



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MADRES ADOLESCENTES EN EL CANTÓN
GUALAQUIZA”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA**

AUTORA: MARIDEL KARINA HURTADO CASTRO

DIRECTORA: DRA. ANITA LUCÍA PACURUCU

CUENCA, ECUADOR

2015

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios por ser en vida luz, camino y fortaleza, a mi amado hijo Christian Daniel por ser la razón de mí ser, al complemento de mi vida mi esposo Christian por apoyarme y permitir que mis metas sean alcanzadas; a los frutos del amor que se encuentran en mi vientre que muy pronto llegarán con su luz a iluminar nuestro hogar; a mis queridos y adorados padres, por tanto amor, entrega, dedicación y lucha incansable en el transcurso de mi vida y mi preparación profesional; a mi querido hermano, a mis suegros y cuñadas por su apoyo y confianza.

Maridel Karina Hurtado Castro

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminar mi camino y darme la fortaleza para no dejarme vencer cuando un obstáculo se me presentaba y seguir adelante en busca de mi realización profesional y personal.

A mi hijo Christian Daniel por existir y darle sentido y ternura a cada instante de mi vida, a mi esposo Christian por caminar junto a mí y hacer suyos mis sueños y metas; gracias por tu apoyo incondicional y hacer realidad la culminación de este proyecto.

A mis padres Kléber y Miriam por haberme formado en conocimiento, amor y valores; y así poder ser la persona que soy ahora; gracias por su amor incondicional, por su entrega, sacrificio y por confiar en mí.

A mi hermano Kléber Daniel por ser parte de mi vida y permitirme ser parte de la suya.

A la querida y respetable familia de mi esposo por su predisposición a brindarme ayuda cuando la requería.

A la Universidad del Azuay, a todos mis maestros por compartir sus conocimientos y de manera muy especial a la Dra. Anita Lucía Pacurucu Directora de Tesis, por ser un pilar fundamental en el desarrollo del presente trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica.

Maridel Karina Hurtado Castro

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de Ilustraciones y Cuadros.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	1
Capítulo 1: La Adolescencia.....	4
1.1. Definición.....	4
1.2. Características de la Adolescencia.....	5
1.3. Desarrollo físico.....	6
1.3.1. Pubertad.....	6
1.3.2. Desarrollo Psicosocial del Adolescente.....	8
1.3.2.1. Búsqueda de Identidad.....	8
1.3.2.2. Identidad vs, confusión de Identidad.....	8
1.3.2.3. Relaciones con la familia, los pares y la sociedad adulta.....	10
1.3.2.4. Relaciones románticas.....	11
Capítulo 2: Sexualidad y Adolescencia.....	13
2.1. Sexualidad.....	13
2.2. Adolescentes y Sexualidad.....	14
2.2.1. La conducta sexual prematrimonial en adolescentes	15
2.3. Embarazo en la Adolescente.....	19
2.3.1. Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente.....	20
2.3.1.1. Factores biológicos implicados en los embarazos adolescentes.....	20

2.3.1.2.	Factores sociales implicados en los embarazos adolescentes.....	20
2.3.1.3.	Factores psicosociales implicados en los embarazos adolescentes.....	21
2.3.1.4.	Factores cognitivos implicados en los embarazos adolescentes.....	22
2.3.2.	Explicación sobre las posibles causas del embarazo adolescente.....	23
2.3.3.	Consecuencias biopsicosociales de la maternidad adolescente.....	24
2.3.4.	Efectos de la maternidad adolescente en el desarrollo del infante.....	25
Capítulo 3: La Adolescencia y el Afrontamiento.....		28
3.1.	Estrategias de afrontamiento.....	28
3.2.	Afrontamiento como proceso.....	29
3.3.	Estilos de afrontamiento.....	30
3.4.	Estrategias básicas de afrontamiento.....	31
3.5.	Instrumentos de evaluación del afrontamiento.....	33
3.6.	ACS (Escala de Afrontamiento para Adolescentes).....	34
3.7.	Articulación entre estilos y estrategias de afrontamiento a partir de la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS).....	36
Capítulo 4: Análisis de Resultados.....		39
4.1.	La Muestra.....	39
4.1.1.	Nivel de instrucción.....	40
4.1.2.	Tipo de hogar.....	40
4.1.3.	Edad del embarazo.....	41
4.1.4.	Cuidado de los hijos.....	42
4.1.5.	Información acerca de educación sexual.....	43
4.1.6.	Posibles causas del embarazo a temprana edad.....	44
4.1.7.	Métodos anticonceptivos.....	45

