazgo; han sido agredidas por su actual o última pareja a lo largo de su relación y la violencia de pareja es más común en mujeres que se casaron o unieron antes de los 18 años con un 52% en comparación con quienes se casaron siendo mayores de 18 años con un 43.3% (INEGI, 2015).

2.2.4 Problemas de pareja

Durante la adolescencia decrece el tiempo de permanencia con la familia nuclear y aumenta el tiempo destinado a los amigos y hacia personas del sexo opuesto. En esta etapa es cuando emergen las relaciones sentimentales y se establece el noviazgo, que permite el desarrollo socio-afectivo de la persona (Galicia, Sánchez & Robles, 2013). La elección de pareja suele estar determinada por el comportamiento de cada uno de los individuos hacia el otro.

El noviazgo es considerado como la época ideal de la pareja, pues los momentos que se viven en esta época están caracterizados por alta intensidad de alegría y pasión. La finalidad de éste es enseñar a cultivar y conocer la capacidad que tienen las personas de dar y recibir (Estévez, 2013).

En ocasiones, el enamoramiento durante ésta época puede acompañarse de conductas violentas que pueden confundirse con demostraciones de amor, por ejemplo, las expresiones de afecto (la preocupación excesiva por el otro, pequeñas prohibiciones y los celos) y los juegos (pellizcos, empujones) que en especial son difíciles de reconocer en la adolescencia. Debido a la falta de experiencia, se pueden confundir con conductas propias de los roles que

cumplen las personas a esa edad, como el que el varón es quien ejerce poder durante la relación y que las mujeres necesitan de protección y cuidado (Aguilar, 2010).

2.2.5 Principales instrumentos de medición de agresión

- **Escala de agresividad de Mirta Margarita Flores Galaz (1989).** Basada en Choyoswki (1980). Evalúa la propensión a reñir o a cometer contra otra persona con la intención de hacerle daño. Cuenta con 33 afirmaciones cuyas opciones de respuesta van de “*Completamente falso*” (1) a “*Muy cierto*” (5). Para su validación, se efectuó un análisis factorial de componentes principales (PA2) con rotación varimax. Se produjeron cinco factores que explicaron 96.7% de la varianza total. Agrupados en seis factores que son Paranoia (9) Vengatividad (7) Autocontrol (7) Contradicción (4) Agresividad verbal (3) Ansiedad ante la agresión (3). Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con iteraciones (PA2) con rotación varimax. Se produjeron cinco factores que explicaron 96.7% de la varianza total. Los índices de confiabilidad obtenidos para los factores oscilaron entre = 0.76 y 0.90 (Flores, 1989).
- **Agresion Questionnaire (AQ) Buss y Perry (1992).** Es un cuestionario que mide agresividad mediante cuatro factores: agresión física, agresividad verbal, hostilidad e ira. Compuesto por 29 ítems en su versión original, codificados es una escala tipo Likert de cinco puntos 1 (completamente falso para mi), 2 (bastante falso para mi), 3 (ni verdadero ni falso para mi), 4 (bastante verdadero para mi) y 5 (completamente verdadero para mi) El coeficiente alfa para cada sub escala es: agresión física .85, agresión verbal .72, ira .83 y hostilidad .77, puntaje total .89 (Buss & Perry, 1992).

2.3 Depresión en el embarazo adolescente

2.3.1 Definición

Actualmente, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (2014) (DSM por sus siglas en inglés) caracteriza a los trastornos depresivos por *“la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo”*.

La guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo del adulto de la Secretaría de Salud (2015) establece que *“La depresión es una alteración del estado de ánimo como; descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo que es una afección global de la vida”* (Secretaría de Salud, 2015)

En los adolescentes se puede presentar como irritabilidad, cambios en el apetito, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de culpa, pérdida de interés por su aspecto físico e ideación suicida (García, 2011; Trejo-Lucero et al., 2009); y ser manifestado mediante conductas desadaptativas como abuso de sustancias, iniciación de vida sexual a edades tempranas que se ha asociado con embarazos no deseados (Trejo-Lucero et al., 2009).

2.3.2 Sintomatología clínica de la depresión en la adolescencia

El principal manual para definir los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor que permiten diagnosticar el trastorno es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés) los cuales son los siguientes:

Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 - a. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - b. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - c. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
 - d. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - e. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

- f. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- g. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Además se debe considerar importante el deterioro en las relaciones con los otros que se puede presentar en las personas con depresión (Vázquez, 2014). Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, la sintomatología depresiva se puede clasificar como leve, moderado o grave. Las personas con episodios depresivos leves tienen dificultad para realizar actividades laborales y sociales, pero sin suspenderlos en su totalidad. El episodio moderado el número de síntomas, la intensidad y deterioro funcional están especificados para leve y grave (DSM, 2013).

En el episodio depresivo grave el paciente no puede mantener actividades sociales, laborales y si lo logra será con grandes limitaciones

Según la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la adolescencia y la infancia (2009) la sintomatología se presenta en tres esferas:

- a) Esfera activa y conductual; que describe los síntomas de agresividad, irritabilidad, agitación o inhibición psicomotriz, y así como apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad e incluso ideas recurrentes de muerte.
- b) Esfera cognitiva y actitud escolar; en la que podemos observar baja autoestima, falta de concentración, bajas calificaciones y problemas de conducta en relación con sus pares.
- c) Esfera Somática; en la que se puede identificar dolor abdominal, trastornos del sueño, disminución o aumento del apetito.

Además de incrementar el riesgo de que aparezcan conductas negativistas y disociales, abuso del alcohol y otras sustancias, deseos o intentos de fugas, aislamiento, descuido del cuidado personal, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (auto-reproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009).

Se sabe que durante la adolescencia pueden presentarse diversos síntomas que suelen ser asociados con la depresión, debido a los cambios biológicos y psicológicos que ocurren en esta etapa de la vida; si los síntomas se mantienen hasta la vida adulta puede convertirse en problemas serios de salud y causar serias consecuencias en la vida del sujeto dentro de las áreas en las que se desarrolla (Gonzalez-Forteza et al., 2011) por lo que deben ser evaluadas y atendidas durante la adolescencia.

2.3.3 Epidemiología de la depresión en la adolescencia

En la actualidad, la depresión y sus manifestaciones son uno de los principales problemas de salud en la población mundial, tanto por su impacto en la vida del individuo como por su prevalencia. Se estima que, en 2020, la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos (Gonzalez-Forteza et al., 2011).

La depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundial que se calcula afecta a alrededor de 300 millones de personas, ésta puede convertirse en un problema de salud serio, ya que afecta en las distintas áreas de vida del sujeto como la laboral, escolar o familiar; además de que es un factor importante en el suicidio que es la segunda causa de muerte en el grupo de personas de entre 15 y 29 años (OMS, 2017).

En México, la depresión ocupa el primer lugar entre las causas de años de vida asociados con discapacidad (Veytia, González, Andrade, & Oudhof 2012). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica indica que el 2% de la población mexicana ha padecido un episodio depresivo antes de los 18 años de edad. Mientras que la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, reportó que 10.5% de la población adolescente presentaron depresión mayor, distimia o trastorno bipolar I y II (Veytia et al., 2012).

La depresión en los jóvenes es considerada un problema de salud, pues afecta el desarrollo psicosocial de la persona que lo padece debido al riesgo que presenten conductas autodestructivas que incluso, pueden mantenerse hasta la vida adulta (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009) y, aunque es una enfermedad muy común, no muchas personas reciben un tratamiento, según la OMS (2017) más de la mitad de los afectados por todo el mundo no reciben atención especializada.

2.3.4 Teoría cognitiva sobre la depresión

El modelo cognitivo de la depresión explica que ésta se asocia con la forma en que el sujeto se percibe a sí mismo y a su medio, ya que tienden a experimentar respuestas desadaptativas ante situaciones estresantes o factores ambientales que la persona considera lo pone en vulnerabilidad. Entre los factores detonadores de sintomatología depresiva se han identificado la pérdida y fracaso en algún área de vida del sujeto (Hernández, 2010).

La manera en cómo el sujeto percibe las situaciones a su alrededor, pueden hacer que perciba, codifique e intérprete de forma negativa la información que recibe y se formen esquemas los cuales constituyen una base de la personalidad (Beltrán, Freyre, & Hernández-Guzmán, 2013).

En los adolescentes se presentan diferentes situaciones estresantes, de los cuales los que se perciben con mayor intensidad son la muerte de un familiar, una ruptura de la relación de pareja y situaciones asociadas a presiones escolares debido a las demandas a nivel cognitivo y emocional (Veytia et al., 2012).

La presencia de situaciones estresantes y la manera en cómo se reaccione ante estas es comúnmente relacionada con la aparición de depresión, el modelo cognitivo considera importante la relación que existe entre los eventos estresantes y la aparición de síntomas depresivos en la adolescencia (Veytia et al., 2012).

Es así como la persona deprimida se caracteriza por procesar la información emocional de manera sesgada, pues pone atención a la información que obtuvo de eventos estresantes que tuvieron una respuesta negativa ignorando la que está presente. Esta información negativa favorece la aparición de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Creando ideas sobre defectos personales y donde el mundo les presenta obstáculos insuperables que les impiden llegar a sus metas, a estos tres grupos de juicios negativos se les denomina Triada Cognitiva Negativa de la Depresión y la cual se considera responsable del mantenimiento de los síntomas depresivos (Lozano, Valor-Segura, Pedrosa, Suárez-Álvarez, García-Cueto & Lozano, 2016).

