



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**APOYO SOCIAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE  
UNA COLONIA DE LA CIUDAD DE TOLUCA**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**ANA LAURA MORALES PEÑA**

**ASESORA: DRA. EN C.S MARÍA DOLORES MARTÍNEZ  
GARDUÑO.**

**REVISORA: DRA. EN C.S. PATRICIA CRUZ BELLO**

**TOLUCA, MEXICO, OCTUBRE DE 2017.**



## Contenido

Resumen.....	6
Introducción .....	7
Planteamiento del problema .....	9
Justificación .....	12
Objetivos .....	14
General.....	14
Específicos .....	14
Marco Referencial .....	15
Capítulo I Adolescencia.....	15
1.1 Fisiología de la pubertad .....	18
1.2 Desarrollo físico.....	20
1.3 Desarrollo emocional .....	21
1.4 Desarrollo social .....	22
1.5 Salud sexual.....	24
1.6 Prácticas de riesgo y consecuencias.....	27
1.7 El derecho a sentirse apoyado y seguro.....	28
Capítulo II Embarazo .....	29
2.1 Anatomía y fisiología materna en el embarazo .....	29
2.2 Concepción y fecundación .....	35
2.3 Embarazo en la adolescencia .....	36
2.4 Antecedentes de embarazo en la adolescencia.....	38
2.5 Conductas sexuales de riesgo .....	42
Capítulo III Apoyo social.....	44
3.1 Efectos del apoyo social en la salud y el bienestar .....	47
3.2 Repercusiones sociales ante la adolescente embarazada .....	49
3.3 Problemas familiares.....	51
3.4 Redes de apoyo social .....	53
3.5 Tipos de apoyo social .....	54
3.5.1 Familia .....	56
3.5.2 Pareja.....	57

3.5.3 Amigos.....	58
Metodología.....	60
Enfoque del estudio .....	60
Tipo de estudio.....	60
Universo .....	60
Muestra .....	60
Muestreo.....	60
Criterios de inclusión.....	61
Instrumentos .....	61
Fase.....	62
Teórica.....	62
Empírica .....	63
Analítica .....	63
Aspectos bioéticos.....	63
Resultados .....	65
Discusión .....	74
Conclusiones .....	78
Sugerencias .....	79
Fuentes de información .....	80

## Resumen

Introducción: de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI existe un alto índice de adolescentes embarazadas entre 16 y 17 años de edad, lo cual implica riesgos para la salud de la adolescente en su esfera bio-psico-social, que requieren del apoyo social de la pareja, familia, los amigos y las instituciones de salud. El objetivo es analizar el apoyo social en la adolescente embarazada de una colonia de la ciudad de Toluca. Metodología. El enfoque es cuantitativo, de tipo transversal y descriptivo la muestra es de 30 adolescentes de 12 a 19 años, el muestreo es no probabilístico, por criterio. Los instrumentos utilizados fueron tres: PSS-Fa y PSS-Fr y de apoyo de la pareja. Resultados: se observa una  $\mu=16.8\pm 1.4$  años. 63.3% tienen vida en pareja, 46.6% viven en unión libre; 46.6% su ocupación es el hogar, 23% continua con sus estudios, 56.7% con dependencia económica de la pareja, 37% es su primer embarazo. En el 56.6% se observa alto apoyo social. El más alto porcentaje lo brinda la pareja 70.3%; seguido de la familia 66.5% y finalmente 52% los amigos. Conclusión. Existe mayor apoyo social por parte de la pareja, en segunda instancia de la familia y finalmente los amigos.

## **Introducción**

El embarazo en la adolescencia es objeto de diversas miradas y en torno a él se construyen significados diversos que oscilan entre considerarlo como un problema a evitar o un evento vital que puede propiciar transformaciones positivas en la vida de las adolescentes. El embarazo adolescente es visto por muchos como problema, señalando que a nivel social se le percibe negativamente en términos universales, sin considerar las particularidades de cada embarazo, para quién o quiénes constituyen un problema y cuáles son sus determinantes. Se atribuyen consecuencias negativas para la vida y la salud de la madre y el niño(a) y se presuponen problemas sociales demográficos como si un embarazo adolescente significara lo mismo y tuviera las mismas implicaciones para cualquier individuo, comunidad, o sociedad.

Con relación al tema, investigaciones que pertenecen al paradigma tradicional consideran la etapa del embarazo y a la maternidad en la adolescencia como algo que no debiera ocurrir, como una desviación respecto de lo que representa la adolescencia. Frente a esta perspectiva, al conjuntarse la adolescencia, el embarazo y la falta de apoyo social percibido por la adolescente, pudiera ser causa de estrés, angustia y frustración mientras tanto para otros, motivos de felicidad y superación.

A los centros de Salud acuden para su control prenatal un número considerable de adolescentes embarazadas, a quienes se les atiende desde el punto de vista físico y biológico y se desconoce en mucho casos si cuentan con apoyo social principalmente de la pareja, familia y amigos de ahí que el objetivo de este estudio es analizar el apoyo social en las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca.

El marco referencial de este estudio, estará conformado por tres capítulos, en el primer capítulo, mencionará a la adolescencia como una etapa de máximo interés porque dentro de ella se manifiestan las características biológicas, psicológicas y

sociales que prevalecen en las fases evolutivas del hombre para su integración como ser vivo en todos sus aspectos, el segundo capítulo hará referencia a la etapa del embarazo el cual es el periodo comprendido desde la fecundación del ovulo hasta el parto y finalmente el tercer capítulo que hablará primordialmente del apoyo social que se le brinda a la madre adolescente ya que implica la percepción de ser amado y valorado por otros, entre los más importantes se encuentran la pareja, la familia y finalmente los amigos; el apoyo social es un proceso en el que los recursos en la estructura social, permiten satisfacer necesidades en situaciones cotidianas y de crisis.

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo; el universo de estudio fue una colonia de la ciudad de Toluca, tomando como muestra a 30 adolescentes embarazadas en el rango de 12-19 años de edad.

Los instrumentos a utilizar son dos escalas de valoración, la primera orientada hacia la familia y amigos, la segunda relacionada con el apoyo percibido de la pareja. Los datos obtenidos están procesados con el programa SPSS versión 21 además se describe la relación que existe entre la adolescente embarazada y el apoyo social que percibe.

Los aspectos bioéticos de este estudio se fundamentaran en la Ley General de Salud en el artículo 100 y en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación artículo 13, 14 y 15 donde se establecen los criterios de consentimiento informado.

Como resultados generales se obtiene que las adolescentes embarazadas cuentan con apoyo social es decir: 70.3% cuentan con apoyo de su pareja, 66.5% familiar y 52% los amigos. La pareja es quien brinda el principal apoyo a la adolescente embarazada aunque las cifras son altas, no cuentan con el apoyo suficiente que necesitan.

## **Planteamiento del problema**

En la actualidad se considera que anualmente en el mundo se presentan 75 millones de embarazos, de éstos, el 39.1% corresponden a hijos fuera del matrimonio y el 68.1% son de madres menores a 20 años. Uno de los principales riesgos asociados a la práctica de la sexualidad es la edad temprana, anudado a las enfermedades de transmisión sexual. Aproximadamente el 50% de los casos terminan en aborto provocado o espontáneo y el 50% llega a término según las estadísticas en los Estados Unidos de América (Mier, 2005: 7). En México, una de cada dos adolescentes de 12 a 19 años que inician su vida sexual se embaraza, dos de cada 10 de entre 15 y 19 lo han tenido relaciones sexuales en más de una ocasión, un 40% de los embarazos no son planeados ni deseados, del total de nacimientos en el país, 17% corresponde a adolescentes de 12 a 19 años (INEGI, 2013: 1).

El embarazo en mujeres adolescentes en el Estado de México se ha incrementado en razón de un 14 por ciento en los últimos años, por lo que es considerada por los expertos como un problema de salud pública.

Los embarazos adolescentes en el Estado de México aumentaron 25%, al pasar de 84 mil en 2007 a 105 mil 375 al cierre del año 2011. De acuerdo a estadísticas de la Secretaría de Salud, se registran al menos 80 mil embarazos de adolescentes cada año en el Estado de México. El municipio con mayor tasa de estos embarazos es Ecatepec, seguido por Naucalpan, Toluca, Netzahualcóyotl y Chimalhuacán, según informe del Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social (CIPCO, 2012: 2).

Las causas más obvias para que estos embarazos se den son: falta de información o bien, ésta es inadecuada lo que conlleva a la falla o mal uso de los métodos anticonceptivos. La única contracepción que tiene el 100% de seguridad es la abstinencia. Respecto a la falta de información se ha comprobado que un

porcentaje muy alto de adolescentes la recibe de fuentes poco confiables, como pueden ser los amigos, revistas y películas en las que se pueden presentar situaciones prejuiciadas con poco valor científico y a veces crean en el adolescente una idea distorsionada y errónea del ejercicio de la sexualidad (Secretaría de Salud, 2002: 13).

Entre los factores de riesgo de embarazos no deseados, se encuentra la ejercida por los amigos, la característica de muchos adolescentes que piensan que a ellos no les va a pasar nada, la ignorancia o distorsión de la información, además de que muchas jóvenes tienen la sensación de soledad y piensan que un hijo va a llenar ese vacío, también es frecuente encontrar en algunos grupos sociales la idea de que con la maternidad va a hacer que la mujer logre su desarrollo y sea valorada, debido a que en la cultura de México, hasta hace algunos años, ser madre es el ideal de toda mujer (Secretaría de Salud, 2002: 20).

La reproducción y su condición necesaria, el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados. Lamentablemente, no es así. Prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno o que se dan en una persona que no quiere reproducirse (Secretaría de Salud, 2002: 14).

En el caso del embarazo no deseado los padres se sienten tensos, frustrados y es muy probable que descuiden a sus hijos o los maltraten. Estos niños a menudo muestran un desarrollo y crecimiento cognoscitivo lento (Langer, 2002: 192).

Frente a esta situación, la embarazada requiere del apoyo social para mejorar su bienestar emocional ya que están en mayor riesgo de presentar problemas debido a que al nacer un ser humano requiere para poder sobrevivir de la protección y ayuda de al menos un cuidador que tenga la capacidad de proveerle alimento, cobijo y afecto. En el transcurso del desarrollo del nuevo individuo, la diversidad y complejidad de sus necesidades se tornan más complejas, ante tal situación la adolescente se ve atrapada en la necesidad de recibir apoyo. La falta de apoyo

asegura una serie de consecuencias negativas para la salud física y mental de la adolescente embarazada (Martínez, 2011: 28).

Estudios realizados (Procidano, 2011) reportan que quienes reciben mayores cantidades de apoyo refieren también menores niveles de ansiedad y depresión; un auto-concepto más positivo, más autoestima, confianza en sí mismos, control personal, bienestar subjetivo y estilos de afrontamiento más adecuados ante el estrés; además, ven cubiertas sus necesidades de afecto y pertenencia (Martínez, 2011: 12).

A los centros de Salud acuden para su control prenatal un número considerable de adolescentes embarazadas, a quienes se les atiende desde el punto de vista físico y biológico. En una colonia de la ciudad de Toluca se observó que existieron adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud para su control; sin embargo, se desconoce el apoyo social con que cuentan, de ahí que se plantea la siguiente pregunta

**¿Cómo es el apoyo social en la adolescente embarazada de una colonia de la ciudad de Toluca?**

## **Justificación**

El embarazo en las adolescentes es un proceso que transforma su proyecto de vida en relación a diversos factores como lo es familiar, social, cultural y de una manera muy relevante en su propia persona.

El embarazo es un evento de cambios importantes no solo físicos y fisiológicos sino también sociales; durante este periodo el apoyo social de la pareja es muy importante debido a que esta experiencia de vida y la responsabilidad debe ser compartida, con ella se forma un vínculo de confianza para poder llevar un embarazo satisfactorio; a la familia por ser el primer vínculo con el que se cuenta desde que se nace y sólo se puede alejar de esta cuando hay un evento irreversible y a los amigos por el hecho de sentir confianza fuera de la familia.

Los beneficios que se aportarán con los resultados de esta investigación, son: brindar una mejor calidad de atención a la adolescente durante su embarazo por parte del profesional de enfermería al integrar la red social, en función de que la enfermera debe atender al individuo de forma holística ya que muchas veces se olvida la parte integral sin tener en cuenta el aspecto psicosocial para favorecer el bienestar de la adolescente embarazada

Por lo que es de suma importancia sumar esfuerzos para limitar que el embarazo adolescente pueda llegar a gravedad a causa de factores sociales que repercutan en él, de ahí que a partir de los resultados de esta investigación se podrán establecer criterios de ayuda para que la adolescente cuente con mayor apoyo social.

A partir de los resultados, se podrán establecer las estrategias de intervención de enfermería para: educar a las y los adolescentes en torno a decisiones bien informadas de su vida sexual, así como acerca de los métodos de planificación familiar, que favorezca la disminución de embarazos de no deseados; así mismo contribuir a la salud de los adolescentes tanto física psicológica y social.

Es importante mencionar además que este estudio fundamentara también la implementación de estrategias encaminadas a promover mayor apoyo social tanto de la pareja, familia y amigos, involucrarlos en la salud de las adolescentes embarazadas.

Para favorecer el aprendizaje del autocuidado y prevención de otros embarazos a temprana edad, así como intercambiar experiencias que reduzcan la ansiedad y miedo asociado al embarazo en la adolescencia y desarrollar nuevas redes de apoyo social que faciliten afrontamiento a una nueva etapa de vida

## **Objetivos**

### **General**

Analizar el apoyo social percibido por las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca

### **Específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas
- Identificar el apoyo que percibe la adolescente embarazada de la familia
- Describir el apoyo que percibe la adolescente embarazada de los amigos
- Determinar el apoyo que percibe la adolescente embarazada de su pareja

## Marco Referencial

### Capítulo I Adolescencia

#### Concepto

Etimológicamente, adolescencia proviene del latín *ad*: a, hacia, y *olescere*, de *oleré*: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento. Se define como la etapa del desarrollo humano, que tiene un comienzo y una duración de variables, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Está marcada por cambios interdependientes en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano (Monroy, 2010:11).

Fenómeno psicosocial, periodo comprendido entre 10 y 19 años (OMS, 2012). Transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales y que asume diversas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos (Papalia 2009:461)

La adolescencia es el periodo de desarrollo que separa a la niñez de la etapa adulta. Es la etapa en la cual la persona debe adaptarse y ajustar sus comportamientos de la niñez a las normas aceptables desde el punto de vista social (Monroy 2010:13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la mujer adolescente como aquella joven que inicia la edad fértil, esto es, cuando el periodo de menstruación (menarca) se presenta. Obviamente esta etapa tiene que ver con la nutrición, zona geográfica y factores sociales. Es un lapso de edad con variaciones culturales e individuales. Desde el punto de vista biológico, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento. Socialmente es el periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma y económica. Psicológicamente, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto. Sin embargo, en las dos últimas décadas se ha

adelantado este periodo permitiendo que la fecundidad sea a edades más tempranas entre los 10 a 11 años (Alvarado e Infante, 2009: 15).