4.1.8. Uso de métodos anticonceptivos.....	46
4.1.9. Vida sexual.....	47
4.1.10. Dudas sobre el embarazo.....	48
4.1.11. En algún momento ¿consideró abortar?.....	48
4.1.12. En la actualidad vive con.....	49
4.1.13. ¿Se siente satisfecha respondiendo las preguntas de este cuestionario?.....	50
4.2. Análisis de las Estrategias de Afrontamiento (Coping).....	50
4.3. Estudio comparativo.....	54
4.4. Análisis de Hipótesis.....	54
4.5. Conclusiones.....	56
4.6. Recomendaciones.....	59
4.7. Bibliografía.....	61
4.8. Anexos.....	66
Anexo 1: Fotografías	66
Anexo 2: Encuestas.....	67

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS

Tabla 1: Nivel de Instrucción.....	40
Tabla 2: Tipo de hogar.....	41
Tabla 3: Edad del embarazo.....	42
Tabla 4: Cuidado de los hijos.....	43
Tabla 5: Educación Sexual.....	44
Tabla 6: Causas del embarazo adolescente.....	45
Tabla 7: Métodos anticonceptivos.....	46
Tabla 8: Uso de Anticonceptivos.....	47
Tabla 9: Pudo estar embarazada.....	48
Tabla 10: Con quién viven.....	50
Tabla 11: Cuestionario.....	50
Tabla 12: Diferencia de medias, Grupo Clínico vs Grupo Control.....	54
Gráfico 1: Grupo Clínico ¿A qué edad inició la vida sexual?.....	47
Gráfico 3: Grupo Clínico En algún momento ¿Consideró abortar?.....	49
Gráfico 5: Perfil Grupal de Estrategias de Afrontamiento.....	53

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en el cantón Gualaquiza, es un estudio comparativo entre 30 madres adolescentes y 30 adolescentes que aún no han sido madres, su objetivo es comparar las estrategias de afrontamiento a través de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), los resultados evidencian que las estrategias utilizadas por las madres adolescentes para afrontar el evento estresante son la de Esforzarse y tener éxito (Es) y Fijarse en lo positivo (Po); mientras que las adolescentes que aún no son madres frente a un conflicto o problema típico de su edad Buscan apoyo social (As), se Preocupan por la felicidad futura (Pr) y Buscan diversiones relajantes (Dr).

ABSTRACT

This work was carried out in the canton of *Gualaquiza*, and deals with a comparative study of 30 teenage mothers, and 30 adolescents who have not been mothers yet. The goal is to compare coping strategies by means of the Adolescent Coping Scale (ACS). The results show that the strategies used by teenage mothers to face an stressful event are to Work Hard and Achieve (Es) and Focus on the Positive (Po); while teenagers who are not mothers yet, when facing a conflict or problem typical of their age Seek Social Support (As), Worry about the Future Happiness (Pr) and Seek Relaxing Diversions (Dr).

Translated by,

Lic. Lourdes Crespo



INTRODUCCIÓN

En el último año el tema del embarazo adolescente ocupa un espacio importante entre los principales problemas mediáticos del país. Las estadísticas internacionales dicen que somos uno de los países con mayor número de casos de embarazos adolescentes. Se pensaba que este problema disminuiría con el incremento de la tasa de alfabetización, la expansión de matrícula y el aumento del índice de incorporación de mujeres a la educación. Sin embargo, los resultados dicen lo contrario. En la última década la tendencia no es a la reducción sino a su ascenso. Ha subido 2,3% respecto a los años anteriores (Expreso, 2015).

Ecuador tiene más de 122.000 madres adolescentes, de las cuales el 25% pertenece a la población económicamente inactiva. Solo el 22% asiste al sistema educativo. Tal hecho señala que la mayoría, el 88%, no lo hace. Esto nos pone ante una grave realidad de creciente vulneración de derechos y de un singular incremento de perpetuación del ciclo generacional de pobreza (Expreso, 2015).

Por lo tanto, el embarazo adolescente es un tema de atención prioritaria en la agenda pública del país. A la fecha, existen en el país diversas estrategias de prevención y proyectos focalizados para el apoyo de las mujeres que son madres adolescentes.