2.3.5 Principales instrumentos de evaluación para la depresión

La aplicación de instrumentos de medición acompañada de una entrevista clínica permite hacer un diagnóstico adecuado para la posible presencia de síntomas depresivos.

Existen diversos instrumentos de apoyo para el diagnóstico de la depresión, los cuales tienen como objetivo la evaluación de los síntomas del sujeto en un determinado tiempo

(Instituto Nacional de Rehabilitación, 2015). Los siguientes son algunos de los instrumentos más utilizados para la valoración de la depresión.

- **Inventario de Depresión de Beck** (BDI por sus siglas en inglés) es uno de los instrumentos más aplicados, ya que cuenta con múltiples traducciones y validaciones en diferentes países. Es un instrumento auto-aplicado con 21 ítems en los que se presentan cuatro opciones de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad, donde el sujeto tiene que elegir con cuál se identifica mejor su estado de ánimo durante las últimas dos semanas, con una puntuación de cero a tres. La máxima puntuación total posible es 63 y con base en el puntaje del sujeto se interpreta siguiente el manual que indica que 0-9 (mínima) ,0-16 (leve), 17-29 (moderada) y >30 (grave). El análisis de consistencia interna arrojó un valor de .87. Todos los reactivos mostraron capacidad discriminativa (obtenida mediante el contraste del 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos. La validez concurrente del BDI fue de $r = .65$. (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).
- **Escala de Hamilton para la depresión** (HRSD o HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression), fue diseñada para evaluar la intensidad o gravedad de la depresión por clínicos, es utilizada para monitorizar los síntomas depresivos en la práctica clínica y en la investigación. La versión original está compuesta por 21 ítems, sumando la puntuación de ésta escala proporciona un puntaje global de la gravedad del cuadro depresivo. Los puntos de corte son los siguientes: 0-9 (no depresión), 8-13 (subclínica), 14-18 (leve), 19-22 (moderada) y >23 (grave) (Hamilton, 1960).
- La **Montgomery Asberg Depression Rating Scale** (MADRS), es una escala heteroaplicada que consta de 10 ítems, evalúa la gravedad de síntomas depresivos,

debe ser aplicada por un clínico. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, pensamiento pesimista y suicida, tensión interna, disminución del sueño y apetito, el marco temporal corresponde a la última semana o a los últimos tres días. Ésta tiene la ventaja de no evaluar síntomas de ansiedad. La puntuación en cada ítem oscila entre los 0 a los 6 puntos, la puntuación total se encuentre entre 0 y 60 y, aunque no existen puntos de corte definidos, se sugieren los siguientes: 0-6 (no depresión), 7-19 (leve), 20-34 (moderada) y 35-60 (grave). Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.88 (Montgomery & Asberg, 1979).

- **Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**, es la versión auto aplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure). Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0,835. Consta de 9 ítems que evalúan síntomas depresivos (de acuerdo a los criterios del DSM-IV) en las últimas dos semanas. Para el diagnóstico de depresión mayor se sugiere que estén presentes 5 de los 9 síntomas y haya sido por más siete días. El rango de puntuación es de 0-27 y cada ítem oscila de 0 (nunca) a 3 (más de la mitad de los días) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001).
- **Center for Epidemiologic Studies Depression Rating Scale (CES-D)** la versión original consta de 20 ítems que evalúan los diferentes síntomas de depresión, durante la última semana, los cuales son: afecto deprimido, afecto positivo, síntomas somáticos y problemas en las relaciones interpersonales. Su punto de corte es 16. El rango de puntuación es de 0 a 60 y cada ítem oscila 0-1 días (rara vez o ninguna vez), 1-2 días (alguna vez o muy pocas veces), 3-4 (ocasionalmente o varias veces) y 5-7 días (la mayor parte del tiempo). El análisis factorial con rotación varimax produjo tres factores que explicaron 51.7% de la varianza total. Su índice de consistencia

interna (α) para escala total de .88, y para los factores de .86, .83 y .71 (Radloff, 1977).

El DSM 5 (2014) recomienda que además de los datos recabados en el instrumento (que se decida aplicar) y en la entrevista, se deben tener presente las características del episodio como duración, cantidad e intensidad de los síntomas; así como el apoyo social que mantiene el sujeto, grado de discapacidad y evaluar el riesgo de suicidio.

2.4 Solución de problemas

2.4.1 Definición

Los adolescentes se enfrentan a situaciones donde deben resolver problemas a lo largo de su vida y cada uno las enfrenta de manera diferente dependiendo del aprendizaje que hayan adquirido a lo largo de su desarrollo y, es bien sabido, que algunas maneras de respuesta resultan más efectivas que otras (Berdullas, 2016).

La manera en cómo las adolescentes responden a las situaciones que se les presentan pueden alterar su salud mental ya que pueden incrementar o disminuir la probabilidad de que padezcan depresión y de que actúen de manera agresiva; por ello es importante tomar en cuenta la solución de problemas en las adolescentes embarazadas (Berdullas, 2016).

Un problema es definido como aquella situación de la vida a la que los seres humanos se enfrentan a diario, la cual demanda una reacción adaptativa que puede ser inmediata (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2004). En cuanto a la solución de problemas es un proceso de tipo cognitivo-afectivo-conductual en el cual la persona identifica, descubre, inventa o adapta la manera de enfrentarse a los problemas que se le presentan (Bell & D'Zurilla, 2009).

Los problemas son parte de la vida de las personas, una buena solución depende de la decisión que se tome al resolver el problema, debido a que puede traer consigo consecuencias negativas o positivas en las personas, para lograr una buena solución de problemas depende de las habilidades que hayan adquirido desde la infancia, sino es así, esto les ocasionará problemas en su vida adulta. Tomando en cuenta que la actitud que se tiene hacia el problema es un determinante para una buena solución del problema (Garaigordobil, Machimbarrena & Maganto, 2016)

Garaigordobil, Machimbarrena y Maganto (2016) mencionan que las adolescentes cuentan con mayores habilidades de comunicación, usan más estrategias de cooperación y tienen mayor empatía para resolver los problemas, a diferencia de los adolescentes hombres.

La adolescencia es una etapa en la que empiezan a adquirir responsabilidad de tomar decisiones que tienen consecuencias sobre su salud y aún más en su salud sexual, estas decisiones les ayudan a solucionar los problemas que se les presentan, en éstas interfieren las influencias de sus pares y en general su entorno social. Respecto a su sexualidad deben tomar decisiones sobre las parejas con las que tendrán relaciones sexuales, usar o no algún método anticonceptivo, entre otras; en general comienzan a tener el control de su vida. Toman decisiones considerando sus propios intereses, actitudes y valores, algunos atienden las expectativas de sus padres y otros en función del que piensan sus pares (Vargar, Henao & González, 2007)

La toma de una decisión es generadora de estrés, debido a que al enfrentarse a un problema se generan posibles consecuencias (Luna & Laca, 2014).

El modelo de Janis y Mann sobre la toma de decisiones, menciona que ésta conlleva un conflicto de decisión que es generador de estrés, dicho estrés tiene dos fuentes; la preocupación por pérdidas objetivas y la preocupación por pérdidas subjetivas, las cuales

hacen que la persona lo único que quiera sea terminar lo antes posible con el problema, sin pensar en las consecuencias o a que en lugar de terminar con el problema se aplace la solución y en algún momento ésta quede estancada y no puede avanzar (citado en Luna & Laca, 2014).

Para resolver dicho conflicto de decisión puede optar por las siguientes opciones:

a) Vigilancia, cuando el sujeto es optimista respecto a encontrar una solución y cree que tiene el tiempo suficiente para buscar y evaluar la información; b) Hipervigilancia, cuando el individuo cree que es posible encontrar una solución pero piensa que el tiempo de que dispone es insuficiente de modo que, sus niveles de estrés aumentan y la solución puede no ser la correcta; c) Evitación defensiva, cuando el individuo es pesimista respecto de encontrar una solución e intenta escapar del conflicto evitando tomar una decisión (Luna & Laca, 2014).

En la adolescencia se experimentan muchos cambios psicológicos, biológicos y conductuales, además de algunas variaciones culturales, la adolescencias está caracterizadas por la búsqueda de nuevas experiencias, incluidas en ellas las de riesgo, esto se explica porque los adolescentes (Acuña, Castillo, Bechara & Godoy, 2013).

2.4.2 Modelo de solución de problemas

El modelo de solución de problemas, tiene como premisa principal que la capacidad de resolución de problemas es definida por las habilidades y destrezas que el sujeto desarrolló a lo largo de su vida y que le permitirán lograr una respuesta o consecuencia adecuada.

Rodríguez, Rabazo y Naranjo (2015) identifican cinco dimensiones en el proceso de solución de problemas, donde dos son enfocadas a la orientación del problema (positiva y

negativa) y tres enfocadas a la resolución del problema (racional, impulsivo y evasivo) los cuales son descritos a continuación:

- Orientación positiva: es adoptar una postura constructiva que permita valorar la situación como un desafío.
- Orientación negativa: implica acciones disfuncionales o inhibidas, donde la persona percibe la situación como una amenaza hacia el bienestar psicológico o social.
- Estilo de resolución del problema racional: este estilo se compone de cuatro pasos; identificación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones, implementación y por último la verificación de la solución
- Estilo de resolución del problema Impulsiva: está caracterizado por la aplicación de estrategias inmediatas, limitadas, apresuradas e incompletas.
- Estilo de resolución del problema evasivo el cual implica una conducta desidiosa, pasiva y dependiente, las personas prefieren no enfrentar el problema o aplazar la solución.