La adolescencia es una época tanto de oportunidades como de riesgos. Los adolescentes se encuentran al borde del amor, de una vida de trabajo y de la participación en la sociedad adulta. Y, sin embargo, la adolescencia también es una época en la que algunos jóvenes participan en conductas que limitan sus posibilidades (Papalia, 2009: 514).

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir.

Los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Este segundo decenio de la vida es una de las transiciones más complejas de la existencia; sólo la infancia supera a esta etapa en cuanto a ritmo desenfrenado de crecimiento y cambio. Desde el punto de vista físico, los niños pasan, de un día para otro, de ser pequeñas criaturas a convertirse en muchachos de largas piernas y brazos. Maduran sexualmente.

La mayoría de las funciones tanto físicas como psicológicas están en plenitud: fuerza, reflejos, rapidez, memoria, etc. Es cuando disfrutamos más de nuestro cuerpo y sus movimientos, cuando la comida sabe mejor, los olores son más profundos, la música es más bonita y el amor más real (UNICEF, 2002: 4).

Durante la adolescencia, los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro. El proceso es gradual, emocional y, a veces, perturbador. Un joven puede sentirse desilusionado, decepcionado y herido en un determinado momento y, poco después, eufórico, optimista y enamorado.

El proverbio swahili “Un hijo será lo que se le ha enseñado” ilustra cuánto aprenden los jóvenes de los ejemplos que les dan las personas que hay a su alrededor. Muchos de los riesgos que asumen los adolescentes no son tanto un reflejo de sus propias actitudes y deseos, sino más bien la consecuencia de presiones que ejercen sobre ellos algunos adultos, por sus formas de comportamiento abusivas y explotadoras, por los ejemplos que establecen y por las políticas que crean (UNICEF, 2002: 5-6).

Pubertad: (del latín pubere: cubrirse de vello el pubis), conjunto de modificaciones que se producen en las niñas en el momento en que se establece la menstruación y en varones desde que los testículos producen espermatozoides.

Además se considera necesario definir los siguientes conceptos:

- **EXTROVERSIÓN:** proceso psíquico que lleva al adolescente a interesarse por la realidad externa, que se traduce en un juicio objetivo e interés por establecer relaciones desinteresadas con el resto.
- **CRISIS JUVENIL:** corta fase pospuberal de activación entre los 15 y 16 años (para mujeres) y los 16 y 17 años (para los hombres). Esta crisis presenta rasgos como son la inquietud motora, mayor afectividad, labilidad y tendencia a la disociación.
- **IDENTIFICACIÓN SEXUAL:** proceso de aceptación del sexo como parte de la identidad personal. Involucra asumir roles, actitudes, motivaciones y conductas propias del género. Para este proceso resulta muy importante que la identidad asumida sea confirmada por otras personas (Alvarado e Infante, 2009: 17).

## **1.1 Fisiología de la pubertad**

La pubertad se inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre gracias a la intersección entre el sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis y gónadas.

El desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición del botón mamario; la edad media de la menarquia está en los 12.4 años.

Se puede dividir el desarrollo de la adolescencia en temprana (11-13 años), media (14,17 años) y tardía (18-21 años). Durante este periodo los adolescentes deben conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad sexual, moral y vocacional (Casas, 2005: 25).

### **Clasificación**

El crecimiento durante la adolescencia como ya se mencionó se divide en tres sub-etapas: adolescencia temprana, intermedia y tardía.

#### **Adolescencia temprana (11-13 años)**

La adolescencia temprana se produce desde la pubertad y se caracteriza por un desarrollo físico y crecimiento rápido; en ella se inicia la afirmación de la independencia, el desprendimiento de los padres, se da mayor importancia a las relaciones con los compañeros, surge el pensamiento concreto con cierto grado de esfuerzo para la resolución de problemas abstractos y presenta egocentrismo.

La característica principal de esta fase es su rápido crecimiento con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios. Creen que es el centro de una audiencia imaginaria que consecuentemente los están observando, con un sentido del ridículo elevado y son tremendamente egoístas (Casas, 2005: 23).

### **Adolescencia media (14-17 años)**

Se distingue por el desarrollo de la capacidad para el pensamiento abstracto formal, la introspección, aumento de la orientación hacia el futuro, se inicia la preocupación acerca de la exploración sexual y se produce una separación más formal de los padres. En esta etapa se hace evidente el comportamiento para comprobar límites y una preferencia para realizar actividades con los compañeros.

El crecimiento y la maduración sexual han finalizado adquiriendo más del 95% de la talla adulta, siendo los cambios más lentos que permiten la imagen corporal. (Casas, 2005: 25)

### **Adolescencia tardía (18-21 años)**

La adolescencia tardía va de los 18 a los 21 años de edad y se caracteriza por que se establece una imagen corporal segura e identidad de género, la persona es capaz de mantener relaciones estables, el comportamiento se orienta bien hacia otras personas y desarrolla destreza para la resolución de problemas en forma realista. Las principales ocupaciones en esta etapa son la intimidad emocional y la planeación de una carrera.

## 1.2 Desarrollo físico

La adolescencia, es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, periodo caracterizado por el desarrollo de caracteres constitucionales que distinguen a los sexos y durante los cuales ocurren importantes cambios físicos, particularmente, el crecimiento estructural y el desarrollo funcional de los órganos sexuales reproductivos o caracteres primarios y la aparición de caracteres secundarios.

En la mujer por la influencia de los estrógenos, se va a presentar lo siguiente:

- Crecimiento de trompas de Falopio, útero, vagina, desarrollo de genitales externos (labios mayores, menores y clítoris)
- Crecimiento óseo, provocando la soldadura de la epífisis y diáfisis
- Desarrollo de las mamas
- Depósito de grasa en el tejido subcutáneo, mamas, glúteos y muslos produciendo el agrandamiento de la cadera
- Ensanchamiento de la pelvis
- Aparición de la menarca
- Crecimiento y distribución del vello púbico

### Desarrollo cognitivo

El pensamiento hipotético deductivo se consolida plenamente y puede aplicarlo a las áreas personales como estrategia para resolver problemas.

Las capacidades cognitivas del adolescente posibilitan que cobre una mayor conciencia de los valores morales y una mayor sutileza en la manera de tratarlos. La capacidad de abstracción permite al adolescente abstraer e interiorizar los valores universales, en donde el sujeto presenta principios morales autónomos y universales que no están basados en las normas sociales, sino más bien en normas congruentes e interiorizadas (Papalia, 2009: 556).

Ya definida su identidad como ser único e independiente del resto, el adolescente puede dirigir su interés hacia la realidad, haciéndose más objetivo y extrovertido, esto unido al pensamiento lógico-formal hace que el adolescente pueda comparar la realidad con una posible y mejorada realidad que lo puede llevar a un inconformismo, depresión y rebeldía.

El desarrollo de la conciencia unido al dominio de la voluntad, junto con los valores e ideales definidos, concluye en la formación del carácter definitivo.

Gracias a su posición más objetiva frente al mundo, le es posible realizar una planificación vocacional realista de acuerdo a sus intereses y posibilidades concretas, dejando atrás el periodo de fantasía y ensayo. (Calvo, 2013: 111)

### **1.3 Desarrollo emocional**

El sentimiento deja de ser preponderante sobre la razón y la gran emotividad presente en la pubertad disminuiría llegando incluso al letargo del sentimiento, exceptuando el periodo del primer amor. Esto hace también que los estados de ánimo sean más constantes, con un marcado optimismo. Sin embargo en la crisis juvenil existen altas probabilidades de presentar una depresión, lo cual puede adoptar una de dos formas. La primera se expresa como “un sentimiento vacío, una falta de autodefinición, que se asemeja según su descripción verbal, a un estado de despersonalización”, lo que genera un alto grado de ansiedad. La segunda clase de depresión tiene su fundamento en repetidas experiencias de derrota a lo largo de un espacio de tiempo. Esto puede deberse a los numerosos cambios que presenta al mismo tiempo la vida de un adolescente. La depresión tiene su índice más alto entre los 16 y 19 años. Siendo esto más frecuente en las mujeres que en los hombres, pues si tienen trastornos se inclinan más a dirigir sus síntomas al interior y se deprimen (Papalia, 2009: 543).

La extroversión propia del adolescente lo induce a notar la diferencia que existe entre él y los ideales que impone la sociedad, en relación con la depresión, influyen los ideales de belleza que traen un desprecio a su apariencia física.

El suicidio en esta etapa aumenta considerablemente, transformándose en la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Los suicidios reales son más comunes entre los hombres que en las mujeres, estos emplean armas de fuego, las mujeres utilizan drogas e intoxicaciones con pastillas para dormir, por lo que muchos no llegan a concretarse, catalogándose como intentos de suicidio, cuyo índice resulta ser significativamente mayor que el que se presenta en los varones.

Entre los factores inmediatos que precipitan al suicidio, está el rompimiento amoroso, embarazo, conflicto con los padres, fracaso escolar, entre otras, pero por lo general es la culminación de una serie de dificultades crecientes. Las drogas y el alcoholismo pueden aumentar las probabilidades de que estos factores lleven al adolescente al suicidio (Papalia, 2009: 554).

#### **1.4 Desarrollo social**

Se espera que el adolescente alcance el estatus primario, asumir una independencia que le exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas de acuerdo con sus habilidades y posibilidades. El adolescente estructura las actitudes y pautas de comportamiento adecuadas para ocupar un lugar en el mundo de los adultos. Se produce la maduración social, puesto que el individuo logra incorporar las relaciones sociales y sus esquemas, comprendiendo de esta manera la importancia del orden, la autoridad y la ley. La relación con los otros es más sincera, y no se busca como un medio de referencia para conocerse así mismo, sino con un verdadero interés por su valor personal, incluyendo la ayuda y sacrificio si lo necesita.

El adolescente se motiva a la acción solidaria, posibilitado por los nuevos sentimientos de altruismo, empatía y comprensión, lo que le provoca una gran

satisfacción y logra el anhelo de ser importante, estos afanes solidarios comúnmente se desarrollan en conjunto con otros jóvenes de ideas comunes, que son los movimientos juveniles.

Las amistades cumplen en esta etapa varias funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, como ayuda para enfrentar la crisis y los sentimientos comunes, ayuda a la definición del autoestima y estatus, no por lo que dicen, sino por la posición del grupo al que pertenecen. En la adolescencia disminuye el número de amigos, en comparación con la pubertad, buscando características más a fines; se hacen más estables en el tiempo, también aparecen las amistades del sexo opuesto. La capacidad racional desarrollada junto con la objetividad lograda, permite que las tensas relaciones con los padres y profesores se relajen, admitiendo sus influencias, dependiendo del valor objetivo de su opinión, dándose incluso la relación de amistad con uno de los padres.

Una de las conductas riesgosas más difundidas en la adolescencia es el consumo de alcohol y drogas porque creen que es una marca distintiva de la adultez. La adolescencia se constituye actualmente en un factor de riesgo para el consumo de drogas, porque le permiten adquirir una identidad, establecer fuertes lazos de amistad, recursos para enfrentar situaciones estresantes.

En algún punto de su vida la mayoría de los adolescentes incurren a una conducta delictiva, aunque solo la minoría participa en conductas de riesgo elevado con propósitos destructivos. No se puede atribuir sólo a la pertenencia de un estrato social, sino que más bien a que no están dispuestos a adaptarse a la sociedad y desarrollar un adecuado control de los impulsos o encontrar salidas a la ira y a la frustración. También se postula que la delincuencia se produce por una baja autoestima, sentimiento de insuficiencia, rechazo emocional y frustración de las necesidades de auto expresión, la indiferencia, el rechazo o apatía de los padres también puede ser considerado un indicador de delincuencia (UNICEF, 2002: 9).

## 1.5 Salud sexual

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud, como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"

En el mismo año la Organización Panamericana de la Salud definió la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." (OMS, 2012).

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia" (OMS, 2012).

La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (Frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia). Se declaró el 4 de Septiembre de cada año el día mundial de la salud sexual (OMS, 2012).

La salud sexual y reproductiva está definida como el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la visión de la salud sexual y reproductiva, más allá de la reproducción, incorporando el marco ético de los Derechos Humanos y las

desigualdades de género, integralidad que sobrepasa los aspectos reproductivos y la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva (OMS, 2012).

Velasco citado en Monroy resumió que los logros de la adolescencia y principios de la juventud se clasifican en *biológicos* (capacidad reproductiva, de crecimiento y peso), de *identidad* (sentido de quién soy a lo largo del tiempo, que no cambia significativamente de un contexto a otro), *intimidad* (capacidad para tener relaciones maduras tanto sexuales como emocionales), *integridad* (convicciones, parámetros, creencias y conductas), *autonomía*, capacidad humana para la supervivencia independiente en pensamiento, sentimientos, valores), confianza (capacidad para afrontar los desafíos básicos de la vida) y responsabilidad (ser el principal causa de la propia vida y conductas, así como sus consecuencias) (Monroy, 2010: 11-14).

Es el periodo más crítico de despertar de los sentimientos sexuales. Con el comienzo de la pubertad, un conjunto de cambios producen la transformación de la vida sexual infantil a la forma normal definitiva. Entre estos se encuentran:

- Existe capacidad reproductiva
- Los cambios biofisiológicos generan un aumento del deseo sexual
- Adecuada o inadecuada aceptación de la propia figura
- Organización de la moral sexual muy prohibitiva que puede hacerles sentir culpables
- Existe un mayor deseo sexual y un mayor interés en desarrollar conductas sexuales

Los cambios glandulares transforman al chico en un hombre y a la chica en una mujer. En su interior se despiertan sensaciones sexuales y sentimientos románticos. La intensidad del impulso sexual difiere grandemente entre unos adolescentes y otros.

Se produce el impulso sexual, también llamado apetito sexual, deseo, libido, pasión, etc., que es una tendencia a vincularnos y relacionarnos con determinadas personas. El fin es conseguir el placer a través de la pareja o de uno mismo.

Este impulso es estimulado y desencadenado a través de los sentidos y de la fantasía. Una buena salud, imaginación, atractivo físico y relación afectiva son los mejores ingredientes para estimular el impulso sexual.

La crisis de la pubertad arranca de los problemas inherentes a la transformación fisiológica: los problemas del nuevo esquema corporal y de la maduración sexual.