En este estudio se pretende señalar las estrategias de afrontamiento que utilizan las madres adolescentes y compararlas con los mecanismos utilizados por las adolescentes que aún no han sido madres; básicamente porque el problema que se presenta para las adolescentes embarazadas es que están transitando por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia, desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales, se le suma la crisis del embarazo que es una subcrisis provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a estas jóvenes con una responsabilidad y madurez que no han desarrollado

totalmente. Por eso se pretende aplicar la Escala de afrontamiento ACS que mide el grado y el tipo de afrontamiento del adolescente, ya que la forma en que afrontan sus problemas puede establecer patrones de conducta para su vida adulta.

La investigación se basa en el modelo de estrés-afrontamiento de Folkman y Lazarus puesto que el afrontamiento se define como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1991).

Las estrategias propuestas por Lazarus y Folkman (1991) son el afrontamiento dirigido a la acción, que son todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.

En esta misma línea el marco teórico desarrollado por Frydenberg está basado en el modelo sobre estrés y el afrontamiento desarrollado por Lazarus, así como en las investigaciones llevadas a cabo con el instrumento Adolescent Coping Scale, elaborado por Frydenberg y Lewis en 1993.

Como objetivo, se aspira analizar si las adolescentes utilizan estrategias específicas de afrontamiento del evento estresante, y si difieren de las elegidas por las madres adolescentes.

En esta investigación se plantean dos hipótesis; la primera es, que existen diferencias significativas en la manera de afrontar la situación de estrés entre las madres adolescentes y las adolescentes que aún no han sido madres y la segunda, que las madres adolescentes tienden a hacerse ilusiones, muestran falta de afrontamiento, se auto inculpan y buscan ayuda profesional, mientras

que las que aún no han sido madres se concentran en buscar apoyo social, invierten en amigos íntimos y se fijan en lo positivo.

Se tomó como muestra de estudio a 30 madres adolescentes y 30 adolescentes que aún no han sido madres, con un rango etario de 14 a 18 años; las encuestas fueron aplicados en el colegio "Camilo Gallegos Toledo" y en el colegio bachillerato "Gualaquiza". Se les aplicó una encuesta ad hoc (expresión para referirse a lo que se dice o hace solo para un fin determinado) y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), se calificaron los reactivos, para luego proceder con el procesamiento de tabulación y exposición de los resultados.

CAPÍTULO I

1. LA ADOLESCENCIA

1.1. Definición

La adolescencia es una fase del desarrollo en la que se producen retos y obstáculos de especial importancia. En primer lugar; es necesario desarrollar la propia identidad y conseguir la independencia de la familia manteniendo, al mismo tiempo, la conexión y pertenencia al grupo. En segundo lugar, se produce la transición de la infancia a la edad adulta, caracterizada por cambios fisiológicos y por el desarrollo cognitivo. El individuo se ve compelido a cumplir ciertos papeles sociales con relación a sus compañeros y a los miembros del otro sexo y, al mismo tiempo, a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su carrera profesional. Cada uno de estos pasos del desarrollo requiere una capacidad para el afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectiva. (Frydenberg & Lewis, 2000)

Desde una perspectiva sociológica, Marcelo Urresti (2000) concibe la adolescencia como un período en la vida de las personas que se define en relación al lugar que uno ocupa en la serie de las generaciones: hay una cierta experiencia compartida por haber venido al mundo en un momento histórico determinado y no en otro.

Desde una perspectiva psicológica algunos especialistas hacen eco para describir a la adolescencia. Jung (1960) describe la adolescencia como un período de stress y de conflictos intrapsíquicos. Menninger (1968), Hurlock (1968) y Erickson (1956,1968) dicen que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano, caracterizada por los conflictos en las relaciones interpersonales, en la escala de valores sociales, y en el control emocional. Ana Freud (1958) insiste en

que la adolescencia es un período de dificultades emocionales. Conger (1973) afirma que el mayor conflicto en el período de la adolescencia es el conflicto generacional, provocado por la brecha entre padres e hijos.

Hall y Lindzey (1970) utilizando el enfoque psicoanalítico freudiano ortodoxo, abundan en la elaboración teórica acerca de los conflictos sexuales y emocionales en general durante el período de la adolescencia. Blos (1962) habla de la adolescencia como un período de "aislamiento, soledad y confusión". Gustin (1961) se refiere a la adolescencia en los siguientes términos: "Al sentirse agobiado por el deseo sexual, frustrado por las inhibiciones exteriores, ansiando desesperadamente la independencia, aunque temeroso del aislamiento, aspirando a tener responsabilidades, aunque apesadumbrado de aprehensiones por su inferioridad, inundado de impulsos irracionales, aunque constreñido por las reglas de lo conveniente, el adolescente se halla confundido sin esperanza y sin valimiento, convertido en enigma para todos y aún para sí mismo".