2.4.4 Instrumentos de solución de problemas

- **Inventario de solución de problemas revisado** (SPSI-R por sus siglas en inglés) en su versión validada para población mexicana, consiste en un cuestionario de autorreporte que evalúa la capacidad de la persona para solucionar problemas de la vida diaria. Consiste en 25 ítems que se presentan en formato de escala Likert que va de 0 (nada en absoluto), 1 (escasamente), 2 (moderadamente) 3(bastante) y 4 (completamente). Se divide en 4 factores; a) resolución racional de problemas, b) estilo evitativo-inseguro, c) estilo impulsivo-descuidado y d) estilo orientación negativa al problema. Los

coeficientes del alfa de Cronbach para los factores fueron de .8 a .66. (Galindo et al., 2016).

- **Conflictalk. Instrumento para medir los estilos de mensajes de resolución de conflictos en jóvenes y adolescentes (Kimsey & Fuller, 2003).** Autoinforme diseñado para identificar el estilo de abordaje del conflicto en jóvenes y adolescentes. Mide 3 estilos de resolución de conflictos: enfocado en sí mismo (agresivo: implica estar centrado en sí mismo, queriendo que las cosas se hagan a la manera propia; frente al conflicto se actúa de forma agresiva y autoritaria), enfocado en el problema (cooperativo: implica mostrar interés por la causa del conflicto y por identificar concretamente el problema en colaboración con el otro, el interés se centra en encontrar la mejor solución y en la actuación cooperativa), y enfocado en los otros (evitativo: implica pensar que el conflicto siempre es malo, frente al conflicto se actúa de forma pasiva). Presenta 18 frases que podrían expresarse en una situación de conflicto, y se solicita que el adolescente puntúe cada frase en una escala de 1 a 5, indicando con ello desde “nunca digo cosas como esa” (1) hasta “casi siempre digo cosas como esas” (5). La consistencia interna de la muestra original para los 3 estilos fue, orientado al problema: .87, orientado a uno mismo = .81, y orientado hacia los otros = .63.

2.5 Consecuencias de agresión, depresión y solución de problemas en el embarazo adolescente.

2.5.1 Consecuencias de agresión en el embarazo adolescente

La conducta de cada persona se representa por medio de su personalidad, ésta en ocasiones suele sobrepasar los límites de la normalidad que la sociedad establece para poder llevar una

convivencia "sana", afectando de manera directa la vida familiar, social e individual, afectaciones que se pueden llevar hacia la adultez y que son difíciles de cambiar a lo largo de la vida (Rabadán & Giménez, 2012).

Las acciones que ejerce la madre sobre sí misma repercuten de manera directa en el producto, las principales consecuencias de agresión al feto durante el embarazo son retraso mental, retardo en el crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas e incluso muerte fetal; de manera adicional se considera que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas pueden generar síndrome de abstinencia en el recién nacido (Ramos et al., 2009).

Las consecuencias pueden variar dependiendo de la etapa de gestación en la que se encuentre, el tipo de agresión, y el tiempo por el que haya pasado la mujer embarazada (Ramos et al., 2009).

La mujer agredida durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas, pues tiene mayor riesgo de sufrir depresión, estrés y dependencia a drogas legales e ilegales. Además de consecuencias físicas como infecciones vaginales, cervicales o renales, bajo peso que puede ocasionar anemia, sangrado vaginal, hemorragias, complicaciones durante el parto, aborto espontáneo e incluso la muerte (Rojas, Yanéz & Cadena, 2012).

2.5.2 Consecuencias de la depresión durante el embarazo

Aunque todas las mujeres que van a ser madres sufren el mismo desequilibrio hormonal, no a todas les afecta de la misma manera, pues si la mujer poseía ya una estabilidad emocional adecuada antes del embarazo es muy probable que ésta se mantenga, pero si la mujer sufrió de trastornos psicológicos y sucesos estresantes, el embarazo puede ampliar los desajustes

emocionales llegando incluso a la depresión (Ruiz-Acosta, Organista-Gabriel, López-Avendaño, Cortaza-Ramírez & Vinalay-Carrillo, 2017).

La depresión en la embarazada puede caracterizarse por cambios conductuales que afectan a la madre y al producto, debido a la disminución de la habilidad para responder a las demandas de maternidad. Conductas como, el abandono de los cuidados prenatales, deterioro en el autocuidado, la poca atención a los cuidado médicos y el abuso de alcohol, tabaco u otras drogas, además de una mala alimentación, cosas que afectan en el desarrollo del niño y que los hijos de mujeres que tuvieron depresión durante el embarazo, tienen una probabilidad de un 4.7% de tener depresión durante su adolescencia (Jadresic, 2010; Lara & Navarrete, 2012).

Bao-Alonso, Vega-Dienstmaier y Saona-Ugarte (2010), plantean que la depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el bebé al nacer, como bajo peso al nacer, deficiencias en el estado nutricional, menor orientación auditiva y visual, irritabilidad y problemas del sueño.

El estado de ánimo durante el embarazo adolescente es muy importante, pues en investigaciones se ha encontrado que la depresión tiene una estrecha relación con el riesgo de embarazo en la adolescencia y otras situaciones complejas para la edad (Martínez & Waysel, 2009; Mollbor & Morningsta, 2009)

Los niveles de depresión han tenido una amplia atención en el embarazo adolescente debido a los cambios de emotividad, relacionados con los cambios físicos, posible rechazo o aceptación de sus pares, sucesos comunes que los adolescentes suelen percibir como graves (Martinez & Waysel, 2009).

Mollbor y Morningsta (2009) encontraron que las madres adolescentes suelen tener niveles más altos de depresión en comparación con las madres adultas, ya que la noticia

inesperada del embarazo aumenta la presencia de temor generado por no recibir apoyo de la pareja o la familia; al respecto, se ha reportado que estos niveles suelen disminuir si la adolescente logra una estabilidad emocional y económica con su pareja

Otro hallazgo sobre las consecuencias de la depresión en el embarazo adolescentes es que la agresión psicológica de la familia hacia la adolescente y la depresión se asocian de manera significativa con el Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) y Síndrome Prematuro del Parto (SPP), ya que regularmente en un contexto en el que participan diversas variables como que las adolescentes están más expuestas a estresores como violencia física, sexual y psicológica dentro de su hogar, niveles bajos de estabilidad económica y la falta de apoyo emocional y social (Muñoz & Oliva, 2009; Trejo-Lucero et al., 2009).

La sintomatología depresiva en adolescentes tiene características singulares como síntomas agudos de desamparo, falta de placer, desesperación y cambios de peso que en los adultos; los episodios de depresión observados combinan periodos de funcionamiento inadecuado, con fases de un buen funcionamiento; siendo más probable el abuso de sustancias, embarazos no deseados y conductas violentas, especialmente contra ellos mismos, por ejemplo con intentos de suicidio (Rivera-Heredia, Martínez-Servín, & Obregón-Velasco, 2013).

2.5.3 Consecuencias de una mala solución de problemas en el embarazo adolescente

La solución de problemas es asociada con diversos factores; la maduración del cerebro adolescente, la percepción que tiene del riesgo, los distintos sistemas de procesamiento de la información, la familia, los pares y en general la sociedad en la que se desarrollan (Luna & Laca, 2014).

Como se ha mencionado los problemas son parte de la vida de las personas, y la solución de estos depende de la decisión que se tome, teniendo en cuenta las actitudes de las personas, y la orientación que se tiene hacia el problema. Así como también depende del patrón que elija para tomar una decisión, además de la orientación que tenga frente al problema (Luna & Laca, 2014).

El manejo adecuado de la solución de problemas no es fácil para los adolescentes, y aunque no existen muchos estudios relacionados con las consecuencias de una mala solución del problema, si existen estudios (Alexander 2001; Batiuk, Boland y Wilcox, 2004) y en donde mencionan potenciar la solución de problemas en los y las adolescentes ayuda a mejorar su autoestima y el concepto que tienen sobre sí mismos. Además de Österman y Kaukiainen (2000) mencionan que personas empáticas logran una mejor resolución de los problemas y un manejo adecuado de los conflictos (citados en Garaigordobil, Machimbarrena & Carmen Maganto, 2016).

3. Método

3.1 Justificación

En México, el 19% de los nacimientos registrados en el 2012 fueron producto de mujeres adolescentes (Villalobos-Hernández et al., 2015), es decir, anualmente el 20% de los embarazos ocurren en menores de 20 años (Mora-Cacino & Hernández-Valencia, 2015).

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, que a lo largo de los años ha adquirido una gran importancia, debido a su alta prevalencia, el impacto que tiene sobre la madre, el producto y la sociedad, así como los altos costos para los sistemas de salud (Veytia et al., 2012).