La actividad sexual sirve para importantes propósitos. Aparte de la gratificación física, los adolescentes pueden demostrar su madurez e independencia de los padres. El grado de compromiso emocional presente en una relación es un factor que determina el nivel de actividad sexual, las adolescentes requieren de un grado de compromiso más fuerte que el de los varones. Sin embargo, tanto hombres como mujeres tienden igualmente a introducir el sexo en una relación cuando existe compromiso emocional. El nivel de desarrollo cognitivo y moral influye en la manera en que una persona razona sobre cualquier fenómeno, incluyendo las relaciones íntimas (Monroy, 2010: 17).

Estos adolescentes rara vez participan en relaciones positivas, recurren al sexo para obtener recompensas como lo es el amor y la atención, para castigar a sus padres o a la escuela. Sus conocimientos sobre la reproducción y la contracepción son el mínimo; constituyen el grupo de más alto riesgo de problemas si las mujeres quedan embarazadas. Tomándose en cuenta que durante el primer coito están desprovistas de protección. Las razones o justificaciones varían desde “no lo esperaba”, hasta “no pensé que quedaría embarazada”. La falta de conocimientos sobre la reproducción es un factor principal del embarazo en la adolescente, otro de ellos es la incapacidad para percatarse de las consecuencias de sus acciones (Ladewig, 2010: 376).

La planificación familiar es un derecho humano básico que beneficia a todas las personas. El bienestar físico, mental y social de los hombres, las mujeres y los niños suele mejorar cuando las parejas tienen menos hijos a los que pueden prodigar mejores cuidados (SEP, 2010: 14).

## **1.6 Prácticas de riesgo y consecuencias**

Alrededor del 20% de los niños en edad escolar son fumadores habituales. Nada menos que el 70% de todas las muertes de adultos susceptibles de prevención, como las enfermedades cardíacas y coronarias, el cáncer de pulmón y el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tienen su origen en conductas y modelos relacionados con la salud que comienzan en la adolescencia. Los adolescentes están tomando decisiones que tienen consecuencias permanentes, sin orientación o apoyo de los adultos, y sin disponer de los conocimientos y la información que les permitan protegerse a sí mismos. 'Mientras que los placeres del sexo duran unos pocos minutos, las consecuencias que conlleva duran para siempre.

La maternidad entre adolescentes y los problemas de salud que se derivan del tabaco y las prácticas sexuales de riesgo no sólo tienen costes humanos sino también económicos.

Una décima parte de los nacimientos que se producen son de madres adolescentes y, en muchos países, las complicaciones ligadas al embarazo, el aborto y el alumbramiento son causa de mortalidad entre las adolescentes (UNICEF, 2002: 5).

## **1.7 El derecho a sentirse apoyado y seguro**

El entorno de los jóvenes modela e influencia constantemente sus ideas. Cuando los adolescentes pueden aprender y expresarse sin miedo, tienen más probabilidades de participar en actividades con sus progenitores, sus amigos y sus comunidades. Mejoran su autoestima y se convierten en modelos positivos de conducta.

Incluso los jóvenes que se sienten apoyados y optimistas sobre su futuro pueden responder a su creciente independencia poniendo a prueba los límites de su libertad. La forma en que la sociedad responde a un joven que vulnera la ley puede determinar o frustrar su futuro (SEP, 2010: 15).

## Capítulo II Embarazo

Concepto de Embarazo. El embarazo corresponde al momento comprendido desde el momento la fecundación del óvulo hasta el momento del parto. Es decir es el momento en que se desarrolla un ser en el útero desde la concepción hasta el nacimiento, periodo que comprende aproximadamente de 270 a 280 días (40 semanas lunares) (Ladewing, 2010).

### 2.1 Anatomía y fisiología materna en el embarazo

Los cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer embarazada se originan por varios factores. Muchos de ellos provienen de las influencias hormonales, algunos se originan por el crecimiento del feto dentro del útero y otros son motivados por la adaptación física de la madre a los cambios que se presenta.

**Sistema reproductivo:** los cambios en el cuerpo durante el embarazo son más obvios en los órganos del sistema reproductivo.

**Útero:** los cambios en el útero durante el embarazo son fenomenales. Antes del embarazo, el útero es un órgano pequeño, semisólido y piriforme que mide cerca de 7.5x5x2.5 cm y pesa alrededor de 60 g, al final del embarazo sus dimensiones son cercanas a 28x 24x 21 y pesa cerca de 1 000g. Su capacidad aumenta de 10 ml a 5 litros o más.

Las paredes uterinas son mucho más gruesas durante los primeros meses del embarazo que durante el estado previo a la concepción. Los cambios iniciales se estimulan por los mayores niveles de estrógeno y progesterona, y no por la distensión mecánica ocasionada por los productos de la concepción. Después del tercer mes aproximadamente, el contenido uterino empieza a ejercer presión intrauterina. La musculatura empieza a distenderse, lo que provoca un adelgazamiento de la pared muscular hasta un espesor de 5 mm o menos, al

término del embarazo. La facilidad para palpar el feto a través de la pared abdominal confirma este adelgazamiento.

**Cérvix:** el estrógeno estimula el tejido glandular del cérvix, lo que aumenta el número celular y la actividad. Las glándulas endo-cervicales ocupan casi la mitad de la masa cervical al término del embarazo, en comparación a una pequeña parte en el estado previo a la gestación. Estas glándulas secretan un moco espeso y tenaz que se acumula y engruesa para formar el opérculo que sella el canal endocervical y evita que suban bacterias u otras sustancias al útero.

**Ovarios:** cesa la producción de óvulos durante el embarazo. Muchos folículos se desarrollan en forma temporal pero nunca hasta el punto de madurez. Las células que recubren estos folículos, las células tecales, producen hormonas y se les llama glándulas intersticiales del embarazo (Ladewing, 2010).

**Vagina:** el epitelio vaginal sufre hipertrofia, mayor vascularización e hiperplasia durante el embarazo. Al igual que los cambios cervicales, estas variaciones se inducen por el estrógeno, provocando engrosamiento de la mucosa, pérdida del tejido conectivo, y aumento de las secreciones vaginales, estas secreciones son espesas, blancas y ácidas (PH 3.5-6.0), el PH ácido tiene una función muy importante en la prevención de infecciones. Ya que aumenta el flujo sanguíneo de la vagina, puede presentar el mismo color purpúreo (signo de Chadwick) que se observa en el cérvix (Ladewing, 2010).

**Mamas:** En la glándula mamaria, es útil precisar que los estrógenos y la progesterona preparan las mamas durante el embarazo, para que se reciba la acción de la prolactina y posteriormente, después del parto, se instale la secreción láctea. La prolactina es la causante principal de la secreción por las células alveolares de la mama; esta hormona hipofisaria la secretan las células del lóbulo anterior de la hipófisis (lactótrofos). Las mamas secretan calostro alrededor de 48h y luego se ingurgitan y se inicia la secreción de leche. Cabe mencionar que este calostro se empieza a producir desde la semana 12 de gestación y hasta el término del embarazo (Ramírez, 2002).

**Sistema respiratorio:** La función pulmonar se modifica durante todo el embarazo. Este induce un pequeño grado de hiperventilación conforme al volumen funcional (cantidad de aire que se respira en una inspiración ordinaria). Existe un incremento de 30-40% de los valores previos al embarazo en el volumen de aire que se respira cada minuto. Entre las semanas 16 y 40, el consumo de oxígeno aumenta alrededor del 15 al 20% para cubrir las mayores necesidades de la madre, además de las del feto y la placenta.

En el tórax, hay una disminución del diámetro vertical, que se compensa con un aumento del diámetro transversal y anteroposterior, de tal manera, que no está reducida la capacidad volumétrica. Durante el embarazo aumenta el consumo de oxígeno y consecutivamente el intercambio a nivel pulmonar.

**Sistema cardiovascular:** En el aparato cardiovascular de la mujer embarazada el corazón cambia su posición hacia arriba y hacia la izquierda y también está rotada hacia la izquierda.

La presión arterial sistólica no se altera durante el embarazo normal, pero la presión diastólica se reduce en el primer y segundo trimestre, retornando a sus niveles normales al final de la gestación.

El gran flujo sanguíneo a través del útero, puede considerarse como una derivación arteriovenosa a través de la circulación principal y el aumento del gasto cardiaco y del volumen sanguíneo se pueden relacionar con la misma.

Es frecuente que la mujer embarazada, presente trastornos en la circulación de retorno y entonces padezca insuficiencia venosa, varices, hemorroides, etc.

En la sangre, por la hidremia circulatoria y el aumento del volumen plasmático; la sangre está más diluida e inclusive, puede presentarse una anemia aparente del embarazo (Ramírez, 2002).

**Sistema gastrointestinal:** A nivel del aparato digestivo; en la gravidez hay un retardo en el vaciamiento gástrico, tiempos de tránsito más lentos y estreñimiento; es mayor el reflujo gastroesofágico, que puede producir pirosis y una posibilidad

muy real de regurgitación e inclusive bronco aspiración, si la mujer pierde el conocimiento (Ramírez, 2002). La náusea y el vómito del primer trimestre se relacionan con la gonadotropina coriónica que secreta el cigoto implantado y con un cambio de metabolismo de los carbohidratos que se presentan en el inicio del embarazo (Ladewing, 2010).

**Aparato urinario:** En el aparato urinario, existe un hiperfuncionamiento, con utilización de la reserva renal, un aumento progresivo en la tasa de filtración glomerular y en el flujo plasmático renal, que aumenta hasta en 50% al término del embarazo. Los riñones, los uréteres y vejiga sufren cambios importantes, tanto en su estructura como en su función. El útero gestante presiona la vejiga, la cual se irrita hasta que el útero salga de la pelvis.

**Piel y pelo:** En la piel, hay cierta facilidad para retener pigmentos melánicos y probablemente también hay un aumento en la hormona estimulante de la melanina y, por tanto, se presentan pigmentaciones muy características, tales como: aparición de cloasma uterino o máscara de embarazo, con hiperpigmentación del dorso de la nariz, de los pómulos y de la frente. También hiperpigmentación del pezón, de la areola primaria y aparición de la areola secundaria en las mamas, hiperpigmentación de los genitales externos, de las cicatrices y de las pecas.

También puede alterarse el crecimiento del pelo del embarazo, por los efectos del estrógeno, pueden disminuir la velocidad del crecimiento capilar y el número de folículos pilosos en la fase de reposo o latente también disminuye.

**Sistema músculo esquelético:** A nivel de las articulaciones, se aprecia un reblandecimiento de los ligamentos ocasionado por la hipervolemia pélvica y por la acción de una hormona llamada relaxina producida por la placenta y ovarios. Este reblandecimiento es más notorio en las articulaciones pélvicas (sacroiliacas y púbica) lo que indudablemente favorecerá el tránsito del producto a través de la pelvis materna.

**Metabolismo:** El metabolismo basal de la mujer embarazada está aumentado, sobre todo desde el tercer mes y medio al cuarto mes de gestación cuando se encuentran cifras de metabolismo basal de +20 a +30.

Por lo que toca al metabolismo proteico, hay que anotar que la paciente embarazada presenta una gran retención nitrogenada y que se necesita un consumo elevado de proteínas, un aporte proteico extra, para abastecer el feto en crecimiento, a la formación de la placenta y al aumento del volumen del útero y las mamas.

**Aumento de peso:** La mujer gestante aumenta normalmente el 20% de su peso inicial, de tal manera que aproximadamente el peso total que aumenta en el embarazo, más o menos es de 10.5 a 11kg, pero el aumento de peso, no es estrictamente igual durante todos los meses del embarazo.

Este aumento de peso, desde luego ocasionado por la retención de agua y por los siguientes factores: aumento progresivo en el tamaño del feto y la placenta, hipertrofia del útero y de las mamas, acumulación de grasas y proteínas, el aumento progresivo de líquido amniótico, la hipertrofia de diversos órganos y el aumento de volumen sanguíneo.

**Cambios endócrinos:** las hormonas y las proteínas placentarias influyen en la función del ovario y de la hipófisis, conservan la decidua, inician el crecimiento del miometrio, aumentan la vascularidad de todo el aparato genital y ocasionan la proliferación del tejido glandular de las mamas.

La extrema distensión de la pared en el abdomen, mamas y glúteos, provoca la aparición de las estrías o “cuarteaduras” de color rosada o rojo violeta en la piel de la mujer embarazada.

El tejido celular subcutáneo por acumulación del tejido grasoso, aparentemente es más blando y con una consistencia disminuida y también hay un incremento en el desarrollo muscular de las regiones lumbar y dorsal, se aprecia un estiramiento

o distensión de las fibras a nivel del hígado, el tiempo de vaciamiento de la vesícula es más lento y a menudo es incompleto.

**Órganos de los sentidos:** En el sentido de la vista, disminuye la tensión ocular y hay cierta tendencia a la falta de visión o ceguera (hemianopsia) bitemporal.

En el sentido del oído, la mujer embarazada tiene una disminución de la agudeza auditiva, probablemente por esclerosis temporal del tímpano, ocasionada por la retención de calcio y en el sentido del gusto, está aumentando el grado de sensibilidad gustativa, lo que origina las clásicas perversiones del gusto, que se manifiestan como los llamados “antojos”.

A nivel del sistema nervioso, la mujer embarazada tiene cierta inestabilidad del sistema neurovegetativo, a lo que pueden atribuirse las frecuentes náuseas y vómitos, sialorrea, diarrea alternante con estreñimiento, etc. que se observan, sobretodo, en el primer trimestre de la gestación.

Modificaciones locales: en lo que se refiere al útero, este se tiene que adaptar para contener al feto y a la placenta que están creciendo y además presentar cambios para cumplir su tarea de expulsar al feto durante el trabajo de parto.

Las principales diferencias en dimensión entre el útero fuera del embarazo y el útero al final de la gestación son las siguientes: Sin embarazo Peso 40 a 50 g; a final del embarazo 1000 a 1250g. Altura sin embarazo 4.5 cm a final del embarazo 34 cm. Anchura sin embarazo 3cm a final del embarazo 25 cm. Espesor sin embarazo 6 a 8 cm a final del embarazo 22 cm y cavidad a final del embarazo 4 a 5 L (Ramírez, 2002: 71).

**En la pared abdominal:** en los primeros 3 o 4 meses, los depósitos de grasa originan un aumento en el espesor de la pared y aparece la línea morena del embarazo, de trazo longitudinal y situado entre la cicatriz umbilical y el borde superior del pubis. Existe hipertrofia e hiperplasia en los músculos abdominales, los que se estiran paulatinamente, para acomodar al útero en crecimiento.