Piaget e Inhelder (1958) y Piaget (1969) presentan el período de la adolescencia como uno de grandes cambios en el funcionamiento intelectual en general (Ardila Espinel, 1980).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como "la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo". Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático.

1.2. Características de la Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada

año. La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases:

- La pubertad o adolescencia temprana es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14 o 15 años.
- La adolescencia media y tardía, de los 15 a los 19 años.

A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo. (Farré Martí & Lasheras Pérez, 2005).

1.3. Desarrollo físico

1.3.1. Pubertad

Es un conjunto de cambios y modificaciones que permiten a un individuo acceder a las funciones de reproducción. Constituye el paso de la infancia a la adolescencia. Puede ser causa de malestares y trastornos psicobiológicos. La

pubertad comienza un par de años antes en las niñas que en los varones y dura unos cuatro años. Las niñas suelen comenzar a mostrar este cambio hacia los nueve o diez años de edad y llegan a la madurez sexual hacia los 13 o los 14 años. Los chicos entran en la pubertad alrededor de los 12 años y alcanzan la madurez sexual hacia los 14 (Farré Martí & Lasheras Pérez, 2005).

Sin embargo, tanto niños como niñas normales pueden comenzar la pubertad antes o después. Por ejemplo, las niñas pueden presentar las primeras señales a los 7 años o después de los 14, y llegar a la madurez sexual a los 9 o a los 16. Y los varones pueden presentar las primeras señales a los 9 o a los 16 y llegar a la madurez sexual a los 11 o a los 18 (Muñoz González, 2002).

El inicio de la pubertad tiene lugar cuando en algún momento determinado biológicamente, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales, y éstas empiezan a secretar hormonas. Este momento está regulado por los genes, la salud de la persona y el ambiente. También puede relacionarse con un peso crítico. Estos cambios en el sistema hormonal hacen que, en una niña, los ovarios empiecen a producir una gran cantidad de estrógenos, y en un varón, que sus testículos aumenten la producción de andrógenos, sobre todo de testosterona. Tanto varones como mujeres tienen ambos tipos de hormonas (estrógenos y andrógenos) pero las chicas tienen mayores niveles de estrógenos y los chicos de andrógenos (Susman & Rogol, 2004).

Los estrógenos estimulan el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. Los andrógenos estimulan el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal. Las hormonas están relacionadas con las emociones, sobre todo la agresión en los varones y la agresión y la depresión en las chicas. Aunque se ha visto que existe una relación entre la producción de testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan su actividad sexual más de acuerdo con lo que hacen sus amigos que con sus hormonas (Muñoz González, 2002).

Algunas investigaciones atribuyen la mayor emocionalidad y mal humor de la adolescencia temprana a esos desarrollos hormonales. En realidad, emociones negativas como la aflicción y la hostilidad, así como los síntomas de depresión que muestran las niñas tienden a aumentar a medida que se progresa la pubertad (Susman & Rogol, 2004).

1.3.2. Desarrollo Psicosocial del Adolescente

1.3.2.1. Búsqueda de Identidad

Durante la adolescencia aparece la necesidad de la búsqueda de la identidad, definida por Erickson como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. El desarrollo cognoscitivo de los adolescentes les permite construir una "teoría del yo" como destaca Erikson (1950), el esfuerzo de un adolescente por dar sentido al yo, no es "una especie de malestar madurativo", sino que forma parte de un proceso saludable y vital que se basa en los logros de las etapas anteriores, sobre la confianza, la autoestima, la iniciativa y la laboriosidad y sienta las bases para afrontar los desafíos de la adultez. Sin embargo la crisis de la identidad rara vez se resuelve por completo en la adolescencia, pues los problemas concernientes a ella surgen una y otra vez durante la vida adulta.

1.3.2.2. Identidad vs, confusión de Identidad

La principal tarea de la adolescencia decía Erikson (1968), es confrontar la crisis de la identidad frente a la confusión de identidad, o identidad frente a confusión de roles, de modo que puede convertirse en un adulto único con un coherente sentido de yo y un rol valorado en la sociedad.