Se ha descrito que las mujeres adolescentes que se embarazan se enfrentarán con mayor frecuencia a problemas de salud como complicaciones en el embarazo y parto, dar a luz a un producto con bajo peso, desnutrición y peligro de muerte; además de problemas de salud mental como mayor prevalencia de depresión, mayor riesgo de cometer conductas de agresión hacia sí misma o al bebé, y mayor probabilidad de sufrir agresiones por parte de su familia nuclear o pareja. Aunado a eso se enfrentan a múltiples situaciones estresantes y desventajosas para su futuro como son mayor probabilidad de abandonar sus estudios, menor probabilidad de obtener un empleo bien remunerado y pobres habilidades para el cuidado personal o del menor (Mora-Cacino & Hernández-Valencia, 2015).

Es importante considerar la manera en como los adolescente solucionan los problemas, debido a que los problemas son parte de la vida de las personas, y que cada problema se afronta de manera diferente, ya sea de manera positiva o negativa; Sin embargo, cada decisión puede influir en el estado de la persona, provocando estrés o tensión si la respuesta tiene consecuencias negativas. En este sentido es importante adquirir habilidades desde

edades tempranas, para así mantener relaciones interpersonales para así mantener una vida adulta saludable (Garaigordobil, Machimbarrena & Carmen Maganto, 2016).

Ante dichas dificultades que enfrentan, es importante determinar si el incremento en la prevalencia de sintomatología psicológica es significativamente diferente entre las adolescentes embarazadas y quienes no lo están desde el momento del embarazo, ya que muchos estudios han evaluado dicha sintomatología al momento del parto o en los meses posteriores a éste, para así identificar áreas de oportunidad tanto para la evaluación sistematizada oportuna de factores de riesgo como el desarrollo de intervenciones especializadas para prevenir las consecuencias negativas asociadas al embarazo.

Es por ello que el presente estudio busca comparar sintomatología de depresión, conductas de agresión y solución de problemas entre adolescentes embarazadas y quienes no lo están para conocer no sólo si hay diferencias en los constructos globales, sino conocer en todo caso, los factores en los que pudieran existir mayores diferencias y que pudiesen convertirse en áreas de oportunidad de evaluación e intervención para prevención terciaria.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Comparar los niveles de depresión, agresión y solución de problemas en adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas de entre 12 y 19 años de edad.

3.2.2 Objetivos específicos

- Conocer los niveles de agresión, depresión y solución de problemas en adolescentes embarazadas.

- Conocer los niveles de agresión, depresión y solución de problemas en adolescentes no embarazadas.
- Comparar los niveles de agresión, depresión y solución de problemas entre adolescentes embarazadas y no embarazadas, para identificar si existen diferencias.

3.3 Participantes

Se utilizó un diseño no experimental, transversal, en una muestra no probabilística intencional compuesta por 100 participantes de sexo femenino, adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, divididas en dos grupos, 50 adolescentes embarazadas (Grupo 1) y 50 adolescentes no embarazadas (Grupo 2).

Grupo 1

La aplicación de las escalas para el grupo de adolescentes embarazadas fue realizada en el Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueiros, ubicado en oriente 245, esquina sur 16 sin número, colonia Agrícola Oriental en la Ciudad de México. El protocolo se realizó con previa aprobación de las autoridades pertinentes del Centro. Se aplicaron de manera individual con un tiempo de 15 minutos aproximado para cada evaluación, la participación fue voluntaria a través de la firma de un consentimiento informado y la autorización de su familiares en caso de ser menores de edad; las adolescentes eran abordadas en la sala de espera del Centro de Salud mientras esperaban su consulta médica de control prenatal.

Grupo 2

Una parte de la aplicación fue realizada en el Colegio Nacional de Estudios Profesionales Técnicos (CONALEP) de Chimalhuacán, ubicado en avenida Ameyalco, sin número, barrio Tlatel Xochitenco, en el Estado de México, (17 participantes) con previa autorización de

directivos. Para evitar los sesgos en la aplicación la segunda parte (33 participantes) de los adolescentes de este último grupo fue abordado en lugares públicos, con el mismo procedimiento de las anteriores.

3.4 Procedimiento

Grupo 1

Como primer proceso se les preguntaba la edad, y si correspondía a la solicitada para la investigación se le daba una breve explicación del objetivo y procedimiento de la investigación en el que se especificaban las actividades que llevarían a cabo en caso de participar. Además, se enfatizaba en la confidencialidad de los datos y la posibilidad de rechazar su participación, una vez que comprendía la información se le invitaba a participar en el estudio y en caso de aceptar, se le solicitaba la firma del consentimiento, para finalizar con la aplicación de la batería de pruebas.

Grupo 2

En este caso las participantes fueron abordadas en el salón, donde de igual manera se les presentó una breve explicación sobre el objetivo y procedimiento de la investigación para que a partir de esto decidieran si querían o no participar en la aplicación, el tiempo aproximado fue de 20 minutos.

3-5 Variables e Instrumentos

En ambos casos se les presento el consentimiento informado y una hoja de datos generales de la participante. Los instrumentos aplicados son: versión revisada de la CES-D-R, cuestionario de agresión de Buss- Perry y el cuestionario de solución de problemas sociales.

3.5.1 Agresión

Definición Conceptual

Es el acto que implica conductas específicas con una intención de daño a una víctima, que puede ser física o emocional (Reyma, 2015).

Definición Operacional

Puntaje obtenido en el cuestionario de agresión de Buss-Perry en adolescentes de 12 a 15 años de edad, que consta de 13 ítems divididos en 4 dimensiones; agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad. Con un alfa de Cronbach de 0.78 (Reyma, 2015).

3.5.2 Depresión

Definición Conceptual

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2017).

Definición Operacional.

Para la evaluación se utilizó la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) que es un instrumento auto aplicable para medir síntomas de depresión en los últimos siete días.

La CES-D cuenta con un alfa de Cronbach de 0.83, consta de 20 ítems agrupados en 4 factores: Afecto deprimido, afecto positivo, somatización e interpersonal, su punto de corte total para determinar la prevalencia clínica de depresión es 16 (Gonzalez-Forteza et al., 2011).

3.5.3 Solución de problemas

Definición Conceptual

La teoría de solución de problemas se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social; en ella se afirma que la gente reacciona y maneja sus vidas de acuerdo a la evaluación que hacen sobre las situaciones, y las habilidades que tiene para manejarlas (Galindo, Rivera, Lerma, & Jiménez, 2016)

Definición Operacional

El cuestionario de solución de problemas (SP-R) validado en población mexicana con 25 ítems el cual evalúa la capacidad de la persona en resolver problemas de la vida diaria, dividida en 4 factores; a) resolución racional de problemas, b) estilo evitativo- inseguro, c) estilo impulsivo-descuidado y d) estilo orientación negativa al problema. Los coeficientes del alfa de Cronbach para los factores fueron de .8 a .66 (Galindo et al., 2016).

3.6 Análisis de datos

Se incluyeron dos grupos de adolescente con una n total de 100, el primer grupo estaba integrado por adolescentes embarazadas y segundo grupo por adolescentes no embarazadas, cada uno conformado por 50 mujeres, de entre 12 y 19 años de edad.

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar las muestras con base a datos sociodemográficos. Además de caracterizar los puntajes por grupos y totales. Se realizó una

prueba de t de Student, para muestras independientes para comparar niveles de agresión, solución de problemas y sintomatología depresiva entre adolescentes embarazadas y no embarazadas.

4. Resultados

En la tabla 2 se describen las características sociodemográficas de las participantes. En el grupo de las adolescentes embarazadas fue similar el número de mujeres casadas y solteras; sin embargo en el grupo de las adolescentes no embarazadas el estado civil que predominó fue el soltero con una frecuencia de 48 entre las entrevistadas. La media de edad de las adolescentes embarazadas fue de 17.94 años, mientras que en las adolescentes no embarazadas fue de 16.66 años, en un rango de edad de entre 12 y 19 años. Puede observarse que un 70% de las adolescentes no embarazadas cuentan con nivel educativo de preparatoria, y que las adolescentes embarazadas sólo con un 42% en el mismo nivel. La ocupación que predomina en las adolescentes embarazadas es el hogar (56%) y el ser estudiante en las adolescentes no embarazadas (94%). Resalta un menor nivel educativo y mayor variabilidad en las ocupaciones desempeñadas en las adolescentes embarazadas.

Tabla 2.
Descripción de la muestra

	Embarazadas	No embarazadas	Total
Estado civil	f (%)	f (%)	f (%)
Soltera	24(48)	48(98)	72(72.7)
Casada	26(52)	2(2)	28(27.3)
Edad	17.04	16.66	16.85
Media	1.88	1.66	1.78
Desviación estándar			
Nivel educativo	f (%)	f (%)	f (%)
Primaria	7(14)	2(4)	9(9.0)
Secundaria	22(44)	13(26)	35(35.0)
Preparatoria	21(42)	35(70)	56(56.0)
Ocupación	f (%)	f (%)	f (%)
Estudiante	13(26)	47(94)	60(60.0)
Hogar	28(56)	1(2)	29(29.0)
Empleo formal	6(12)	2(4)	8(8.0)
Empleo informal	3(6)	0	3(3.0)

Se evaluaron las características sociodemográficas de los padres de las adolescentes. Las cuales pueden ser observadas en la tabla 3, se muestra que en ambos grupos, la mayoría de los padres se encontraban casados. La media de edad en madres de adolescentes embarazadas es de 41.76 y de padres 43.1, sobre lo cual no existen diferencias significativas respecto a las madres de adolescentes no embarazadas (43.12) y padres (44.8). El nivel educativo predominante en ambos grupos fue la secundaria con 39.8% en madres y 52.9% en padres, siendo el nivel licenciatura el que tuvo menor frecuencia con 5.1% en madres y 4.7% en padres. Existe una diferencia significativa entre la ocupación de las madres, el 64% de las madres de adolescentes no embarazadas y el 49% de las madres de adolescentes embarazadas se dedican al hogar.