En el último trimestre del embarazo, se observa un aplanamiento del ombligo y hay probabilidad a la aparición de hernia umbilical (Ramírez, 2002: 61-73).

## **2.2 Concepción y fecundación**

“Cada uno comienza a existir en un momento preciso en el que toda la información genética necesaria y suficiente la recoge una sola célula, el óvulo fecundado; y éste es el momento de la fecundación. No hay la menor duda de ello, y se sabe que esta información está inscrita en un tipo de listón que se llama DNA” (Gilberts, 2005: 1).

La fecundación es un proceso por el cual dos células sexuales (gametos) se fusionan para crear un nuevo individuo con un genoma derivado de ambos padres. La fecundación lleva a cabo dos fines separados: la sexualidad (la combinación de genes derivados a partir de los dos padres) y la reproducción (la creación de un nuevo organismo). Por lo tanto, la primera función de la fecundación es transmitir los genes desde los padres a la descendencia, y la segunda es dar comienzo en el citoplasma de la célula huevo (cigoto) a aquellas reacciones que permiten que el desarrollo continúe.

Aunque los detalles de la fecundación varían entre las distintas especies, los acontecimientos de la concepción en general constan de cuatro eventos principales.

1. Contacto y reconocimiento entre el espermatozoide y el gameto femenino. En la mayor parte de los casos, esto asegura que el espermatozoide y el gameto femenino sean de la misma especie.
2. Regulación de la entrada del espermatozoide en el gameto femenino. Sólo un espermatozoide puede finalmente fecundar al gameto femenino. Esto es generalmente llevado a cabo al permitir que solo un espermatozoide entre al gameto femenino y se inhibe el ingreso de otros.
3. Fusión del material genético del espermatozoide y del gameto femenino.

4. Activación del metabolismo de la célula huevo o cigoto para dar comienzo al desarrollo

Según estudios publicados recientemente, se puede determinar científicamente entre los 3 y 7 días después de la fecundación si el nuevo ser humano es hembra o varón (Gilberts, 2005: 1).

### **2.3 Embarazo en la adolescencia**

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica=edad de la menarquia).

En la actualidad se considera que anualmente en el mundo se presentan 75 millones de embarazos no deseados, de estos, el 39% corresponden a hijos fuera del matrimonio y el 68.1% son madres menores de 20 años. Lo que indica que uno de los principales riesgos asociados a la práctica de sexualidad en la adolescencia es éste, aunado a las enfermedades de transmisión sexual (Mier, 2005: 7).

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(a) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados. Este hecho es motivo de preocupación de varios sectores de diversos investigadores, debido a los riesgos biopsicosociales a que conlleva (Secretaría de Salud, 2010: 33).

El embarazo adolescente y su consecuencia más grave, el aborto inducido, son verdaderas prioridades para la Salud Pública de América Latina. En efecto, estos dos problemas afectan a amplios sectores de la población; acarrear graves consecuencias para la salud; su atención consume importantes recursos; se distribuyen desigualmente en la población, al afectar sobre todo a los más

vulnerables (jóvenes, pobres, mal informados), y podrían prevenirse o mitigarse con medidas de bajo costo (Henry, 2002).

Se ha argumentado que el embarazo en etapa escolar las hace proclives a abandonar la escuela aunque también se ha demostrado que dicho abandono se debe a situaciones económicas, lo que condiciona a la maternidad precoz. Además, cuando el embarazo es no deseado representa mayor riesgo social tanto para la madre como para el progenie. Se documentó en México alrededor de los años 90, que el inicio de vida sexual ocurría entre los hombres a los 16 años y entre las mujeres a los 19 años. Actualmente se ha observado que la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas (Núñez, Hernández, García y Walker, 2010: S93).

En Estados Unidos, casi un millón de adolescentes quedan embarazadas cada año; el 78% de estos embarazos no son deseados. Casi dos quintas partes de esos embarazos acaban en un aborto terapéutico, y aproximadamente el 14% termina en abortos espontáneos. Más de la mitad de las adolescentes que se quedan embarazadas dan a luz y se quedan con sus hijos. Son muy pocas las adolescentes que dan a sus niños en adopción. Casi tres cuartas partes de los adolescentes utilizan algún método anticonceptivo (a menudo el preservativo) la primera vez que mantienen relaciones sexuales, y 9 de cada 10 adolescentes sexualmente activas y sus parejas usan métodos anticonceptivos, aunque no siempre de manera correcta o constante (Ladewing,)London, Moberly. y Olds, 2010: 255-257).

Hasta hace una década, en la literatura sobre fecundidad y planificación familiar solía asociarse a población rural con un mayor riesgo de exceso de fecundidad adolescente no planeada. Sin embargo, estudios más recientes realizados en zonas urbanas en América Latina documentan una mayor incidencia de embarazo adolescente en las zonas periféricas de las grandes urbes, sobre todo, en aquellas de inmigración acelerada y asentamientos marginados periurbanos.

En zonas urbanas donde predominan las familias nucleares, y donde la expectativa es que la mujer joven continúe estudiando y postergue la crianza, el embarazo adolescente representa un problema y es frecuentemente rechazado por la propia embarazada, el progenitor y las familias de ambos (Núñez, et.al 2010: S99).

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestra que estos tienen inicio de relaciones sexo genitales a más temprana edad en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca de la sexualidad de las responsabilidades que implica la maternidad y la paternidad, y el uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. Estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual (Secretaría de Salud, 2010: 13).

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de abandonar sus estudios y de tener embarazos repetidos. Es posible que ellas y sus parejas carezcan de la madurez habilidad, y apoyo social para que sean buenos padres. Así mismo, sus hijos cuentan con mayor probabilidad de tener problemas académicos y del desarrollo, de padecer de depresión, de incurrir en abuso de sustancias y actividad sexual temprana y de convertirse, a su vez, en padres adolescentes (Papalia, 2009: 530).

#### **2.4 Antecedentes de embarazo en la adolescencia**

En 2012 ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de los cuales 72.9% eran de madres de 15 a 29 años. Un aspecto que resulta importante destacar es que uno de cada seis nacimientos (16.4%) son de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad, especialistas en la materia señalan que “el embarazo a esta edad no sólo representa un problema de salud para ella y su producto, sino que también tiene una repercusión económica para la madre, ya que implica menores oportunidades

educativas y el abandono total de sus estudios, aspectos que contribuyen a generar un contexto de exclusión y de desigualdad de género (INEGI, 2013:8).

En México se tiene una tasa de embarazo adolescente de 69 por cada mil y en Perú de 52, España 12, China 9, Alemania 7; y no se ha podido disminuir en los últimos años (Secretaría de Educación Pública, 2012: 14).

Existen varios aspectos sociales, culturales, económicos-laborales, psicológicos y de salud que inciden en los distintos niveles de la problemática. Así mismo, el hecho de asumir responsabilidades en momentos inadecuados, así como actitudes propias de la adolescencia frente a la maternidad, pueden provocar desequilibrios y crisis físicas, emocionales o sociales.

En México, el embarazo adolescente ya forma parte de la agenda pública en materia de salud y educación; sin embargo algunas veces se aprecia que los resultados no son como se esperaban. De acuerdo a las cifras del banco mundial, la reducción de los últimos años fue marginal. Las acciones en materia de política pública están aumentando para prevenir el embarazo de niñas y adolescentes fenómeno que está propiciando una preocupación debido a su incremento. Desde hace años, el Sistema Educativo Mexicano incluye en sus programas de estudio temas de educación sexual; no obstante los embarazos no han disminuido y se manifiesta una importante paradoja, los adolescentes conocen métodos anticonceptivos, no les da vergüenza hablar de temas de sexualidad y un número importante no se cohíbe a la hora de solicitar anticonceptivos en los centros de salud y en las farmacias; sin embargo, un porcentaje significativo no lo usa (Secretaría de Educación Pública, 2012: 13).

La omnipotencia de pensamiento los lleva a pensar “A mí nunca me va a pasar eso”, el resultado es una serie de conductas temerarias que les sirven de autoafirmación, que sin embargo pueden presentar importantes riesgos para su integridad personal. Entre ellas tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazo no planeado y no deseado o contagios de enfermedades de transmisión sexual (Secretaría de Salud, 2010: 22).

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado y no planeado tal vez no lo hagan con la persona que hubiesen deseado, lo que puede provocar desintegración familiar. Aún en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la maternidad y paternidad, cuando aún desean jugar y divertirse (Secretaria de Salud, 2010: 44).

Los hijos no planeados ni deseados de las adolescentes frecuentemente son niños rechazados (consciente o inconscientemente) por la madre y la sociedad. Están más propensos a sufrir trastornos emocionales, golpes, abandono, carencias económicas, afectivas y educativas; o aún de carecer de un hogar por haber sido abandonados.

A pesar de que la adolescente embarazada pueda construir psicológicamente su embarazo como un evento positivo, son evidentes las consecuencias negativas que se arrojan sobre ella. Ella debe enfrentar una gran problemática, que involucre variedad de aspectos como: aceptación del embarazo; riesgo de salud física (madre-hijo) rechazo de la paternidad; dependencia creciente de la familia; angustia de la crianza (influye maltrato del niño); desaprobación social; dificultad para lograr un hogar estable; y pérdida de la oportunidad de desarrollo armónico e integral, de mejorar su nivel educativo y económico, y de alcanzar sus aspiraciones (Moreno, 2010: 32).

Aunque cualquier factor social pueden existir elementos que favorezcan el embarazo de una mujer adolescente sin haberlo planeado o deseado, hay una serie de factores que llevan a que esto sea más probable en unos sectores que en otros.

Las circunstancias particulares que propicien que se dé un embarazo temprano específico pueden ser muy variables, cada historia es única, pero lo importante destacar es que el hecho de que se den con mayor o menor frecuencia en un contexto social dado no tiene que ver con las historias individuales, si no con las

características sociales que la rodean y condicionan (Moreno, León y Becerro 2010: 22).

En el Municipio de Toluca, la Encuesta Nacional de Juventud 2005 y 2006 revela que más de la mitad de las adolescentes mexicanas, de 12 a 19 años, tienen vida sexual activa este hecho las pone en riesgo de un embarazo no planificado.

El embarazo en mujeres adolescentes en el Estado de México se ha incrementado en razón de un 14% en los últimos años por lo que es considerado por los expertos como un problema de salud pública.

Los embarazos adolescentes en el Estado de México aumentaron de 25%, al pasar de 84 mil en 2007 a 105 mil 375 al cierre del año 2011.

De acuerdo a estadísticas de la Secretaria de Salud, se registran al menos 80 mil embarazos de adolescentes cada año en el Estado de México.

Desde el año 2010 a 2012 se observa una tendencia a la baja en la incidencia de embarazos en mujeres adolescentes en el municipio de Toluca observado a través de las consultas de primera vez a menores de 19 años; la mayoría de los embarazos no son planeados, las adolescentes reportan en 66% de los casos que su embarazo no fue planeado, mientras que el 34% dice si haberlo planeado.

Toluca ocupa el tercer lugar en el registro de las tasas más altas de embarazos en adolescentes (INEGI, 2013: 16).

Jiménez (citada por Moreno, León y Becerro.2010, 19) describe en un estudio que realizó entre niñas y jóvenes de 10 a 19 años de edad, que actualmente las chicas mexiquenses de entre 17 y 19 años registran el mayor índice de adolescentes embarazadas como resultado de relaciones sexuales anticipadas sin protección y mucho menos información.

## **2.5 Conductas sexuales de riesgo**

Espada (2003) define a las conductas sexuales de riesgo como “Una exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA”.

De acuerdo con las investigaciones realizadas, los adolescentes, especialmente en la adolescencia temprana, pueden ser más sensibles a los mensajes sobre temas de sexo, porque se encuentran en un período de desarrollo en el que los roles de género, las actitudes y los comportamientos sexuales se están moldeando. Además, los adolescentes aún no han completado el desarrollo de las habilidades cognitivas que se requieren para analizar críticamente los mensajes que presentan los medios y para tomar decisiones teniendo en cuenta las posibles consecuencias de su comportamiento. Con base a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) del 2013, en México el 95% de los hogares cuenta con televisión, ya sea análoga o digital; lo que contribuye a ser un factor de riesgo ante la fuente de información sobre temas de sexualidad. Sin embargo, estudios recientes revelan que no es la cantidad de televisión que se ve lo que más influye sobre las actitudes, expectativas y comportamientos sexuales de los adolescentes sino el contenido del programa (INEGI, 2013: 13-14).

En Ecuador los factores asociados a que los jóvenes inicien su vida sexual a temprana edad están relacionados con que han vivido largos periodos sin uno de sus padres, causando que exista descontrol en su vida y más libertad. En Nicaragua se dicen que la falta de información sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias que traen los embarazos no deseados, son una de las principales causas de embarazos no deseados. En Estados Unidos según estudios, mencionan que los adolescentes experimentan su primera relación sexual a los 15 años de edad (de estos el 66% de los adolescentes utilizo algún método anticonceptivo). Cuba se pudo identificar que los adolescentes son muy inmaduros y que aunque cuentan con la información, no la ocupan, que es lo que

lleva a las relaciones sexuales con riesgo de un embarazo no deseado y/o a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Torriente, Diago, Rizo, y Menéndez, 2010: 582-583).

En Pereira, Colombia se realizó un estudio para valorar una escala de autoestima y sexualidad para los jóvenes, la cual dio como resultado que la incidencia de embarazos antes de los 18 años es causada porque los adolescentes sufren de baja autoestima, influido por el estado de ánimo del momento o por una experiencia (Cataño, Restrepo, Portilla y Ramírez. 2008: 62-64).

## Capítulo III Apoyo social

El concepto de apoyo social percibido implica la percepción de ser amado y valorado por otros (familia, amigos, pareja, etc.) lo que nos remite a la teoría de los diferentes tipos de apegos (Procidano, 2011).

El ser humano como otras especies, tiene la necesidad de relacionarse y apoyarse con otros seres semejantes, situación indispensable para la salud y el bienestar. Esta relación se inicia desde la infancia, cuando el niño se relaciona con sus padres y otros familiares cercanos, estas relaciones se mantienen y amplían a lo largo del ciclo vital

En un sentido amplio el apoyo social es considerado como el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.) (Martínez, 2011: 7).

El apoyo y la ayuda mutua existen desde los mismos orígenes de la organización social y encarnan una filosofía que, como señaló Hess (1982), desarrolla y estimula el poder de las personas no sólo para ayudarse a sí mismos, sino también para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas.

La ayuda mutua es una actividad voluntaria facilitadora del desarrollo de la autonomía personal, que permite satisfacer necesidades humanas básicas como las necesidades de seguridad, afecto, sentido de pertenencia y autoestima, y promueve la acción social.