El concepto de crisis de identidad se basó en parte en la experiencia personal de Erikson, de acuerdo a este autor la identidad se construye a medida que los jóvenes resuelven tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la

adopción de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. (Erikson, 2003)

Durante la niñez media, los niños adquieren las habilidades necesarias para tener éxito en su cultura. En la adolescencia deben encontrar maneras de utilizarlas. Cuando los jóvenes tienen dificultades para decidirse por una identidad ocupacional o sus oportunidades se ven artificialmente limitadas están en riesgo de presentar conductas con graves consecuencias negativas, como la actividad delictiva o el embarazo.

Los adolescentes que resuelven satisfactoriamente la crisis de la identidad desarrollan la virtud de la fidelidad. Es decir, lealtad, fe, o un sentido de pertenencia a un ser querido. La fidelidad también puede ser la identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, una empresa creativa o un grupo étnico (Erikson, 1982).

La fidelidad es una extensión de la confianza. En la infancia es importante confiar en los demás para superar la desconfianza; en la adolescencia adquiere valor ser digno de confianza. Los adolescentes al compartir pensamientos o sentimientos vislumbran una identidad tentativa cuando la ven reflejada en los ojos del ser querido (Erikson, 2003).

Erikson consideró que el principal peligro de esta etapa era la confusión de identidad o de roles, que puede demorar en gran medida la obtención de la adultez psicológica. Cierta grado de confusión de la identidad es normal. De acuerdo con Erikson, eso explica la naturaleza en apariencia caótica de buena parte de la conducta del adolescente y su dolorosa timidez. El exclusivismo y la intolerancia a las diferencias, sellos distintivos de la escena social adolescente, son las defensas de la confusión de la identidad.

1.3.2.3. Relaciones con la familia, los pares y la sociedad adulta

La edad se convierte en un poderoso agente de vinculación en la adolescencia. Los adolescentes pasan más tiempo con los pares y menos con la familia, sin embargo, los valores fundamentales de la mayoría de ellos permanecen más cercanos a los de sus padres de lo que en general uno se da cuenta (Offer & Church, 1991) incluso cuando los adolescentes encuentran compañía e intimidad, buscan en los padres, una base segura a partir de la cual puedan probar sus alas de manera muy parecida a lo que hacen los niños pequeños cuando empiezan a explorar un mundo más ancho.

La individualización, es una batalla del adolescente por su autonomía y diferenciación o identidad personal. Un aspecto importante de la individualización es, forjar los límites de control entre el yo y los padres, proceso que puede acarrear conflictos en la familia.

Una fuente importante de apoyo emocional durante la adolescencia, así como una fuente de presión para desarrollar comportamientos que los padres reprueban, es la creciente interacción de los jóvenes con los pares.

El grupo de pares es una fuente de afecto, solidaridad, comprensión y orientación moral; un lugar para la experimentación y un escenario para convertirse en seres autónomos e independientes de los padres.

En la niñez las interacciones entre pares son en su mayor parte didácticas, de uno a uno, aunque en la niñez media empiezan a formarse grupos mayores. A medida que los niños avanzan hacia la adolescencia, el sistema social de los pares se vuelve más complejo y diverso. Aunque los adolescentes mantienen sus amistades individuales, las camarillas, grupo de personas que hacen cosas juntas, adquieren mayor importancia.

Por lo general la influencia de los pares alcanza su punto más alto entre los 12 y 13 años y luego disminuye durante la adolescencia media y tardía. A los 13 o 14 años los adolescentes populares pueden involucrarse en conductas ligeramente antisociales, para demostrar a sus pares independencia de las reglas paternas (Allen, Porter, McFarland, Marsh, & McElhaney, 2005).

Los adolescentes empiezan a depender más de los amigos que de los padres para obtener intimidad y apoyo, y comparten más confidencias que los amigos más jóvenes. Las amistades de los muchachos suelen ser más íntimas que las de los varones y muestran un intercambio frecuente de confidencias (Brown & Klute, 2003). La intimidad con los amigos del mismo sexo aumenta entre la adolescencia temprana y media, después de lo cual suele disminuir a medida que crece la intimidad con el sexo opuesto (Laursen, 1996).