Tabla 3.

Características sociodemográficas de los padres de las adolescentes.

	Embarazadas		No Embarazadas		Total	
Estado civil de los padres	f (%)		f (%)		f (%)	
Soltero	11(22)		8(16)		19(19.4)	
Casado	38(78)		39(81)		78(79.9)	
Viudo	0		1(2.1)		1(1)	
Edad	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre
Media	41.76	43.1	43.12	44.8	42.44	44.01
Desviación estándar	6.68	6.30	6.53	7.24	6.6	6.8
Nivel educativo	f (%)		f (%)		f (%)	
Primaria	16(32.7)		9(22)		18(36.7)	
Secundaria	20(40.8)		24(58.5)		19(38.2)	
Preparatoria	9(18.4)		5(12.2)		11(22.4)	
Licenciatura	4(8.2)		3(7.3)		1(2.0)	
Ocupación	f (%)		f (%)		f (%)	
Hogar	24(49)		0		32(64)	
Empleo formal	12(24.5)		14(35)		8(16)	
Empleo informal	13(26.4)		26(65)		10(20)	
					36(80)	
					23(23.2)	
					62(72.9)	

En la tabla 4 se reportan los hallazgos que mostraron los resultados de la aplicación de los cuestionarios de agresión, depresión y solución de problemas, se caracterizaron los puntajes por grupos y totales, en el caso de agresión se consideró como nivel alto de agresión a quienes obtuvieran un puntaje mayor a 50 de total posible. El grupo de embarazadas obtuvo 31.76 y el grupo de no embarazadas un 30.78, no hubo diferencia y no presentan niveles altos de agresión. Por otro lado, en el CES-D se observa diferencia en el factor interpersonal, en el grupo de embarazadas se obtuvo una frecuencia de 1.78 y en el grupo de no embarazadas 2.82, con una diferencia de 1.04. Y en el cuestionario de solución de problemas en resolución racional de problemas se observa al grupo de embarazadas con un puntaje de 28.50 a diferencia del grupo de no embarazadas con 29.64 y en estilo orientación negativa al problema el grupo de embarazadas con 5.84 y el grupo de no embarazadas con 6.38, en general los puntajes del cuestionario de solución de problemas muestran que los resultados de ambos grupos están dentro del puntaje medio del total posible.

Tabla 4
Resultados de la comparación de grupos mediante la prueba *t de Student* en depresión, solución de problemas y agresión

	Embarazadas	No embarazadas	Total	Rango del instrumento
Cuestionario de agresión	f (%) 31.76(9.45)	f (%) 30.78(9.45)	f (%) 31.27(9.41)	1-65
CES-D	f (%)	f (%)	f (%)	
Afecto deprimido	7.3(6.62)	9.6(7.16)	8.45(6.89)	1-24
Afecto positivo	8.60(3.55)	7.76(3.46)	8.18(3.50)	1-15
Somatización	5.00(3.04)	5.36(3.16)	5.18(3.1)	1-15
Interpersonal	1.78(2.18)	2.82(2.13)	2.3(2.15)	1-6
Solución de problemas	f (%)	f (%)	f (%)	
Resolución racional de problemas	28.50(10.71)	29.64(9.07)	29.07(9.89)	1-52
Estilo orientación negativa al problema	5.84(3.66)	6.38(3.21)	6.11(3.43)	1-12
Estilo evitativo-inseguro	9.56(6.22)	9.44(5.39)	9.5(5.80)	1-24
Estilo impulsivo-descuidado	5.74(3.21)	5.74(2.54)	5.74(2.87)	1-12

Se evaluaron agresión mediante el cuestionario de agresión (Buss-Perry), sintomatología depresiva mediante el CES-D y Solución de Problemas mediante el cuestionario de solución de problemas (SP-R). En la tabla 5 se puede observar que no existen diferencias en agresión entre los grupos evaluados. Respecto al CES-D, sólo hay diferencias significativas en el factor interpersonal. En los resultados obtenidos por el cuestionario de solución de problemas, no se muestran diferencias, sin en cambio se observa que las adolescentes no embarazadas muestran un puntaje más alto en el estilo de resolución racional al problema.

Tabla 5
Significancia

	Embarazadas	No embarazadas	<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>P</i>
	f (%)	f (%)		
Cuestionario de agresión	31.76(9.45)	30.78(9.45)	-518(98)	.605
CES-D	f (%)	f (%)		
Afecto deprimido	7.3(6.62)	9.6(7.16)	1.667(98)	.099
Afecto positivo	8.60(3.55)	7.76(3.46)	-1.197(98)	.234
Somatización	5.00(3.04)	5.36(3.16)	.579(98)	.564
Interpersonal	1.78(2.18)	2.82(2.13)	2.405(98)	.018
Solución de problemas	f (%)	f (%)		
Resolución racional de problemas	28.50(10.71)	29.64(9.07)	.574(98)	.567
Estilo orientación negativa al problema	5.84(3.66)	6.38(3.21)	.783(98)	.436
Estilo evitativo-inseguro	9.56(6.22)	9.44(5.39)	-.103(98)	.918
Estilo impulsivo-descuidado	5.74(3.21)	5.74(2.54)	.0(98)	1.00

5. Discusión y comentarios

El objetivo del presente trabajo fue comparar los niveles de depresión, agresión y solución de problemas en adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas de entre 12 y 19 años de edad.

Los resultados obtenidos muestran que el 48% de las adolescentes embarazadas siguen solteras durante el embarazo, y el 52% opta por casarse, en el estudio realizado por Salazar-Arango, Acosta-Murcia, Lozano-Restrepo y Quintero-Camacho (2008) con un grupo con características similares, se encontró que en el mayor porcentaje de adolescentes permanecen solteras durante y después del embarazo (alrededor del 60%) y el resto decide estar con su pareja en unión libre o bien casarse. En este estudio también explica que el estado civil de las adolescentes depende de la función que tiene la mujer en su contexto, pues en contextos tradicionales hay una mayor número de mujeres casadas, mientras que en contextos donde la mujer es activa en la sociedad laboralmente, hay mayor número de madres adolescentes solteras, además de que el matrimonio es más común en mujeres de estratos socioeconómicos medio alto y alto (Salazar-Arango, Acosta-Murcia, Lozano-Restrepo & Quintero-Camacho, 2008).

En este estudio es difícil definir la verdadera razón del estado civil de las adolescentes ya que no se indagó a profundidad los datos correspondientes para determinar el porqué del estado civil de las adolescentes; sin embargo, es importante mencionar que entre menos años tenga la adolescente al momento de decidir unirse a su pareja, menor probabilidad tendrá de que la relación sea duradera (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández & Villalobos, A. 2013).

En las adolescentes embarazadas predomina con un 44% la educación secundaria y en adolescentes no embarazadas la preparatoria 70%, lo cual coincide con estudios donde se

asocia el embarazo con el abandono de estudios; debido a que en el momento que ocurre el embarazo las adolescentes deciden abandonar la escuela para dedicarse del bebé que viene en camino; además de que en ocasiones al quedar embarazadas pierden apoyo de sus familiares para continuar estudiando, señala también que la escuela es un protector para que no ocurra el embarazo adolescente, además de mencionar que en algunos lugares del país, la educación de las mujeres no parece ser un tema importante pues existe la creencia de que la mujer sólo se debe preparar para ser madre, así como también un embarazo durante la adolescencia propicia a que tengan una mayor descendencia durante su vida (Villalobos-Hernández, Campero, Suárez-López, Atienzo, Estrada, & De la Vara-Salazar, 2015).

Esto resulta preocupante, debido a que las adolescentes pueden no continuar con sus estudios; considerando que el estudio es un medio viable que tienen las adolescentes para acceder a beneficios y empleos que les permita una buena calidad de vida; ante esto, al desertar de la escuela, se pierden grandes oportunidades, por ejemplo laborales (Flores & Soto, 2013).

Como se puede observar en los resultados en adolescentes embarazadas más de la mitad (56%) se dedican al hogar, mientras que el 94% de las adolescentes no embarazadas continúan estudiando.

En ambos grupos en la educación de los padres predomina el nivel secundaria, en adolescentes embarazadas (madre [40.8%] y padre [58.5%]); mientras que en las adolescentes no embarazadas; (madre [38.2%] y padre [39.8%]), lo cual difiere con estudios realizados, donde se menciona que el nivel educativo es el primaria, definiéndose esto como un factor de riesgo, ya que los padres no obtienen un buen ingreso económico para solventar los gastos básicos en el hogar, lo cual hace que las madres también tengan que salir a trabajar dejando a sus hijos solos la mayor parte del tiempo, y sin el cuidado para no exponerse a

conductas de riesgo, que en este caso es el embarazo en la adolescencia (Barrera & Berrios, 2009).

Aunado a esto se puede observar que 64% de las madres de adolescentes no embarazadas se dedican al hogar y que con una diferencia de 15% están las madres de adolescentes embarazadas (49%) que de igual manera se dedican al hogar.