**Apoyo Social:** Bienestar físico y psicológico proporcionado por amigos y familiares a la persona que sufre una situación de estrés; con apoyo social la persona tiende a estar en mejor forma física y a ser más capaz de manejar el estrés (Sarason y Pierce, 1994. Citado en García Fuster, 1997).

**La búsqueda de apoyo social.** Obtener apoyo social, bienestar físico y psicológico proporcionado por amigos y familiares

Quienes se desarrollan mucho con otras personas tienen una mayor capacidad de evitar la enfermedad que aquellos que se aíslan del contacto interpersonal, y en caso de enfermedad, aquellos que reciben más apoyo social se recuperan más rápidamente (Sarason y Pierce, 1994. Citado en García Fuster, 1997).

### **El apoyo social**

Una recreación humana natural ante situaciones de peligro, ante el temor, la ansiedad o el estrés es la búsqueda de la proximidad de otra persona, de sus palabras, de su contacto físico. Una tendencia que compartimos con otra especies y que, desde el punto de vista funcional, es de gran importancia para la salud, el ajuste y el bienestar. Esa tendencia de buscar la compañía de otra persona de buscar el apoyo de otras personas, en particular ante situaciones estresantes, acompaña al ser humano a lo largo de su ciclo vital. Decía Sidney Cobb (1976) que el apoyo social comienza en el útero. Su desarrollo se produce durante la infancia a través de las relaciones con los padres y continua a lo largo del ciclo vital, con la incorporación de otros familiares, amigos, miembros de la comunidad, compañeros de trabajo y, a veces, miembros de los profesionales de ayuda. “Que la conducta de apego en la vida adulta es una continuación directa de la conducta de apego durante la infancia, se demuestra en las circunstancias que llevan a la pronta manifestación de la conducta de apego de un adulto. En la enfermedad, ante la calamidad, el peligro súbito o el desastre, una persona buscará, con casi toda certeza, la proximidad de otra persona conocida y en la que se confía. En tales circunstancias, el incremento de la conducta de apego se considera por todos como natural.

La psicología social proporciona un estudio clásico que ilustra no sólo esa tendencia de buscar la compañía de otras personas en situaciones de temor o

ansiedad, sino también los efectos que tiene esta compañía en el ajuste a situaciones estresantes.

Algunos estudios demostraron cómo después de periodos prolongados de aislamiento las personas experimentaban con frecuencia síntomas importantes de ansiedad y otras sintomatologías y como la compañía de otras personas reducía los niveles de ansiedad.

Buscar la compañía de otras personas en situaciones de temor o ansiedad era debido, al menos en parte, a la necesidad de establecer un proceso de comparación social a través del cual se puede obtener información acerca de la situación estresante y validar las propias experiencias (Festinger, 1954. Citado en García Fuster).

Es precisamente la idea de que determinadas relaciones sociales pueden prevenir y reducir los efectos negativos del estrés.

El apoyo social es proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo, incluyéndose en la categoría de procesos psicosociales que se denominaron como “protectores de la salud”. (Cassel, 1974. Citado en García Fuster, 1997).

Se considera al apoyo social como aquella información que lleva a la persona a creer que es querida y cuidada, estimada y valorada, y que forma parte de una red de relaciones que implican obligaciones mutuas. (Cobb, 1974. Citado en García Fuster, 1997). El apoyo social constituye un fenómeno “familiar” y un “lugar común” de la interacción humana que ocurre con frecuencia de forma espontánea entre las personas.

Las fuentes de apoyo social pueden representarse en tres niveles que se corresponden en tres estratos distintos de las relaciones sociales, cada uno de los cuales indica vínculos entre los individuos y su entorno social con características y connotaciones diferentes. El más externo y general de ellos consiste en las relaciones que se establecen con la comunidad y reflejaría la interacción en la

estructura social más amplia. Estas relaciones indican el grado y extensión con el que el individuo se identifica y participa en su entorno social, constituyendo un indicador del sentido de pertenencia a una comunidad. El siguiente estrato, más cercano al individuo, consiste en las redes sociales a través de las cuales se accede directa e indirectamente a un número relativamente amplio de personas. Estas relaciones de carácter más específico (relaciones de trabajo, amistades, parentesco) proporcionan al individuo un sentimiento de vinculación, de significado o impacto mayor que el proporcionado por las relaciones establecidas en el anterior nivel. Finalmente, las relaciones íntimas y de confianza constituyen para el individuo el último y más central y significativo de los estratos o categorías de relaciones sociales propuestas. Esta clase de relaciones implican un sentimiento de compromiso, en el sentido de que se produzcan intercambios mutuos y recíprocos y se comparta un sentido de responsabilidad por el bienestar del otro. (Lin, 1986. Citado en García Fuster, 1997)

Lin (1986) define el apoyo social a partir de dos elementos que componen el concepto: social y apoyo. El componente social (aspecto estructural) reflejaría las condiciones del individuo con el entorno social, los cuales pueden representarse en tres niveles distintos: a) la comunidad, b) las redes sociales y c) las relaciones íntimas y de confianza.

### **3.1 Efectos del apoyo social en la salud y el bienestar**

Los estudios que han relacionado la carencia del apoyo social y el aislamiento social con la mortalidad constituyen la evidencia más dramática acerca de la relación entre el apoyo social y la salud.

Un estudio reveló que los varones con niveles más bajos de apoyo social tenían una probabilidad de morir de 2 a 3 veces mayor que otras personas con niveles más elevados de apoyo social. Para las mujeres con carencias de apoyo social la desventaja era de 2.8, lo que hace fidedigno dicho estudio es que han sido corroborados por, al menos, otros seis estudios similares realizados en Estados

Unidos de America, Suecia o Finlandia. Por ejemplo, en Suecia las mujeres con niveles más bajos de apoyo social tenían tasas de mortalidad cuatro veces mayores a las de aquellas con niveles altos de apoyo (Barón y Byrne, 2005:216).

Un estudio confirma que el sistema inmunitario puede deteriorarse y funcionar de forma menos efectiva en ausencia de figuras importantes de apoyo como la familia, los amigos y la pareja.

Desde un principio se plantearon dos efectos del apoyo social, que dieron lugar a las perspectivas que se conocen como hipótesis del efecto directo e hipótesis del efecto de amortiguación. Respecto a la primera, hipótesis de efectos directos, defiende que el apoyo social tiene un efecto sobre la salud y el bienestar, independientemente del estrés. Esta hipótesis ha recibido abundante evidencia a su favor. En cuanto a la hipótesis del efecto de amortiguación, establece que el apoyo social es esencialmente un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes. Al igual que en el caso anterior, abundantes estudios han planteado datos a su favor.

1. Se ha observado en repetidas ocasiones que existe una relación positiva entre el apoyo social y la salud física (por ejemplo menor incidencia de enfermedades coronarias, menores complicaciones en el embarazo, menor número de ataques de asma, etc.)
2. El acceso a relaciones íntimas o redes sociales positivas se ha asociado con el bienestar psicológico y la ausencia de depresión.
3. El apoyo emocional modera los efectos negativos del estrés laboral y el desempleo.

El apoyo social tiene una gran importancia en el adolescente embarazado debido que durante el embarazo la adolescente se vuelve más pasiva y dependiente y si no cuenta con suficiente apoyo puede caer en una situación de crisis. La adolescente embarazada puede tener dificultades familiares si sus parientes reaccionan excesivamente ante la situación o más tarde la madre de la adolescente puede querer desempeñar el papel de madre de su nieto. Suele ser

necesario tomar decisiones difíciles como contraer matrimonio de manera precipitada y a menudo de manera insensata, solicitar un aborto, conservar al niño a darlo en adopción. A menudo se verá afectada la educación, la carrera y el bienestar social de la futura madre.

El imperativo de atender al niño puede causar la pérdida de oportunidades de trabajo y aumentar el aislamiento social de la madre. Quienes deciden conservar al niño son en ocasiones ellas mismas productos de hogares desintegrados. Además de estas tensiones psicológicas, la adolescente embarazada tiene que afrontar a menudo los prejuicios y las actitudes punitivas de la comunidad (incluso de quienes se ocupan de prestar los servicios de salud) (Secretaría de Salud, 2010)

### **3.2 Repercusiones sociales ante la adolescente embarazada**

Ser madre puede ocasionar a la adolescente importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, por su pareja, por amigos, vecinos y familiares. En casos extremos suelen ser rechazadas por sus padres, este rechazo le priva de una fuente muy importante de apoyo social, en ocasiones también económica, precisamente en el momento que más los necesita.

Por otro lado esto lo hace más difícil que la adolescente se implique en una relación de pareja estable.

Desafortunadamente, muchas madres solteras son adolescentes que carecen a menudo de la madurez y de los recursos necesarios para ejercer su maternidad de manera óptima. Ellas necesitan recibir un fuerte apoyo social y educativo para superar los problemas de la maternidad.

El embarazo en las adolescente no sólo afecta a ella, sino también a la sociedad. El síndrome del fracaso describe la sucesión de acontecimiento a que está expuesta la adolescente el cual consiste en:

- ✓ Fracaso para satisfacer las funciones de la adolescente.
- ✓ Incapacidad para limitar el tamaño de la familia.
- ✓ Incapacidad para seguir en la escuela.
- ✓ Incapacidad para valerse por sí misma.
- ✓ Incapacidad para establecer familias estables.
- ✓ Incapacidad para tener hijos sanos.
- ✓ Dependencia prolongada respecto de los padres.
- ✓ Carencia de estabilidad socioeconómica

Cuanta menor edad tenga la adolescente en el momento de su primer embarazo tanto mayor serán las probabilidades de que se embarace de nuevo durante la adolescencia.

Algunas adolescentes deciden casarse con el padre de su hijo, que a menudo también es adolescente (Armijos Machuca, W. F., Yanayaco Coello, M. J., Serrano, A.C, 2015: 68)

Desafortunadamente muchos de estos matrimonios terminan en divorcio, lo cual no debe sorprender porque el embarazo y matrimonio interrumpen su educación básica. La falta de independencia económica es consecuencia lógica de la carencia de estudios y de la pérdida de objetivos profesionales. La falta de madurez al declinar la relación íntima también contribuye a la desintegración marital en este grupo de edad.

Es creciente la preocupación por los hijos de madres adolescentes. Tienden a sufrir desventajas del desarrollo, muchos factores contribuyen a estas diferencias, pero datos recientes indican que son importantes las condiciones adversas socioeconómicas que enfrentan las madres adolescentes.

La frustración que produce verse forzada a adoptar papeles de la mujer adulta antes de que haya completado las tareas del desarrollo de la adolescencia origina una sucesión de acontecimientos que afectan a la adolescente durante el resto de su vida

### 3.3 Problemas familiares

La familia de la adolescente se afecta mucho en caso de un embarazo no planeado. Muchos padres reaccionan en un principio con ira, dolor, vergüenza, culpabilidad y tristeza cuando se enteran que su hija se embarazó; sin embargo, muchos de ellos le dan ayuda. En ocasiones la madre suele acompañar a su hija a la clínica, le brindan ayuda cuando el niño nace y ofrecen su apoyo a su hija si lo necesita. Una parte de las adolescentes embarazadas o que son madres eligen no casarse y permanecen dentro del contexto de la familia.

Es frecuente que las madres se sientan culpables del embarazo de su hija. Se preguntan que hicieron mal y se sienten inadecuadas. También están molestas por preocuparse de sí mismas, justo en el momento en que sus hijas crecen y ven en el futuro una nueva sensación de libertad, tiene la responsabilidad de ayudarlas a enfrentar una crisis. También pueden estar enojadas en convertirse en abuelas, quizá a edad muy relativamente temprana.

La participación de la familia en estos asuntos es importante en la decisión de la adolescente, es factible que la madre participe en esta decisión como es el aborto, adopción, matrimonio y trato con el futuro padre y su familia, es frecuente que la decisión de abortar, entregar al futuro hijo en adopción o conservarlo reciba la influencia de la reacción de su familia (Prociano, 2011: 125).

Los papeles de los miembros de la familia se modifican en las situaciones en que los abuelos y otras personas significativas asumen responsabilidades adicionales de tipo financiero y para el cuidado de los niños. La etapa de desarrollo de la madre influye en su dependencia con respecto a los miembros de su familia y en la adaptación familiar necesaria. El apoyo familiar aumenta el potencial para desarrollo psicológico de la adolescente y su satisfacción emocional al desempeñar el papel de "madre".

Al continuar el embarazo de la adolescente empieza a asumir su papel de abuela, quizá comience la adquisición de regalos para su nieto y planee el futuro. Es

factible que participe en los cuidados y clases prenatales, además de que puede ser un apoyo excelente para su hija.

Se ha indicado que el apoyo social es un elemento fundamental para el bienestar subjetivo del individuo, el cual está conformado por tres componentes: 1) un alto nivel de afecto positivo, 2) un bajo nivel de afecto negativo, y 3) una evaluación cognitiva de la vida propia como buena. El apoyo social sirve para mantener y promover la salud mental y, generalmente, aquellos con menores niveles de apoyo, están en mayor riesgo de presentar problemas psicológicos. Existe un número considerable de estudios que indican una relación directa entre el apoyo social y desórdenes psiquiátricos, los cuales han indicado que, a falta de apoyo, se experimenta estrés y depresión, mientras que un alto apoyo se relaciona con un alto bienestar subjetivo y una reducción del estrés por aculturación (Procidano, 2011: 125).

El apoyo social es definido en términos de varios dominios funcionales en los cuales las relaciones personales sirven para una función particular. Las funciones más citadas son: las emocionales (p. ej. tener una persona a quién se le expresa simpatía), de ayuda instrumental o tangible (p. ej. provisión de apoyo financiero, bienes inmuebles, transporte, ayuda doméstica, etc.), de información o consejo (p. ej. tener una persona con la cual compartir actividades como ir al cine, comer o ir de compras), y de validación (tener a alguien a quien pedirle retroalimentación acerca de uno mismo). El apoyo emocional implica la provisión de cariño, empatía, amor y confianza, mientras que el apoyo instrumental implica la provisión de bienes materiales, servicios o ayuda tangible, ya sea, por ejemplo, dar ayuda financiera o realizar alguna actividad a favor de otros. (Martínez, 2011: 35)

### **3.4 Redes de apoyo social**

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello se habla de redes de apoyo social. Las principales son:

#### **a) Redes de apoyo social natural**

- La familia.
- Amigos y allegados.
- Compañeros de trabajo.
- Vecinos.
- Compañeros espirituales.

Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para la adolescente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad.

#### **b) Redes de apoyo social organizado**

- Organizaciones de ayuda.
- Seguridad Social.
- Empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado.
- Instituciones de acogida.
- Organizaciones de voluntariado.