La mayor intimidad de la amistad adolescente refleja un desarrollo cognoscitivo y emocional. Los adolescentes tienen ahora mayor capacidad para expresar sus pensamientos y sentimientos privados. Les resulta más fácil considerar el punto de vista de otra persona y les es más sencillo entender los sentimientos y pensamientos de un amigo. La mayor intimidad refleja la preocupación por llegar a conocerse. Confiar en un amigo los ayuda a explorar sus propios sentimientos, definir su identidad y validar su autoestima (Buhrmester, 1996).

1.3.2.4. Relaciones románticas

Las relaciones románticas son una parte esencial del mundo social de los adolescentes pues contribuyen al desarrollo de su intimidad e identidad. Como suelen implicar contacto sexual, también conllevan riesgos de embarazo, enfermedades de transmisión sexual y a veces victimización sexual.

Al inicio de la pubertad, la mayoría de los jóvenes heterosexuales de ambos sexos empiezan a pensar y a interactuar más con los miembros del sexo

opuestos. Por lo general pasan de los grupos mixtos o citas en grupo, de citas en grupo a relaciones románticas más individuales, que a diferencia de las amistades con el sexo opuesto, informa que implica pasión y sentimiento de compromiso. Las relaciones románticas adquieren mayor intensidad e intimidad en la adolescencia. En la adolescencia media, la mayoría de los jóvenes tienen al menos una pareja exclusiva que dura varios meses a alrededor de un año, y el efecto que tiene la elección de la pareja en la posición con los pares suele perder importancia (Bouchey & Furman, 2003).

A los 16 años, los adolescentes interactúan y piensan más en las parejas románticas que en los padres, amigos o hermanos. Pero solo en la adolescencia tardía o la adultez temprana las relaciones románticas empiezan a satisfacer todo el espectro de necesidades emocionales que estas relaciones pueden atender y luego solo en relaciones relativamente a largo plazo (Furman & Wehner, 1997).

CAPITULO II

2. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

2.1. Sexualidad

La comprensión de la sexualidad en tanto proceso complejo de construcción social, y no como una tendencia natural “irrefrenable” que las sociedades tienden a reprimir, implicó un punto de inflexión en las conceptualizaciones hegemónicas de hace unas décadas. Según Weeks (1994), ya no será atinado decir que la sexualidad es peligrosa, sino que se impondrá preguntarse por qué se considera peligrosa la sexualidad; o por qué nuestra cultura ha concebido así a la sexualidad.

Sexualidad es un concepto que surgió a mediados del S XVIII al decir de Foucault (1977) “La sexualidad no debe entenderse como un supuesto natural que el poder trata de mantener bajo control, ni como un terreno oculto, que el conocimiento trata de develar gradualmente. Sexualidad es el nombre que se da a un concepto histórico”.

El estudio de Foucault acerca de la historia de la sexualidad, ha sido fundamental para las discusiones actuales sobre el cuerpo y la sexualidad, no sólo para los científicos sociales y/o historiadores, sino a nivel del debate político y social que sostienen, entre otros, activistas defensores/as de los derechos humanos, y en particular de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Partimos de una concepción de la sexualidad como un complejo proceso de construcción y producción socio-histórica, cultural, subjetiva y político. Producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido.

Incluye tanto sus productos simbólicos como las bases materiales sobre las cuales se sostienen.

Según Weeks (1994), sexualidad es una categoría tan inestable (Padgug, 2014) como vital. Todas las sociedades necesitan organizar los intercambios eróticos, todas necesitan delimitar permisos y prohibiciones, límites y posibilidades de organización para la vida erótica. Pero, el punto está en que existe una gran variabilidad en cómo se producen estas formas de organización y regulación de lo erótico en las sociedades.

2.2. Adolescentes y Sexualidad

El tratamiento específico de la sexualidad de los y las adolescentes, no escapa a las consideraciones que hemos realizado hasta el momento. Las complejidades mencionadas anteriormente deben analizarse a la luz de una etapa vital (la adolescencia) específica y de sujetos (los y las adolescentes) que ocupan un lugar de subordinación en las relaciones de poder organizadas desde el adultocentrismo.

La adolescencia como etapa vital con características propias, surge como concepto con el advenimiento de la modernidad. La particularización de la adolescencia, estaría relacionada, según varios autores, a la necesidad de instituirse un momento vital de pasaje entre la infancia y la adultez, que favoreciera el retraso de la reproducción biológica en las mujeres (confinándola al matrimonio) y que posibilitará la capacitación de los varones para el trabajo. Mientras para las primeras, implicaba una preparación para el matrimonio y el rol de madre-esposa; para los segundos, implicaba la preparación para el mundo de lo público social.