Haciendo referencia a la aplicación del CES-D podemos observar que las adolescentes no embarazadas presentaron una mayor sintomatología en el factor interpersonal (2.82) en comparación el grupo de las adolescentes embarazadas (1.78). El factor interpersonal se refiere a las relaciones que las adolescentes tienen con su grupo de amigos y con su familia, en cuanto a sus manifestaciones físicas y emocionales. Blázquez-Morales, Torres-Férman, Pavón-León, Gogeochea-Trejo, Blázquez-Domínguez (2010) mencionan que las adolescentes perciben su medio familiar como poco apto en cuestiones de seguridad, protección, aceptación, pertenencia a un grupo o dar y recibir afecto y buscan relacionarse con amigos de su misma edad.

Respecto a la agresión, en los resultados del presente estudio no se encontraron diferencias entre los grupos de adolescentes, sin embargo Crittenden et al. (2010) encontraron que las adolescentes que presentaban mayores niveles de agresión, tenían mayor riesgo de embarazarse a temprana edad, además de una tendencia mayor a tener más de un hijo. A pesar de los hallazgos contradictorios e inconclusos, se ha sugerido, considerar al nivel de agresión como factor de riesgo para el embarazo adolescente, dirigiéndose a los pre-adolescentes que muestran conductas agresivas, y así prevenir embarazos posteriores (Crittenden, Boris, Rice, Taylor & Olds, 2009); condición que probablemente cambie durante el embarazo debido a las condiciones propias del proceso de gestación y las expectativas e ilusiones sobre el mismo

La solución de problemas en adolescentes embarazadas no ha tenido un amplio estudio, y a pesar de ser uno de los objetivos del presente estudio no se encontraron diferencias, esto puede indicar que las adolescentes tanto embarazadas como las que no, pueden resolver sus problemas de manera adecuada a las condiciones en las que se encuentren dentro de su entorno.

El embarazo genera cambios importantes en la mujer, cambios que les pueden generar conflictos en su desarrollo, además de que los adolescentes en la actualidad están expuestos a múltiples riesgos que les provocan consecuencias a largo plazo, el embarazo adolescente es uno de ellos, pues el tener un hijo durante la adolescencia, les provoca múltiples consecuencias, tanto negativas como positivas, puede pasar que la adolescente termine sus estudios y ejerza una carrera que le ayude a tener una buena calidad de vida para su bebé y para ella, incluyendo o no al padre del bebé, o que tenga que abandonar sus estudios, pierda el apoyo y la confianza de sus padres y de su pareja (Martínez & Felix, 2014).

Todo esto ocurre debido a que los adolescentes están rodeados de información errónea acerca de la planificación familiar, además de que cuando deciden acudir al médico en ocasiones reciben críticas y no les brindan los métodos adecuados, lo cual provoca que tengan problemas de salud, no sólo con embarazos sino incluso con enfermedades que las pueden llevar a la muerte (Acosta-Varela, et al 2012).

Además, es importante educar a los padres para poder hablar con sus hijos sobre temas de sexualidad, para darles la confianza y así evitar que las adolescentes experimenten sucesos que les puedan causar daño (Acosta-Varela, et al 2012).

Dentro de las limitaciones más importantes es el tamaño de la muestra, pues el contar solo con 50 adolescentes embarazadas y 50 no embarazadas no permite generalizar los resultados.

Además de que no se contó con un espacio específico ni con el tiempo adecuado para realizar la aplicación de las pruebas a las adolescentes, ya que las pruebas se aplicaban antes de que las adolescentes embarazadas entraran a consulta médica. Mientras que las adolescentes no embarazadas se les aplicaron en el aula de manera colectiva debido al tiempo que los directivos dieron para la aplicación.

Los datos obtenidos sólo muestran resultados durante el embarazo, no se sabe las consecuencias a largo plazo del embarazo en la adolescente.

Para las investigaciones posteriores se recomienda obtener información a partir de una muestra más amplia, y obtener datos a largo plazo de las consecuencias de un embarazo en la adolescencia.

6. Referencias

- Acuña, I., Castillo, D., Bechara, A., & Godoy, J. (2013). Toma de decisiones en adolescentes: rendimiento bajo diferentes condiciones de información e intoxicación alcohólica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 195-214. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56027416004.pdf>.
- Aguilar, L. (2010). Manual para la prevención de la violencia. Amor y violencia en el noviazgo. *Instituto Nacional de las Mujeres*, 1-63. Recuperado a partir de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Tabasco/tabmeta13_6.pdf
- Alba, L. H. (2010). Salud de la adolescencia en Colombia:bases para una medicina de prevención. *Universitas Médicas*, 51(1), 29-42. Recuperado a partir de [file:///C:/Users/pc/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_231018676001%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_231018676001%20(1).pdf)
- Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M., Suárez, L., De la Vara, E., De Castro, F., & Schiavon-Ermani, R. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud pública de México*, 55(2), 235-240. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000800021&lng=es&tlng=es.
- Alexander, K. (2001). Prosocial behaviors of adolescents in work and family life: Empathy and conflict resolution strategies with parents and peers. *Dissertation Abstracts International section A: Humanities and Social Sciences*, 61(8A), 3367.
- Arias, W. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia. *Universidad femenina del sagrado corazón (UNIFE)*, 1(21), 23-34. Recuperado a

partir de <http://ucsp.edu.pe/imf/wp-content/uploads/2014/12/Agresionyviolenciaenlaadolescencia1.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Baeza, B., Poo, A. M., Vásquez, O., Muñoz, S., & Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2), 76-81. Recuperado a partir de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>

Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. General learning press. Recuperado a partir de http://www.jku.at/org/content/e54521/e54528/e54529/e178059/Bandura_SocialLearningTheory_ger.pdf

Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. España: Espasa Universitaria.

Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (2000). Social intelligence – empathy = aggression? *Aggression and Violent Behavior*, 5, 191-200. doi:10.1016/S1359-1789(98)00029-9

Bao-Alonso, M., Vega-Dienstmaier, J. & Saona-Ugarte, P. (2010). Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73 (3), 95-103. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372036931006.pdf>.

Batiuk, M. E., Boland, J., & Wilcox, N. (2004). Project trust: breaking down barriers between middle school children. *Adolescence*, 39, 531-538.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archieve General Psychiatry*, 4(5), 61-71.

- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348–353.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
- Beltrán, M. del C., Freyre, M.-Á., & Hernández-Guzmán, L. (2013). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 30(1), 5-13.
- Berdullas, S. (2016). *Relación entre las habilidades de solución de problemas sociales y los rasgos emocionales negativos de la personalidad: la «tríada emocional negativa» (depresión, ansiedad e ira)*. (Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado a partir de <http://eprints.ucm.es/37692/1/T37169.pdf>
- Barrera, G. X., & Berrios, C. J. (2009). *Características sociodemográficas y clínicas de las adolescentes embarazadas que acuden a los Centros de Salud Mina El Limón y Perla María Norori, en el mes de Abril del 2009*. (Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Médicas UNAN, León. Recuperado a partir de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/2855/1/214492.pdf>
- Blázquez-Morales, S., Torres-Férman, I. A., Pavón-León, P., Gogeochea-Trejo, M. del C., & Blázquez-Domínguez, C. (2010). Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco*, 16(1), 883–890. Recuperado a partir de <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/883.pdf>
- Bonilla-Sepúlveda, O. A. (2010). Depresión y factores de riesgo asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio comparativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3), 207-213.

- Borgoño, R., Bustamante, F., León, P., & Minassian, M. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*, 5(1). Recuperado a partir de http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf
- Buss, A., & Perry, M. (1992). The aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Cabello, C., & Lombardo, M. J. (2010, junio). *Padres a destiempo maternidad y paternidad en adolescentes en Chile*. (Licenciatura). Universidad de Chile. Recuperado a partir de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ci-cabello_c/pdfAmont/ci-cabello_c.pdf
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B., & Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva en los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta médica de México*, 149, 299-207.
- Cardozo, J. P. (2008). *Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido*. (De grado). Pontifica Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperado a partir de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>
- Carrasco, M. A., & González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción psicológica*, 4(2), 7-38.
- Chapi, J. L. (2012). Una revisión psicológica a las teorías de la agresividad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(1), 80-94.
- Crittenden, C. P., Boris, N. W., Rice, J. C., Taylor, C. A., & Olds, D. L. (2009). The Role of Mental Health Factors, Behavioral Factors, and Past Experiences in the Prediction of Rapid Repeat Pregnancy in Adolescence. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication*

of the Society for Adolescent Medicine, 44(1), 25–32. Recuperado a partir de:
<http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.06.003>

D’Zurilla, T. J., Nezu, A., & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: theory and assessment. Social problem solving. *American Psychological Association Washington, DC*, 11-27. Recuperado a partir de
http://www.ub.edu/gdne/documents/sps_chapter_in_APA_book.pdf

Enriquez, R. E., & Quintana, M. R. (2016). Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla en adolescentes de una institución educativa, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de medicina.*, 2(77), 117-122.

Estevez, J. L. (2013). *La pareja: un análisis cualitativo de su relación basada en apego y/o apego, por etapas que integran el lado oscuro del ciclo de Acercamiento-Alejamiento de Díaz Loving*. (Doctoral). Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Recuperado a partir de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015792/015792.pdf>.