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos. (Martínez, 2011: 29)

### **3.5 Tipos de apoyo social**

#### **Apoyo emocional (Plano afectivo)**

Este tipo de apoyo comprende aspectos como la empatía, el cuidado, el amor, la confianza pareciendo así ser uno de los tipos de apoyo más importantes.

Este tipo de apoyo brinda la experiencia de sentirse valorado y aceptado por la otra persona aumentando la autoestima, así también nos hacemos conscientes de que los propios problemas son compartidos por otros, disminuyendo así la gravedad percibida y el valor amenazante de los eventos negativos

El interés por evaluar el apoyo recibido por las dos fuentes más comunes –la familia y los amigos–, se basa en hallazgos de que las redes familiares son más duraderas, se mantienen más por obligación y sólo cambian como consecuencia de eventos radicales (p. ej. la muerte), mientras que las redes de amigos son más variables (p. ej. cambio de domicilio, de escuela, etc.) y dependen más de la competencia y del deseo de la persona por mantener dicha red (Procidano. 2011: 121).

Existen dos teorías entre sí, pero relacionados con el apoyo social: el optimismo y el pesimismo. El primero es definido como la tendencia estable a creer que pasarán más cosas buenas que malas; es un atributo personal en el cual uno espera eventos favorables en el transcurso de la vida. El segundo, es la tendencia estable a creer que más cosas malas pasarán y que las cosas no mejorarán. Los optimistas tienden a emplear más estrategias de enfrentamiento adaptativas que los pesimistas. Se ha observado que aquellos con mayor apoyo social son más

benignos y esperanzados en sus puntos de vista, tienen más experiencias positivas, son más optimistas y están más involucrados en las relaciones sociales presentes y futuras, mientras que aquellos con bajo apoyo social se consideran menos felices, se preocupan más, son más pesimistas, se deprimen más frecuentemente y se enfocan más en los bienes materiales presentes y futuros que en las relaciones sociales (Prociano, 2011: 250).

Se ha señalado que el tipo de apego que se desarrolla con los miembros de la familia y con los amigos o la pareja puede variar, y es en familia donde la persona se siente más segura. Aquellos con apego seguro reportan más satisfacción en la vida y un alto bienestar subjetivo. Esto nos lleva a pensar que el estilo de apego seguro está más vinculado con el apoyo social, pues se ha indicado que las personas con un estilo de apego inseguro experimentan menores niveles de apoyo de la familia, de los amigos y de la pareja, comparados con aquellos con un apego seguro.

Los estudios de apoyo social han observado correlaciones significativas inversas entre el apoyo social y el afecto negativo, y encontraron que una disposición afectiva positiva, como estar relajado, estaba positivamente relacionada con el apoyo social percibido de la familia.

Aquellos que experimentan afecto negativo experimentan mayor estrés, mientras que los que tienen mayor afecto positivo experimentan mayor apreciación por la vida y más seguridad (Prociano, 2011: 248).

### **Apoyo Informativo y Estratégico (Plano cognitivo)**

Las personas de nuestro alrededor pueden proporcionarnos información acerca de la naturaleza de determinado problema, darnos pistas sobre su interpretación y sobre estrategias de afrontamiento.

### **Apoyo material tangible o instrumental (Plano conductual)**

La prestación de ayuda material directa o servicios. Uno de los elementos que sobresalen en los jóvenes pertenecientes a la clase media alta es la fuerte presión que ejerce el medio social en el que viven las jóvenes monetariamente hablando,

en términos de que terminen su carrera universitaria y que mantengan su nivel social.

### **3.5.1 Familia**

Los adolescentes más seguros tiene relaciones sólidas y sustentadoras con padres que están en sintonía con la manera en que los jóvenes se ven a sí mismos, que permiten y alientan sus esfuerzos de independencia y que les proporcionan un puerto seguro en tiempos de estrés emocional (Papalia, 2009: 530).

Del mismo modo en que los adolescentes sienten la tensión entre la dependencia en sus padres y la necesidad de alejarse, es frecuente que los padres también experimenten sentimientos encontrados. Quieren que sus hijos sean independientes, pero se les dificulta dejarlos ir. Los padres tienen que caminar una línea muy fina entre darles suficiente independencia a los adolescentes y protegerlos de lapsos inmaduros de juicio. Estas tensiones pueden conducir a conflictos familiares y los estilos de crianza infantil pueden influir la manera en que se presentan y sus resultados. La supervisión parenteral afectiva depende de lo mucho que los adolescentes les dejen saber a sus padres acerca de sus vidas cotidianas, y esto puede depender del ambiente que los padres establezcan.

Las relaciones de los adolescentes con sus progenitores se ven afectadas por la situación vital de estos últimos: su trabajo, su situación matrimonial y su nivel socioeconómico (Papalia, 2009: 532).

Durante esta etapa los padres no son la figura representativa a seguir y por el contrario los hijos les encuentran defectos y, en algunos casos, se dan enfrentamientos con los padres que parecieran aminorar la autoridad de estos últimos y que permiten a los adolescentes tomar posturas de indiferencia, ignorancia o bien de superioridad en experiencia vivida.

Esta postura abre la posibilidad de caer en experiencias relacionadas con la sexualidad, incluso con el alcohol y las drogas. Sin tomar conciencia de las consecuencias de los actos (Secretaría de Salud Pública, 2012: 151).

La familia presenta dos escenarios, el primero de apoyo y comprensión y el segundo de crítica y aislamiento, este segundo produce fuertes daños en la adolescente porque su núcleo integral inmediato la expulsa (Secretaría de Salud Pública, 2012: 148).

### **3.5.2 Pareja**

La edad se convierte en un poderoso lazo de unión durante la adolescencia. Los adolescentes pasan más tiempo con sus parejas y menos con sus familias sin embargo, los valores fundamentales de la mayoría de los adolescentes siguen siendo más cercanos a los de sus padres de lo que se creen en general.

Al mismo tiempo que los adolescentes recurren a sus parejas para obtener modelos de rol, compañerismo e intimidad, dependen de sus progenitores como base segura a partir de la cual pueden experimentar (Papalia, 2009: 530).

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo, tal vez lo no haga con la persona que hubiera deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar. Aún en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la paternidad cuando aún desean jugar y divertirse.

Una pareja adolescente puede tener sentimientos de afecto real. Debido al gran cariño que se tienen mantiene vida sexual activa. Sin embargo, por la incipiente identidad adulta, es casi seguro que al tiempo se modifiquen sus intereses, deseos, actitudes y afectos. La joven pareja, requiere tiempo para madurar y establecer un compromiso real. De no emplear medidas de control natal, es casi seguro que se verán involucrados en una paternidad-maternidad temprana no

deseada, y en matrimonios precipitados que súbitamente los presenta con la responsabilidad de cuidar un hijo y un hogar.

Las características personales del padre y la madre adolescente, así como la calidad de su relación, afectaran sus habilidades como padres y sus posibilidades para continuar con su desarrollo personal. El nivel de satisfacción que tengan como padre/madre también incidirá en relación con él hijo (a) (Secretaria de Salud, 2010: 43).

### **3.5.3 Amigos**

Otro factor importante es la intensidad de importancia de las amistades y la cantidad de tiempo que se pasa con los amigos que es mayor durante la adolescencia que en cualquier otro momento del ciclo vital. Las amistades en esta etapa se vuelven más recíprocas, más equitativas y más estables (Papalia, 2009: 537).

Por otra parte, la amistad es el sitio donde se encuentra refugio y comprensión, aunque también se pueden presentar manifestaciones de rechazo y expulsión por dos motivos, el primero por no formar parte del entorno cotidiano asumiendo que partir del nuevo rol ya no podrá hacer lo mismo que antes y porque puede dar un mal ejemplo derivado de su comportamiento (Citado en Secretaria de Salud Pública, 2012: 148).

La calidad de la instrucción escolar influye en gran medida en el aprovechamiento estudiantil. Una buena escuela de educación media superior tiene un ambiente ordenado y seguro, recursos materiales adecuados, un personal académico estable, y un sentido positivo de comunidad. La cultura de la escuela tiene un fuerte énfasis en los aspectos académicos y fomenta la creencia de que todos los alumnos pueden aprender. Los adolescentes están más satisfechos con la escuela si se les permite participar en la creación de normas, si sienten el apoyo de los maestros y de otros alumnos, al igual que si el plan de estudios y la

instrucción son significativos, representan un desafío apropiado, y se adaptan a sus intereses, nivel de habilidad y necesidades (Papalia, 2009: 505).

El primer síntoma es el querer abandonar los estudios o bajar su rendimiento como producto de las posibles burlas que recibirá de sus compañeros y de quienes la rodean. Son pocas las personas que las ayudan, como las amigas cercanas o algún miembro de la familia (Secretaría de Educación Pública, 2012: 146).

## **Metodología**

### **Enfoque del estudio**

El enfoque metodológico utilizado para dicha investigación fue cuantitativo, ya que se identificó mediante dos escalas el apoyo social que perciben las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca.

### **Tipo de estudio**

El diseño de esta investigación es transversal, este diseño se realiza en un solo momento o tiempo único, la investigación es de tipo descriptivo debido a que tiene como propósito conocer la relación que existe entre la adolescente embarazada y el apoyo social que percibe

### **Universo**

El Universo de estudio son las mujeres adolescentes embarazadas que acudieron al centro de salud de una colonia de la ciudad de Toluca, de las cuales se encuentran registradas un total de 296, señalando que del total únicamente 104 se ubican en el rango de 12-19 años de edad (ISEM, 2015). Estadísticas del Centro de Salud de una colonia de la ciudad de Toluca, 2015

### **Muestra**

La muestra está conformada por 30 mujeres que corresponden al 28.8% de la población.

### **Muestreo**

Es de tipo no probabilístico, por conveniencia.

## **Criterios de inclusión**

- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad,
- Adolescentes que firmen el consentimiento informado.
- Adolescentes que contesten todas las preguntas.

## **Instrumentos**

Para llevar a cabo la investigación se tomarán dos escalas y cuestionarios que originalmente se encontraban en inglés **PSS-Fa** (Perceived Social Support from Family) Apoyo Social Percibido de la Familia y **PSS-Fr** (Perceived Social Support from Friends) Apoyo Social Percibido de los amigos elaboradas por Procidano y Heller (1983) (anexo 2). Y se dispusieron en español quedando las escalas en 16 y 12 ítems respectivamente, las escalas son unidimensionales. Ambas escalas se encuentran en un formato con tres opciones de respuesta: Sí, No y No sé. Los ítems se califican otorgando un 1 a las respuestas de Sí y 0 a las respuestas de No y No sé. Las escalas cuentan con dos y cuatro ítems respectivamente, que se califican en orden inverso, dándole la calificación de 1 a la respuesta No y 0 al Sí y No sé.

Tanto en las tablas como en el texto, se dejaron las abreviaturas de las escalas en inglés, ya que son los nombres con los que se ubican y reconocen en la literatura científica internacional.

Se puede afirmar que las escalas PSS-Fa y PSS-Fr son una alternativa adecuada para la evaluación del Apoyo Social Percibido. Finalmente las escalas de PSS-Fa y PSS-Fr se califican como alto medio y bajo apoyo social percibido, respectivamente (Procidano, 2011).

La escala de apoyo de la pareja (Anexo 5) responde a la necesidad de evaluar tanto los factores estructurales (tamaño de la red social) como los funcionales, estos últimos a través de reactivos que aluden a conductas específicas de apoyo. A fin de evaluar específicamente el apoyo proporcionado por la pareja se tradujeron y retradujeron los reactivos de los instrumentos en inglés de dos subescalas que realizaron Reyes, Cienfuegos, Díaz y Rivera (s/f) con la finalidad de que pudieran aplicarse a la pareja.

El coeficiente de confiabilidad para la escala total resultó ser de .96, y el número total de reactivos en esta escala fue de 24 los cuales cuentan con tres opciones: Sí, No y No sé. Los ítems se califican otorgando un 1 a las respuestas de Sí y 0 a las respuestas de No y No sé.

La Escala de Apoyo Percibido de la Pareja y Otros Significativos permite evaluar conductas específicas de apoyo tanto material como emocional. Finalmente se califica como alto, medio y bajo apoyo social percibido, respectivamente (Martínez, 2011).

## **Fase**

### **Teórica**

Para la estructuración del marco teórico se investigó en libros, enciclopedias en las bibliotecas de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Medicina. Facultad de Ciencias de la Conducta, y a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México. En revistas científicas de fuentes electrónicas de las base de datos: Scielo, REDALyC7, y páginas de la Secretaria de Salud. Las palabras claves de búsqueda fueron: adolescencia, embarazo y apoyo social

## **Empírica**

En esta fase primeramente se acudió al Centro de Salud de una colonia de la ciudad de Toluca, para obtener la autorización del responsable por medio de un oficio expedido por la Facultad de Enfermería y Obstetricia, en donde se justificaran los motivos por los cuales se eligió este espacio para la realización de este estudio. Posteriormente se solicitó que las participantes firmen un asentamiento y, en su caso, consentimiento informado para que contesten el cuestionario que está compuesto por 57 ítems.

Se procedió a la aplicación a las adolescentes embarazadas, tomando en cuenta los criterios de inclusión, en su consulta prenatal de forma autoadministrada. La aplicación tuvo una duración aproximada de 20 minutos. Al iniciar las aplicaciones a las participantes se les explicó el objetivo de la investigación y se solicitó la colaboración voluntaria, libre y anónima a quienes acepten participar.

## **Analítica**

Una vez recabada la información se utilizó el programa SPSS Vs 21 para obtener los datos estadísticos de dicho estudio. Se aplicó estadística descriptiva con medidas de tendencia central.

## **Aspectos bioéticos**

Este estudio se basa en el artículo 100 y 102 de la Ley General de Salud, Artículos 13º y 14º del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el cual que hace referencia sobre los principios éticos de la investigación. Las consideraciones éticas se fundamentaron en el consentimiento informado, ya que en el Art. 17º de la Ley General de Salud, así mismo, clasifica a los proyectos de investigación en tres rubros que son: investigaciones sin riesgo, investigación con riesgo mínimo e investigación con riesgo mayor que el mínimo; en el caso de esta investigación se encuentra en la considerada sin riesgo, ya que emplea un método de investigación documental;

solo se les aplicará un cuestionario que ellas mismas contestarán y no se les manipulará de ninguna manera. (Ley General de Salud, 2012) (Consentimiento Informado).