El proceso de la adolescencia supone el pasaje de mayores grados de dependencia a crecientes grados de autonomía. Dependencia y autonomía que son del orden afectivo sexual, social y económica. Para la construcción de

autonomías (en sus diferentes dimensiones intervencionales) es necesario generar condiciones habilitantes y posibilitadoras de este proceso (Gómez, A. L., Amorín, D., Benedet, L., Carril, E., Celiberti, L., Güida, C., & Parra, A. V., 2005).

2.2.1. La conducta sexual prematrimonial en adolescentes

La dinámica sexual en el curso de estos últimos 20 años, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados, ha cambiado considerablemente. La vida sexual de los jóvenes empieza cada vez más temprano, esto lleva consigo innumerables problemas, sobre todo relacionados a la salud reproductiva (Campos-Arias et al, 2004). Se estima que el 50% de los adolescentes menores de 17 años son activos sexualmente (Dietrich, 2009).

Es especialmente trágico que un número cada vez mayor de mujeres adolescentes se sometan a prácticas abortivas, o asuman un embarazo no deseado, que trae como resultado la probabilidad de tener complicaciones para su salud tanto biológicas, psicológicas y sociales (Whitaker et al, 2000).

Finalmente, no es cierto que los hombres tengan más necesidades sexuales que las mujeres ni que las mujeres desfoguen mediante la menstruación, como a veces se dice. Las necesidades son iguales en ambos. Los estudios han indicado un rápido aumento en el porcentaje de jóvenes que realizan caricias sexuales y tienen relaciones sexuales prematrimoniales. A continuación examinaremos las posibles causas de la conducta sexual prematrimonial (Mendoza Champa, Sevilla Carnero, Tori Rojas, & Giraldo Waagner, 2004)

1. Edad: los adolescentes mayores tienen más probabilidad de haber experimentado el coito o relación sexual prematrimonial (Scott - Jones & White, 1990).

2. Religión: Religiosidad y un menor nivel de permisividad sexual van juntas (Fisher y Hall, 1988). Asistir a los actos religiosos es un determinante importante del retraso en el inicio de la actividad sexual (Moit et al., 1996).

3. Novio o novia: los adolescentes que informan de haber tenido novio o novia, con mayor probabilidad tienen relaciones sexuales prematrimoniales que los que no los han tenido (Scott-Jones & White, 1990; Thornton & Camburn, 1989).

4. Comienzo temprano de citas y con continuidad: los adolescentes que tienen citas más prontamente tienden a tener actitudes más permisivas con las relaciones sexuales prematrimoniales, a ser más activos sexualmente y a tener relaciones sexuales con más parejas que los que han comenzado más tarde (Thornton, 1990).

5. Edad de la primera relación sexual: los que tienen antes su primera relación tienden a ser más permisivos posteriormente que los que lo hacen más tarde en la vida.

6. Liberalismo: un alto nivel de liberalismo sexual y social está correlacionado con una mayor permisividad sexual (Troiden & Jendrek, 1987; Costa, Jessor, Donovan & Fortenberry, 1995).

7. Edad de la menarquía: cuanto más joven se tiene la menarquía, con más probabilidad se realizarán relaciones sexuales prematrimoniales.

8. Atractivo sexual: los que se sienten más atractivos sexual y socialmente muestran mayores niveles de permisividad sexual.

9. Relaciones y ética de los padres: La calidad de las relaciones padre-hijo puede afectar a la conducta sexual de los adolescentes de forma indirecta al disminuir la probabilidad de afecto deprimido, esta situación hace a los jóvenes más vulnerables a buscar una alternativa de afecto en la intimidad de la relación

sexual. Las malas relaciones padre-hijo también se han relacionado con algún tipo de conducta desviada en los adolescentes, tales como el uso del alcohol, que se ha asociado con la actividad sexual del adolescente. La conducta sexual de los padres puede asociarse con la conducta de los adolescentes, que a su vez dan lugar a una mayor probabilidad de ser sexualmente activos (Crockett & Bingham, 1944; Whitbeck, Hoyt, Miller & Kao, 1992).

10. Patrones de conducta de los iguales: los adolescentes tienden a realizar patrones de conducta sexuales cercanos a los de sus iguales. Además, parecen implicarse más en el sexo cuando sus iguales lo ven como deseable y excitante. Por otro lado, los adolescentes que son miembros de grupos marginales tienen más tendencia a tener una actividad sexual temprana (Underwood et al., 1996).