Fajardo-Ochoa, F., & Olivas-Peñuñuri, M. R. (2010). Abuso fetal por consumo materno de drogas durante el embarazo. *Servicio de Neonatología, Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 27(1), 9-15.

Flores, M. M. (1977). Escala de agresividad, basada en el Inventario Comprensivo de Choynowski, M. (1977). Estudio de la agresividad en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3, 87-103.

Flores, M. T. (2012). *Factores psicológicos que influyen en embarazo precoz*. (Licenciatura). Centro universitario Vasco de Quiroga de Huejutla, Hidalgo. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2018/marzo/0771988/Index.html>

- Flórez, C. E., & Soto, V. E. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. *Ministerio de Salud*, 1-67.
- Galicia, I. X., Sánchez, A., & Robles, F. J. (2013). Relaciones entre estilos de amor y violencia en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30(2), 211-235.
- Galindo, O., Rivera, L., Lerma, A., & Jiménez, J. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana. *Psicología y Salud*, 26(2:), 263–271.
- Gamboa, C., & Valdés, S. (2013). El embarazo en adolescentes. Recuperado a partir de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
- García, R. (2011). Trastorno ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Medica Clínica Las Condes*, 22(1), 77-84.
- Garaigordobil, M., Machimbarrena, J., & Maganto, C. (2016). Adaptación española de un instrumento para evaluar la resolución de conflictos (Conflictalk): Datos psicométricos de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 10.
- Gaviria, S., & Chaskel, R. (s. f.). Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial. *Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá* 12(3). Recuperado a partir de https://scp.com.co/precop-old/precop_files/ano12/TERCERO/embarazo_adolescentes.pdf
https://scp.com.co/precop-old/precop_files/ano12/TERCERO/embarazo_adolescentes.pdf
- Gómez-Mercado, C., & Montoya-Veléz, L. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Revista Salud Pública*, 16(3), 394-406.
- Gómez, P., Molina, R., & Zamberlin. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la

maternidad en menores de 15 años. *Federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (FLASOG)*, 1, 92.

González, Y., Hernández, I., Conde, M., Hernández, R., & Brizuela, S. (2010). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *Archivo Médico de Camagüey*, 14(1). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116130013>

Gonzalez-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González, A., Juárez, F., Fernández-Valera, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia*, 2007/09. Recuperado a partir de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56-62.

Hernández, M. A. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un estudio de caso*. (Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México, México. Recuperado a partir de <https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>

Instituto nacional de geografía y estadística (INEGI). (2015). Estadísticas a propósito de... día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre).

Recuperado a partir de
<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/violencia0.pdf>

Instituto nacional de geografía y estadística (INEGI). (2017a). Estadísticas a propósito del...día de la madre (10 de mayo). Recuperado a partir de
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf

Instituto nacional de geografía y estadística (INEGI). (2017b, agosto). “Estadísticas a propósito del... día internacional de la juventud (12 de Agosto)”. Recuperado a partir de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/juventud2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (2017). Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). *Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2*. Recuperado a partir de
http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_EIR_Matronas_Vol_2.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. *Gobierno de la república*. Recuperado a partir de
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98138/ENAPEA_Marzo.pdf

Instituto Nacional de Rehabilitación. (2015). Manual de guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos (depresión y distimia) en la infancia y la adolescencia. *Secretaría de salud*, (01), 1-48.

Konrad, L. (1972). Donde la maldad sirve para algo bueno. En *Sobre la agresión: el pretendido mal*. (pp. 31-59). Madrid: Siglo XXI. Recuperado a partir de
https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=MILWMe3_uYC&oi=fnd&pg=PA3&dq=sobre+la+agresion+konrad+lorenz&ots=sn3T9B_yu8&sig=dq0nf3Z_InWtIU0UoKX5sjBIoT8#v=onepage&q&f=false

- Jadresic, M., E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48 (4), 269-278. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3315/331527722003.pdf>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General International Medicine*, 16(9), 606-613.
- Lara, M., & Navarrete, L. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental*, 35 (1), 57-62. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58223290009.pdf>
- Loaiza, E., & Liang, M. (2013). Adolescent pregnancy: a review of the evidence. *Fondo de población de las naciones unidas (UNFPA)*. Recuperado a partir de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf
- Lozano, L., Valor-Segura, I., Pedroza, I., Suárez-Álvarez, J., García-Cueto, E. & Lozano, L. (2016). Adaptación del Inventario de la Triada Cognitiva Infantil en población española. *Anales de Psicología*, 32(1), 158-166
- Luna, A., & Laca, F. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de Psicología*, 32(1), 39-65. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337831261002.pdf>
- Martínez, A., & Félix, O. (2014). Embarazo en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19(4), 403-404.
- Martinez, P., Waysel, R. & Romano, K., (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 14(2), 261-274. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992004.pdf>

- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina, Salud Publica*, 30(3), 417-419.
- Menéndez, G., Navas, I., Hidalgo, Y., & Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3). Recuperado a partir de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>
- Meneses, E., & Hernández, M. F. (2017). Situación de la salud sexual y reproductiva. Entidades federativas. *Consejo nacional de la población*, 57–87. Recuperado a partir de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236807/09_Ciudad-M_xico_web.pdf
- Mollbor, S., & Morningsta, E. (2009). Investigating the Relationship between Teenage Childbearing and Psychological Distress Using Longitudinal Evidence. *Journal of and Health Social Behavior*, 3(50), 310-326.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Mora-Cacino, A. M., & Hernández-Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y obstetricia de México*, (83), 294-301.
- Muñoz, M., & Oliva, P. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75(5), 281-285.
- Narvaez, P. J. (2017). *Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 a 19 años que presentan embarazo precoz*. (Licenciatura). Universidad Central de Ecuador, Ecuador. Recuperado a partir de

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12862/1/T-UCE-0007-PPS006.pdf>

Noguera, N., & Alvarado, H. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7(7), 151-160.

Nolasco-Blé, A. K., Hernández-Herrera, R. J., & Ramos-González, R. M. (2011). Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80(4), 270-275.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). Panorama de la Sociedad 2016. Un Primer Plano sobre los jóvenes. Recuperado a partir de <https://www.oecd.org/mexico/sag2016-mexico.pdf>

Odean, I. (2012). Los factores sociales que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos de adolescentes en el barrio 25 de mayo, Maipú, Mendoza. *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1472. Recuperado a partir de http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1472/?utm_source=digitalcollections.sit.edu%2Fisp_collection%2F1472&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCover

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado a partir de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017, Julio). Planificación familiar. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017, Abril). Depresión. Recuperado a partir de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). El embarazo en la adolescencia. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/pages>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014, Septiembre). El embarazo en la adolescencia. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Recuperado a partir de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf
- Papalia, D., Wendskos, S., & Duskin, R. (2010). Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En *Desarrollo humano* (pp. 352-420). México: Mc Graw Hill. Recuperado a partir de <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>
- Peláez, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1, 42. Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011
- Planned Parenthood Federation of America. (2011). *Embarazo y maternidad entre adolescentes de Estados Unidos*. New York: Biblioteca Katharine Dexter McCormick. Recuperado a partir de https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer_public/94/61/9461f79e-b499-44a0-a4ef-e8b2b511f748/embarazoymaternidadentreadolescneteseneu_2012.pdf
- Penado, M., Andreu, J., & Peña, E. (2014). Agresividad reactiva, proactiva y mixta: análisis de los factores de riesgo individual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24, 37-42. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3150/315031876005.pdf>

- Rabadán, R. J., & Giménez, G. A. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XXI*, 15 (2), 185-212. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/706/70624504006.pdf>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramos, R. Y., Barriga, J. A., & Pérez, J. (2009). Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecología y Obstetricia de México*, 77(7), 311-316.
- Reyma, J. (2015). *Adaptación cultural y validación (aparente de contenido y constructo) confiabilidad del cuestionario de agresión Buss-Perry en adolescentes usuarios de la UMF no. 1 del IMSS Aguascalientes*. (Especialidad). Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes. Recuperado a partir de <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/361>
- Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Servín, L. G., & Obregón-Velasco, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos: El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud mental*, 36(2), 109-113. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000200004&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez Gázquez, M. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 27 (1), 47-58. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159013072007.pdf>
- Rojas, E., Yanéz, C., & Cadena, F. (2012). Guía de atención integral en violencia de género. Recuperado a partir de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D461.pdf

- Ruiz-Acosta, G., Organista-Gabriel, H., López-Avendaño, R., Cortaza-Ramírez, L., & Vinalay-Carrillo, I. (2017). Prevalencia de depresión en embarazadas de una institución de salud de primer nivel. *Salud y administración*, 4(12), 25–30.
- Salazar-Arango, A., Acosta-Murcia, M. M., Lozano-Restrepo, & Quintero-Camacho, M., C. (2008). Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Persona y Bioética*, 12(2), 169-182. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200008&lng=en&tlng=es.
- Save the children. (2016). Las niñas y las adolescentes en México frente a la violencia. *Save the children.com.mx*. Recuperado a partir de <https://www.savethechildren.mx/sci-mx/files/26/26a9c19a-1355-406b-84e6-e454f107171d.pdf>
- Secretaria de Salud. (2014, Julio 8). Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primero y segundo nivel de atención. *CENETEC*.
- Secretaría de Salud. (2015). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto., 1-64.
- Tapia, D. C., Villalobos, R., Valera, M. M., Cadena, J. L., Ramírez, J. F., Guzmán, O. del R. Ortiz, D. M. L. (2016). *Adicciones en el adolescente*. (Primera). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado a partir de http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/463/Adicciones_2016.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Trejo-Lucero, H., Torres-Pérez, J., Medina-Jímenez, M., Briones-Garduño, J. C., & Meneses-Calderón José. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 1(76), 9-12.