## Resultados

En cuanto a los resultados obtenidos, se puede observar alto índice de adolescentes embarazadas con una  $\mu = 17 \pm 1.49$  mínima 14, máxima 19 en una colonia de la ciudad de Toluca, predominando la edad de 16 y 17 años con 23.3%, el 63.3% vive en unión libre dedicándose al hogar, solo el 23% de ellas continua sus estudios. El 76.7% de la población en estudio cuenta con pareja pero solo el 63.3 de las adolescentes viven con ella, el resto vive con su familia. Se observa que el 56.7% tiene dependencia económica proveniente de su pareja mientras que el 40% proviene de la familia y solo 3.3 % es independiente (Tabla1).

**Tabla No. 1 Datos sociodemográficos de las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca**

Datos Sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>	N=30	100%
14-15	6	20
16-17	14	46.6
18-19	10	33.4
<b>Estado civil</b>		
Soltera	6	20.0
Casada	5	16.7
Unión libre	19	63.3
<b>Ocupación</b>		
Trabaja	1	3.3
Estudia	7	23.3
Hogar	22	73.3
<b>Tienen pareja</b>		
Sí	23	76.7
No	7	23.3
<b>Viven con</b>		
Pareja	19	63.3
Familia	11	36.7
<b>Dependencia económica</b>		
Propia	1	3.3
Pareja	17	56.7

Familia	12	40.0
<b>Hijos</b>		
Sí	19	63.3
No	11	36.7

**Fuente: Cuestionarios aplicados**

El 40% de la población estudiada ha tenido embarazos anteriores al actual, de estos solo el 60% fueron partos, un 36.7 es su segundo embarazo y solo 3.3% tendrá a su tercer hijo, mientras que al 23.3% les realizaron cesárea. No hijos con un  $\mu \pm .4$  mínima 1, máxima 2; abortos no han tenido (tabla 2).

**Tabla 2 datos Gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca**

Datos Gineco-Ostetricos	Frecuencia	Porcentaje
<b>Antecedentes</b>	N=30	100%
<b>Partos</b>		
0	18	60.0
1	11	36.7
2	1	3.3
<b>Cesáreas</b>		
fu0	23	76.7
1	7	23.3
<b>Abortos</b>		
0	30	100

**Fuente: Cuestionarios aplicados**

Respecto a los resultados obtenidos de los ítems de la escala de valoración familiar, las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca, refieren contar con el apoyo social de su familia en más del 50% de cada uno de los ítems que constituyen dicha escala, cabe mencionar que aunque rebasa más de la mitad no se alcanza el 100%, por lo tanto el estudio revela un buen porcentaje de apoyo emocional, es decir, se tiene un gran apego familiar el cual es demostrado mediante resolución de problemas o conflictos familiares. Además de que se obtuvo respuestas positivas en cuanto a la expresión de ideas y opiniones abiertamente entre familiares como por ejemplo 83.3% de sus familiares les da ánimos y consejos, sin embargo existe una pequeña controversia, ya que el ítem que obtuvo menos de la mitad del porcentaje revela que no existe compartimiento de gustos e intereses suficiente para que exista un apoyo social completo y que proporcione en gran medida el bienestar social de la adolescente embarazada (Tabla 3).

**Tabla No. 3 Apoyo familiar percibido por las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca**

<b>Apoyo familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
La familia les da ánimos	n=30	100%
Sí	25	83.3
No	5	16.7
Reciben consejos de la familia		
Sí	25	83.3
No	5	16.7
Cercanía de la gente a su familia que ellas a la suya		
Si	23	76.7
No	7	23.3
Incomodidad de familiares cercanos al compartir sentimientos y emociones		
Si	21	70
No	9	30
Gusto de la familia por escuchar lo que piensan		
Sí	23	76.7

No	7	23.3
Los familiares comparten gustos e intereses		
Sí	13	43.3
No	17	56.7
La familia se acerca cuando tiene problemas		
Sí	21	70
No	9	30
Dependencia familiar en apoyo emocional		
Sí	21	70
No	9	30
Cuando están tristes se lo cuentan a la familia		
Sí	20	66.7
No	10	33.3
Expresión de opiniones entre familia		
Sí	18	60
No	12	40
La familia está consciente de sus necesidades personales		
Sí	20	66.7
No	10	33.3
Sus familiares hablan con ellas cuando se sienten mal		
Sí	20	66.7
No	10	33.3
La familia es útil para ayudarles a resolver problemas		
Sí	21	70
No	9	30
Tienen vinculo cercano a la familia		
Sí	18	60
No	12	40
Les dan a la familia consejos útiles y prácticos		
Sí	17	56.7
No	13	43.3
La familia dice que son útiles para ayudar a resolver problemas		
Sí	16	53.3
No	14	46.7

**Fuente: Cuestionarios aplicados**

De las tres escalas de valoración de apoyo social dirigido a la adolescente embarazada, la que obtuvo menor índice es la que hace referencia a los amigos, 80% no les dan ánimo sus amigos, 56.7% refiere que sus amigos no escuchan lo que piensa, 63.3% dice no tener dependencia emocional por parte de sus amigos, 76.7 tiene sentimiento de no concordar con sus amigos, 86.7 sienten que otros muestran más cariño y preocupación que los de ella. Además de que el 73.3% desea que sus amigos fueran diferentes. Es decir la mayoría de la población estudiada tiene un distanciamiento muy marcado al no contar con el suficiente apoyo social brindado por parte de estos, resaltando que las pocas encuestadas que si cuentan con ellos, desearían que fueran diferentes, mostrando cariño y preocupación por ellas, además de que no reciben consejos útiles para ayudar en la resolución de problemas (Tabla 4).

**Tabla No. 4 Apoyo de los amigos percibido por las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Los amigos les dan ánimo	n=30	100%
Sí	6	20.0
No	24	80.0
A sus amigos les gusta escuchar lo que piensa		
Sí	13	43.4
No	17	56.7
Dependencia emocional de sus amigos		
Sí	11	36.7
No	19	63.3
Sentimiento de no concordar con sus amigos		
Sí	23	76.7
No	7	23.3
Le cuenta a sus amigos cuando se siente triste o decepcionado sin arrepentirse		
Sí	18	60.0
No	12	40.0
Conciencia de los amigos de sus necesidades personales		
Sí	10	33.3

No	20	66.7
<b>Utilidad de los amigos para la resolución de problemas</b>		
Sí	10	33.3
No	20	66.7
<b>Aconseja a sus amigos de forma útil y practica</b>		
Sí	19	63.3
No	11	36.7
<b>Utilidad de los amigos en la resolución de sus problemas</b>		
Sí	10	33.3
No	20	66.7
<b>Otorga a sus amigos consejos útiles y prácticos</b>		
Sí	19	63.3
No	11	36.7
<b>Los amigos manifiestan utilidad para resolver sus problemas</b>		
Sí	16	53.3
No	14	46.7
<b>Los amigos de otros muestran más cariño y preocupación que los de ella.</b>		
Sí	26	86.7
No	4	13.3
<b>Deseo de que sus amigos fueran diferentes</b>		
Sí	22	73.3
No	8	26.7

**Fuente: Cuestionarios aplicados**

La siguiente tabla muestra las respuestas y porcentajes obtenidos por parte de las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca con respecto al Apoyo que ellas perciben por parte de sus parejas en el aspecto emocional y económico, en el siguiente estudio se encontró un elevado porcentaje que revela que más del 50% de las adolescentes embarazadas refieren contar con el apoyo emocional de sus parejas, como el 63.3% dicen tener apoyo de la pareja en la toma de decisiones, 80% tiene bienestar con la pareja, 76.7% tiene apoyo de la pareja en momentos difíciles el 50% dice que su pareja le ayuda en el cuidado de los hijos siendo estos para las adolescentes un pilar de ayuda en cuanto a la toma de decisiones y resolución de problemas de manera conjunta. Así también la pareja refleja en esta escala ser un apoyo económico al satisfacer necesidades de tipo monetario (Tabla 5).

**Tabla No. 5 Apoyo de la pareja percibido por las adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Apoyo de la pareja en la toma de decisiones	n=30	100%
Sí	19	63.3
No	11	36.7
Compañerismo mostrado por parte de la pareja en momentos de necesidad		
Sí	23	76.6
No	7	23.3
Bienestar con la pareja		
Sí	24	80
No	6	20
Tiempo compartido con la pareja		
Sí	23	76.6
No	7	23.3
Apoyo de la pareja en momentos difíciles		
Sí	23	76.6
No	7	23.3
Consejería por parte de la pareja en la solución de problemas		
Sí	22	73.3

No	8	26.7
Respeto brindado por parte de la pareja		
Sí	20	66.7
No	10	33.3
Apoyo brindado por la pareja en el cuidado de los hijos		
Sí	15	50
No	15	50
Apoyo brindado por la pareja en momentos de adversidad		
Sí	21	70
No	9	30
Apoyo económico brindado por la pareja		
Sí	23	76.6
No	7	23.3
Confianza entre la pareja		
Sí	22	73.3
No	8	26.7
Cuidado brindado por la pareja		
Sí	18	60
No	12	40
Animo brindado por la pareja		
Sí	21	70
No	9	30
Apoyo brindado por la pareja en situaciones preocupantes		
Sí	24	80
No	6	20
Empatía mostrada por parte de la pareja en situaciones difíciles		
Sí	19	63.3
No	11	36.7
Confianza en el cumplimiento de expectativas		
Sí	21	70
No	9	30
Apoyo de pareja en el cumplimiento de metas		
Sí	21	70
No	9	30
Comprensión entre la pareja		
Sí	22	73.3
No	8	26.7
Apoyo de la pareja en la satisfacción de necesidades		
Sí	22	73.3
No	8	26.7
Bienestar brindado por la pareja		
Sí	22	73.3
No	8	26.7
Confianza brindada por la pareja		
Sí	21	73.3

No	9	26.7
Apoyo brindado por la pareja en las labores domesticas		
Sí	17	56.7
No	13	43.3

**Fuente: Cuestionarios aplicados**

Los resultados obtenidos de la escala que valora el apoyo percibido de la adolescente embarazada por parte de su familia fue de una media de 9.8, desviación estándar 4.5, mínima 0 y máxima de 16; por parte de sus amigos una media de 4.8, desviación estándar de 3.0, mínima 0 y máxima 12; finalmente, su pareja con una media de 15.7, desviación estándar de 9.0, mínima de 0 y máxima de 22.

**Tabla No. 6 Nivel de apoyo percibido de las adolescentes embarazadas**

<b>N=30</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Familia</b>			
	Bajo	6	20.0
	Medio	7	23.3
	alto	17	56.7
<b>Amigos</b>			
	Bajo	6	20.0
	Medio	7	23.3
	Alto	17	56.7
<b>Pareja</b>			
	Bajo	7	23.3
	Medio	3	10.0
	Alto	20	66.7

**Fuente: Cuestionarios aplicados**

## **Discusión**

Durante la adolescencia, los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro. El proceso es gradual, emocional y, a veces, perturbador (Moreno, 2010).

La adolescencia es una época tanto de oportunidades como de riesgos. La principal fuente de oportunidades está basada en la educación, ya que permitirá un desarrollo social factible, el logro de objetivos y metas y con ello una mejor calidad de vida. Sin embargo también se encuentran presentes conductas de riesgo como abandono de estudios, consumo de sustancias tóxicas, violencia, delincuencia, pero sobre todo es el periodo más crítico de despertar de los sentimientos sexuales, lo que trae como consecuencia un embarazo no planeado y más aún no deseado a temprana edad lo cual limita sus posibilidades. (Cataño, 2008). Muchas de las adolescentes que actualmente cursan con un embarazo, por consecuencia tuvieron que interrumpir su educación, de la misma manera se ve truncado de cierta forma, parte de su desarrollo social, tal como la asistencia a eventos con sus amigos, familia e incluso se enfrentan al rechazo por parte del medio que las rodea al ser vistas como un mal ejemplo o bien como un total fracaso y decepción familiar. Según la Secretaría de Salud estas jóvenes tienen más posibilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse. Esto es corroborado con este estudio, muy pocas adolescentes embarazadas siguen con sus estudios además de tener un alto índice de menores de edad y tienen dependencia económica de su pareja y/o familia.

Según INEGI (2010) Toluca ocupa el tercer lugar en el registro de las tasas más altas de embarazos en adolescentes, lo cual comprueba los resultados obtenidos en el estudio de investigación ya que se encontró un porcentaje alto respecto a las adolescentes que se embarazan entre los doce y diecinueve años de edad siendo de mayor prevalencia los dieciséis y diecisiete años.

Por otro lado se observó en las consultas de primera vez a menores de 19 años en el centro de Salud de una colonia de la ciudad de Toluca además de que algunas de ellas acuden a su segundo control prenatal. Dicho dato está confirmado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI.

Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud, comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico y afectivo del padre de su hijo. (Secretaría de Salud, 2010). Sin embargo, en comparación con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación demuestra lo contrario, es decir que la mayoría de las adolescentes cuentan con el apoyo tanto económico como afectivo de la pareja.

La familia de la adolescente se afecta mucho en caso de un embarazo no planeado. Muchos padres reaccionan en un inicio con ira, dolor, vergüenza, culpabilidad y tristeza cuando se enteran que su hija se embarazó, sin embargo en México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo o hija a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre familiar (Secretaría de Salud 2012); tal aspecto que es corroborado ya que aunque cuentan con el apoyo de su pareja varias de ellas viven con su familia debido a la carencia de recursos generando mayor dependencia familiar.

Estudios refieren que los amigos son la principal fuente de apoyo en situaciones adversas, en esta etapa se vuelven más recíprocas, más equitativas y más estables (Papalia, 2009). No obstante en este estudio, el apoyo brindado por los amigos hacia la adolescente embarazada resultó ser muy bajo en comparación con el apoyo brindado por parte de la pareja y de la familia.

Los cambios que genera un embarazo se suman a que producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio ya que tener la responsabilidad de ser madre a una edad temprana puede ocasionar en la adolescente importantes problemas de rechazo social. (Henry,

2002). La adolescente puede ser rechazada, por su pareja, por amigos, vecinos y familiares por ello es de gran importancia para la salud, el ajuste y el bienestar contar o recibir con una fuente de apoyo social para poder superar los problemas de la maternidad ya que la ayuda mutua es una actividad voluntaria facilitadora del desarrollo de la autonomía personal, que permite satisfacer necesidades humanas básicas como las necesidades de seguridad, afecto, sentido de pertenencia y autoestima. Quienes se relacionan mucho con otras personas tienen una mayor capacidad de evitar problemas como estrés ansiedad o depresión que aquellos que se aíslan del contacto interpersonal (Martínez, 2011).

Es bien sabido que el apoyo social es proporcionado por los grupos primarios más importantes para la adolescente y considera que el apoyo social es aquella información que lleva a la persona es querida y cuidada, estimada y valorada y que forma parte de una red de relaciones que implican obligaciones mutuas.