- Fundación de las naciones unidas (UNICEF). (2010). La adolescencia. Recuperado a partir de https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
- Fundación de las naciones unidas (UNICEF). (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Panamá. Recuperado a partir de [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
- Valls, M., Saforma, O., Rodríguez, A., & López, J. (2008). Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Obstetricia*, 1-9.
- Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta colombiana de psicología*, 10 (1), 49-63. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/798/791016/>
- Vázquez, G. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate*, 14(2), 9-24.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E., Estrada, F., & De la Vara-Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Mental*, 57(2), 135-143.
- Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K., & Zapata, Z. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74(3), 151-158.

Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado

Propósito

Usted está invitado a participar voluntariamente en el proyecto de investigación, titulado: **“comparación de agresión, depresión y solución de problemas entre mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas”**. Esta investigación tiene dos objetivos centrales: (a) Medir los niveles de agresión, depresión y solución de problemas entre adolescentes embarazadas y no embarazadas (b) Comparar de cada una de las escalas para determinar si existen diferencias significativas.

Si tiene alguna duda o no entiende alguna parte de la información, pregúntele al personal que le está invitando a participar en este estudio.

Procedimiento

Si usted decide participar su colaboración consistirá en contestar varios cuestionarios, relacionados con su estado emocional y la manera en como resuelve problemas, los cuales serán entregados en físico por el aplicador y se le darán instrucciones sobre cómo resolverlos. Además de ello se tomarán datos generales de la participante como son edad, nivel educativo y estado civil, así como también datos de sus padres como nivel educativo, ocupación, estado civil y edad del primer embarazo (madre).

Objetivo

El objetivo de la presente investigación es comparar niveles de agresión, depresión y la manera de resolver problemas en adolescentes embarazadas y no embarazadas, para así identificar si estas tienen relación en el riesgo de embarazo adolescente.

Confidencialidad

Durante el análisis de los datos recabados, nunca se hará mención de su nombre y no se difundirá la información obtenida a otras personas o medios externos a la presente actividad y dicha información será utilizada con fines de investigación.

Beneficios

Con los resultados de este estudio usted no obtendrá beneficios directos; sin embargo al participar en la investigación, los datos recabados en la evaluación, ayudaran a identificar factores de riesgo en adolescentes de nuestro país y así se podrá contribuir con actividades de prevención en adolescentes que presenten riesgo de embarazo.

Riesgos

No se considera algún riesgo de su participación en el estudio.

Responsabilidades del participante

En caso de aceptar participar, requerimos se comprometa a seguir las instrucciones para resolver los cuestionarios con el mayor compromiso posible.

Si acepta participar, debe firmar el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación e intervención.

Yo. _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación “**comparación de agresión, depresión y solución de problemas entre mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas**”, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por el investigador. Él me ha ofrecido contestar cualquier duda o pregunta que surja durante el desarrollo de la investigación.

México D.F., a _____ de _____ del 2017.

Firma del participante

Nombre y firma del responsable de la
investigación

Anexo 2 Formato de datos generales de la participante

		Padres	
Edad:		Ocupación	
	Madre:		Padre:
Nivel educativo:		Nivel educativo	
	Madre:		Padre:
Estado civil:		Estado civil:	
Ocupación:		Edad	
	Madre:		
	Padre:		
		Edad del primer embarazo:	

Anexo 3 Versión revisada de la CES-D-R

A continuación, hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste o si te ocurrió casi diario en la última semana.

Durante cuantos días	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)
1.-Me molesté por cosas que usualmente no me molestaban	0	1	2	3
2.-No tenía hambre	0	1	2	3
3.-No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3
4.-Sentía que era tan buena como otra gente	0	1	2	3
5.-Tenía problemas en poner atención	0	1	2	3
6.- Me sentía deprimido	0	1	2	3
7.-Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3
8.-Veía el futuro con esperanza	0	1	2	3
9.-Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3
10.- Tenía miedo	0	1	2	3
11.-Dormía sin descansar	0	1	2	3
12.- Me sentía feliz	0	1	2	3
13.-Hablé menos de lo usual	0	1	2	3
14.-Me sentía sola	0	1	2	3
15.-Las personas eran poco amigables	0	1	2	3
16.- Disfruté de la vida	0	1	2	3
17.- Lloraba a ratos	0	1	2	3
28.-Me sentía triste	0	1	2	3
19.-Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3
20.-No podía seguir adelante	0	1	2	3

Anexo 4 Cuestionario de agresión. De Buss-Perry

Instrucciones: Utilizando la escala de cinco puntos que se muestran a continuación, indique que tan representativo (o no representativo) son para usted siguientes afirmaciones.

Coloque su calificación al lado derecho de la afirmación.

- 1= Muy poco representativo de mi 4=Algo representativo de mi
2=Poco representativo de mi 5=Muy representativo de mi
3=No es representativo ni representativo
de mi

1.- Algunos de mis amigos creen que soy atrabancada.

2.- Me he enojado tanto que he llegado a romper cosas.

3.- No puedo evitar discutir cuando alguien no está de acuerdo conmigo.

4.- De vez en cuando no puedo controlar mis ganas de golpear a alguien

5.- He amenazado a personas que conozco.

6.- Si me provocan lo suficiente puedo llegar a golpear a otra persona.

7.- Tengo problemas al controlar mi carácter.

8.- En ocasiones pienso que las personas se burlan de mí, a mis espaldas.

9.- Frecuentemente estoy en desacuerdo con las personas.

10.- A veces, siento como si estuviera a punto de explotar.

11.- Otras personas siempre parecen conseguir las oportunidades.

12.- Sé que mis amigos, hablan a mis espaldas.

13.- Mis amigos dicen que soy un poco discutidora.

Anexo 5 Cuestionario de solución de problemas sociales

Instrucciones: a continuación aparece una serie de frases que describen formas en que la gente puede pensar, sentir o comportarse cuando se enfrenta con los problemas de la vida cotidiana. Por favor, lea cada frase y puntúe en qué medida la frase es cierta para usted siguiendo las pautas que a continuación se indican. Puntúese considerando como piensa, siente o se comporta generalmente cuando se enfrenta con sus problemas en los lugares y momentos que se indican.

Marque el número apropiado en cada frase.

0= Nada en absoluto.

1= Escasamente.

2= Moderadamente.

3= Bastante.

4= Completamente.

1.- Me preocupo demasiado por mis problemas en vez de resolverlos.	0	1	2	3	4
2.- Me siento temeroso cuando tengo problemas importantes.	0	1	2	3	4
3.- Cuando resuelvo un problema pienso en varias opciones y elijo la mejor solución.	0	1	2	3	4
4.- Cuando mis primeros intentos de resolver un problema fracasan, me frustró mucho.	0	1	2	3	4
5.- Dudo que sea capaz de resolver problemas difíciles, no importa lo mucho que lo intente.	0	1	2	3	4
6.- Retraso el resolver problemas tanto como sea posible.	0	1	2	3	4
7.- No me tomo el tiempo de comprobar si mi solución funcionó.	0	1	2	3	4
8.- Los problemas importantes me hacen sentir mal.	0	1	2	3	4
9.- Cuando resuelvo un problema intento predecir los pros y los contras de cada opción.	0	1	2	3	4
10.- Cuando tengo problemas, no se me ocurren muchas ideas para resolverlos.	0	1	2	3	4
11.- Evito los problemas en vez de intentar resolverlos.	0	1	2	3	4
12.- Practico una solución antes de llevarla a cabo para mejorar mis posibilidades de éxito.	0	1	2	3	4
13.- Cuando tengo un problema, obtengo tantos datos acerca del mismo como sea posible.	0	1	2	3	4
14.- Antes de intentar resolver un problema, me marco un objetivo específico para saber exactamente a dónde voy	0	1	2	3	4
15.- Cuando fracaso en resolver un problema intento encontrar qué es lo que falló y vuelvo a intentarlo.	0	1	2	3	4
16.- Odio resolver problemas.	0	1	2	3	4
17.- Después de llevar a la práctica una solución, compruebo hasta qué punto he resuelto el problema.	0	1	2	3	4
18.- Intento ver mis problemas como desafíos.	0	1	2	3	4
19.- Cuando tomo decisiones evalúo las consecuencias de cada opción.	0	1	2	3	4
20.- Cuando tomo decisiones, pienso en las consecuencias que pueden tener mis sentimientos.	0	1	2	3	4
21.- Cuando tomo decisiones, sigo mis corazonadas sin pensar en lo que pueda pasar.	0	1	2	3	4
22.- Cuando resuelvo un problema, en todo momento intento mantener mi objetivo en la mente.	0	1	2	3	4
23.- Miro los problemas desde diferentes ángulos.	0	1	2	3	4
24.- Cuando no entiendo un problema, intento saber más acerca de él.	0	1	2	3	4
25.- Creo que me precipito cuando tomo decisiones.	0	1	2	3	4