Por otra parte el apoyo social constituye un fenómeno familiar y un lugar común de la interacción humana que ocurre con frecuencia de forma espontánea entre las personas.

Se ha observado repetidamente que existe una relación positiva entre el apoyo social y la salud física (por ejemplo, menores riesgos para el embarazo), el acceso a relaciones íntimas o redes sociales positivas se ha asociado con el bienestar psicológico y la ausencia de depresión así mismo el apoyo social modera los efectos negativos del estrés (Procidano, 2011)

Con base en lo anterior se puede corroborar en este estudio que sin duda alguna el apoyo social juega un papel fundamental en el bienestar de la adolescente más aun estando en un estado en él se es más susceptible de que exista desequilibrio integral en su persona, por lo que cabe mencionar que es de vital importancia que la adolescente embarazada reciba apoyo social, de las principales fuentes de las que esta depende principalmente que son, la familia, los amigos y una pareja.

Dentro de los apoyos analizados, se obtuvo como primer lugar el que es brindado por la pareja durante la etapa de embarazo, seguido de la familia y finalmente el de los amigos, que aunque se obtuvo bajo índice influye en la manera y medida en como una adolescente embarazada se desenvuelva durante dicho proceso así como la satisfacción de sentirse parte de la integración a un grupo social.

Todo lo anterior servirá como base para que la adolescente embarazada se sienta mejor consigo misma, para que pueda entablar diálogos y al mismo tiempo establecer relaciones con la sociedad de tal manera que sienta la seguridad de no ser vista mal, y sobre todo tenga confianza en sí misma para cualquier tipo de obstáculo o barrera que pudiera presentarse en su entorno.

Es bien sabido que cuando un par de adolescentes se enfrentan a la responsabilidad de ser padres, el varón abandona a su pareja y ella tiene que enfrentar con o sin su familia esta nueva etapa en su vida; no obstante el estudio.

## Conclusiones

Con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se puede concluir lo siguiente:

1. De acuerdo con los datos sociodemográficos la mayor frecuencia de edad es de 16 y 17 años. La mayoría tienen vida en pareja pero viven en unión libre; 46.6% su ocupación es el hogar, bajo índice de adolescentes embarazadas continua con sus estudios alto índice tiene dependencia económica de la pareja además de no ser su primer embarazo.
2. Se tiene un alto apoyo por parte de la familia hacia la adolescente embarazada de una colonia de la ciudad de Toluca.
3. Por el contrario en muchos de los casos en los cuales resulta una adolescente embarazada se ha observado que el principal apoyo social que esta recibe es brindado por los amigos, ya que son quienes están más apegados en la etapa de la adolescencia, sin embargo el estudio demostró que no es así, una gran parte de estas adolescentes no cuenta con el apoyo esperado.
4. Se obtuvo como respuesta alto grado de aceptación en el apoyo recibido por la pareja.
5. Un poco más de la mitad de las embarazadas perciben un nivel de apoyo alto tanto de la pareja, familia y amigos.

## **Sugerencias**

Implementar grupos de apoyo entre adolescentes embarazadas para llevar más acorde su condición, además así no sentirán que son las únicas con un embarazo a temprana edad.

Fomentar la educación entre padres de familia de las adolescentes para que conozcan acerca de sentimientos y emociones dados durante esta etapa y así pueda brindarle su apoyo

Educar a las y los adolescentes en torno a métodos de planificación familiar para favorecer la disminución de embarazos no planificados a tan temprana edad.

No dejar a un lado la salud de la adolescente cuando ya se encuentra en esta etapa, que deje bien en claro que es lo que necesita y que es lo espera en torno a su familia, pareja y amigos.

Es importante implementar programas de intervención educativa de enfermería para favorecer el apoyo por parte de la familia, pareja y amigos.

## Fuentes de información

- Alvarado F. L. E, Infante S. Ch. (2009). *Mujer y Educación, adolescentes embarazadas.*
- Armijos Machuca, W. F., Yanayaco Coello, M. J., Serrano, A.C. (2015). *Embarazo en adolescente como riesgo social en el colegio Dr. Juan Enriquez Coello, ciudad Machala 2015 (tesis).* UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Sociales, Machala, Ecuador.
- Barón R. A. Byrne D, (2005). *Psicología social.* 10° edición, Universidad Complutense de Madrid. Editorial Prentice Hall, pág. 606, pp. 215-216, 217-219
- Calvo F. F. (2013). *Psicología básica para ciencias de la salud.* Primera edición
- Casas R. J. J, González F.C. (2005). *Desarrollo del adolescente, Aspectos físicos, psicológicos y sociales.* Unidad de Medicina Adolescente.
- Cataño T. R. D, Restrepo S. A, Portilla, N. D, Ramírez, H. D. (2008). *"Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala". Investigaciones Andina*, núm. Sin mes, pp. 57-66
- Centro Interamericano para la Productividad y la Competitividad S.C CIPCO. (2012) "Diagnóstico sobre Embarazo en Mujeres Adolescentes en municipios del Estado de México: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Toluca y Chimalhuacán" Noviembre. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/MEX\\_MA14\\_DX\\_EMBAR\\_ADOLESC\\_12.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/MEX_MA14_DX_EMBAR_ADOLESC_12.pdf)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (INICEF). (2002). *Adolescencia una etapa fundamental.* Nueva York. Pág. 39.
- García F. E, (1997). *Apoyo social en la Intervención comunitaria.* Barcelona. Editorial Paidós Iberica, pág. 320.

- Henry E. (2002). Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de la salud persistentes en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- INEGI. (2013). Estadísticas sobre disponibilidad y uso de tecnología de información y comunicaciones en los hogares 2013. P.p. 13-14
- Ladewing W. P, London L. M, Morbely S, Sally B. Olds. (2010) *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*. Quinta edición, Madrid España. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, pág. 1003, pp. 255-257,347-356.
- Langer, A. (2002) El embarazo No Deseado: impacto sobre la Salud y adolescencia en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana. Salud Pública/ Pan am J Pública health* 11.
- Ley General de Salud. (2012) Secretaria de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. México. Consultada el 21 de Octubre 2011.
- Martínez, C. Y. I, Díaz. L. R. (2011). Red social y Apoyo Percibido de la pareja y otros significativos: Una validación psicométrica. *Enseñanza e investigación en Psicología*, Núm. Enero-Junio. P.p. 27-39
- Mier Z. R. A. (2005). Embarazo no deseado, *Colegio de Psicología*.pág.7.
- Monroy A. (2010). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. Primera edición, México. Editorial Pax México. pág.256, pp.11.
- Moreno S, León C. M, Becerro L. (2010) “Conducta Sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a la educación sexual en adolescentes escolarizados”. *Redalyc. ORG*. Octubre-Diciembre.
- Núñez U. R. M, Hernández P. B, García B. C, González D, Walker D. (2010) Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de Métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública México*, 45 supl1:S92-S102 pág. S93, S99.

- OMS. (2012). Celebración Día mundial de la salud sexual. Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva República de Colombia, Ministerio de la Protección Social 2012
- Papalia, D. E, Wendkos O S, y Duskin F. R. (2009) Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. Undécima Edición, Ed. Mc Graw Hill. España 2009. Pág. 547 p.p. 459-461
- Procidano, M. E, Domínguez A. C, Salas M.I; Contreras. B. C (2011). "Validez concurrente de la versión Mexicana de las escalas de apoyo social percibido de la familia y los amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)". Revista Panamericana de Psicología, Núm. Sin mes, p.p. 125-137.
- Secretaría de Educación Pública. (2012). Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. México D.F. pág. 12-14.
- Secretaría de Salud. (2010) Dirección General de Salud reproductiva. Prevención del embarazo no planificado en los adolescentes. México D.F. pág.13.
- Ramírez A. F. (2002) Obstetricia para la Enfermera Profesional. Editorial El Manual Moderno. pág. 550, pp. 61-73.
- Torriente B, N Diago C. D, Rizo V. Anay S. C, Menéndez L. L. R. (2010). "Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuelas secundaria básica urbana". *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, núm. Noviembre-Sin mes, pp. 576-587.

# ANEXOS



## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



#### Carta de asentimiento informado

#### P R E S E N T E

A través de este medio, la estudiante de la Licenciatura en Enfermería: Ana Laura Morales Peña, procedente de la Universidad Autónoma del Estado de México, me permito enviarle un saludo afectuoso y al mismo tiempo solicitar su consentimiento para que su hija participe en esta investigación, **“APOYO SOCIAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UNA COLONIA DE LA CIUDAD DE TOLUCA”**. Que tiene por objetivo analizar el apoyo social en adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca. Su participación consistirá en contestar 3 sencillos cuestionarios. La información proporcionada será manejada con estricta confidencialidad y no será utilizada con ningún fin comprometededor.

En espera de contar con una respuesta favorable, agradecemos de antemano su apoyo y colaboración.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR



## Anexo 2

### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



#### Carta de consentimiento informado

#### P R E S E N T E

A través de este medio, la estudiante de la Licenciatura en Enfermería: Ana Laura Morales Peña, procedente de la Universidad Autónoma del Estado de México, me permito enviarle un saludo afectuoso y al mismo tiempo solicitar su consentimiento para participar en esta investigación **“APOYO SOCIAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UNA COLONIA DE LA CIUDAD DE TOLUCA”**. Que tiene por objetivo analizar el apoyo social en adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad Toluca. Su participación consistirá en contestar 4 sencillos cuestionarios. La información proporcionada será manejada con estricta confidencialidad y no será utilizada con ningún fin comprometedor.

En espera de contar con una respuesta favorable, agradecemos de antemano su apoyo y colaboración.

---

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

---

FECHA



### Anexo 3

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



### Apoyo social de la Adolescente Embarazada de una colonia de la ciudad de Toluca

**OBJETIVO:** Analizar el apoyo social en la adolescente embarazada de una colonia de la ciudad de Toluca.

El siguiente cuestionario está dividido en cuatro secciones, la primera sección abarca aspectos sociodemográficos la segunda familiares, la tercera indaga algunos aspectos generales de sus amigos, y finalmente incluye el apoyo que percibe por parte de su pareja.

**Instrucciones:** Coloca una “X” a la respuesta que consideres más cercana a tu realidad. Le pedimos responda a las preguntas abierta y sinceramente.

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado civil**

Soltera  Casada  Viuda  Divorciada  Unión libre

**Ocupación**

Trabaja  Estudia  Hogar  Otro  Cual: \_\_\_\_\_

**Tiene pareja**

Sí  No

**Vive con:**

Pareja  Familia  Amigos  Sola  Otros: \_\_\_\_\_

**Dependencia económica**

Propia  Pareja  Familia  Otro  Cual: \_\_\_\_\_

**Tiene hijos**

Sí  No  Edad: \_\_\_\_\_

**Partos:** \_\_\_\_\_

**Cesáreas:** \_\_\_\_\_

**Abortos:** \_\_\_\_\_

### Escalas PSS-Fa. (Familia)

Ítems	Si	No	No se
1. Mi familia me da mucho ánimo			
2. Yo recibo consejos prácticos de mi familia			
3. La mayoría de la gente es más cercana a su familia que yo a la mía.*			
4. Cuándo comparto mis opiniones y sentimientos personales con mis familiares más cercanos, me da la impresión que los hace sentir incómodos.*			
5. A mi familia le gusta escuchar lo que pienso			
6. Los miembros de mi familia comparten muchos de mis gustos e intereses			
7. Algunos de mis familiares se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan ser aconsejados			
8. Dependo de mi familia para apoyo emocional			
9. Cuándo me siento triste o decepcionado(a), puedo contárselo a alguien de mi familia sin arrepentirme de ello después			
10. Mi familia y yo expresamos abiertamente nuestras opiniones			
11. Mi familia está consciente de mis necesidades personales			
12. Mis familiares hablan conmigo cuando se sienten mal			
13. Mi familia es de gran utilidad para ayudarme a resolver mis problemas			
14. Tengo un vínculo muy cercano con varios de mis familiares			
15. Le doy a mis familiares consejos útiles y prácticos			
16. Mis familiares dicen que soy útil ayudándoles a resolver sus problemas			

### Escalas PSS-FR (Amigos)

Ítems	Si	No	No se
1. Mis amigos me dan muchos ánimos			
2. La mayoría de la gente es más cercana a sus amigos que yo a los míos*			
3. A mis amigos les gusta escuchar lo que pienso			
4. Dependo de mis amigos para apoyo emocional			
5. Siento que encajo un poco mal en mi círculo de amigos*			
6. Cuándo me siento triste o decepcionado(a), puedo contárselo a alguno de mis amigos sin arrepentirme de ello después			
7. Mis amigos están conscientes de mis necesidades personales			
8. Mis amigos son de gran utilidad para ayudarme a resolver mis problemas			

9. Le doy a mis amigos consejos útiles y prácticos			
10 Mis amigos dicen que soy útil ayudándoles a resolver sus problemas			
11. Los amigos de otros muestran más cariño y preocupación entre ellos, que los míos por mí.*			
12. Desearía que mis amigos fueran muy diferentes.*			

## ANEXO 4

### Apoyo percibido de la Pareja

Ítems	Si	No	No se
1. Mi pareja me ayuda a decidir qué hacer.			
2. Mi pareja me acompaña a algún lugar cuando lo necesito.			
3. Me siento bien cuando estoy con mi pareja.			
4. Hacemos cosas juntos, como ir al cine, caminar o platicar.			
5. Mi pareja me escucha cuando tengo algún problema.			
7. Mi pareja me da consejos para solucionar mis problemas.			
9. Mi pareja me dice o me hace sentir que me respeta.			
10. Cuando lo necesito, mi pareja me ayuda con el cuidado de los niños			
11. Mi pareja me alienta para enfrentar cualquier adversidad.			
12. Mi pareja me da o me presta dinero cuando lo necesito.			
16. Puedo pedirle con confianza a mi pareja que cuide mis cosas.			
17. Mi pareja me llama sólo para saber cómo estoy.			
18. Mi pareja me dice cuando hago las cosas bien.			
20. Mi pareja me dice cosas que me ayudan a entender una situación que me preocupa.			
21. Mi pareja me apoya con las labores del hogar.			
22. Si se lo pido, me cuenta qué hizo o haría en una situación parecida a la que estoy viviendo.			
24. Mi pareja me dice qué es lo que espera de mí.			
30. Mi pareja me ha ayudado a realizar una meta que es importante para mí.			
31. Siento que mi pareja me entiende.			
32. Además del dinero, mi pareja me ha prestado o dado algo que necesito.			
34. Mi pareja hace todo lo posible para que yo esté bien.			
35. Puedo confiarle mis sentimientos a mi pareja.			