11. Visión de los padres frente a visión de los iguales: los adolescentes con relaciones no satisfactorias dentro de la familia tienden a compensarlo estableciendo relaciones que le brinden apoyo emocional en su grupo de iguales. Las jóvenes buscan en particular la expresión sexual como un medio para establecer relaciones de apoyo emocional (Whitbeck et al., 1993). La influencia de amigos y de padres en la conducta sexual varía en función de la edad del adolescente. Las adolescentes entre 14 y 16 años están más influidas por las charlas con sus madres que las adolescentes mayores. Así, los padres ejercen su influencia más poderosa durante la adolescencia temprana. El efecto de los amigos sobre la conducta sexual alcanza su nivel más alto en los primeros años de universidad (Treboux & Busch-Rossnagel, 1995).

12. Hermanos: los adolescentes (particularmente las chicas) están más influidos por las actitudes y la conducta de sus hermanos del mismo sexo (Rodgers & Rowe, 1990). Los hermanos menores son sistemáticamente más activos sexualmente en una edad determinada que los hermanos mayores (Rodgers et al., 1992).

13. Género: Las chicas tienden a ser menos permisivas que los chicos, aunque esta diferencia está desapareciendo lentamente (Miller & Olson, 1988). Por ejemplo, la media de edad para el primer encuentro sexual para las chicas ha ido disminuyendo. Las chicas, sin embargo, dan mayor importancia a la calidad de la relación antes de que tenga lugar el acto sexual (Wilson & Medora, 1990).

14. Consumo de drogas: quienes toman drogas tienen más probabilidad de haber realizado actos sexuales que los que no toman drogas. Uno de los mejores predictores de la actividad sexual de alto riesgo es el consumo de alcohol (Harvey & Spigner, 1995).

15. Ausencia del padre: las chicas, en particular las que han crecido en un hogar sin padre, tienen más tendencia a buscar relaciones sexuales, como un medio para encontrar afecto y aprobación social que las chicas de hogares donde el padre estaba presente (Newcomer & Udry, 1987).

16. Familias divorciadas y reconstruidas: los adolescentes de familias divorciadas o reconstituidas muestran más experiencias sexuales que los de familias intactas (Kinnaird & Gerrard, 1986; Young, Jensen et al., 1991).

17. Educación de los padres: cuantas más experiencias educativas favorables tienen los adolescentes, con menos probabilidad experimentan relaciones sexuales prematrimoniales (Ohannessian & Crockett, 1993; Scott-Jones & White, 1990; Wyatt, 1989).

18. Status socioeconómico: hay una mayor frecuencia de coitos entre los que tienen bajo status socioeconómico, cuyos padres tienen un menor nivel educativo (Murry, 1996).

2.3. Embarazo en la Adolescente

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más psicológico que médico. El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes (Galicia Moyeda, Jiménez Vega, Pavón Figueroa, & Sánchez Velasco, 2006):

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
2. No utilización de método anticonceptivo eficaz.

El embarazo de la adolescente, crea una importante ruptura con el grupo de iguales y con la trayectoria de la vida propia; se abandona escuela o la formación profesional, lo que conduce a un círculo en el que se conjuntan los bajos recursos económicos y educativos para estas madres y sus hijos, haciéndonos continuar en condiciones adversas para su desarrollo, no solo de ellos sino el de próximas generaciones (Alatorre & Atkin, sf; Buvinic, 1998).

La mayoría de las madres adolescentes están sin su pareja y, debido a las dificultades económicas que afrontan, viven en el hogar de sus familiares, en el cual un adulto de manera habitual su padre se hace cargo de cubrir la mantención de su hijo (Menkes & Suares 2003).

Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro (Hernandez, Kimelman & Montino 2000), esto es mucho más evidente en la adolescencia ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, ya que incluyen a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante, que de alguna manera va a modificar sus vidas.

Las estadísticas internacionales dicen que somos uno de los países con mayor número de casos de embarazos adolescentes. Se pensaba que este problema disminuiría con el incremento de la tasa de alfabetización, la expansión de matrícula y el aumento del índice de incorporación de mujeres a la educación. Sin embargo, los resultados dicen lo contrario. En la última década la tendencia no es a la reducción sino a su ascenso. Ha subido 2,3 respecto a los años anteriores (Expreso, 2015).

2.3.1. Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente

El embarazo en adolescentes es un asunto complejo con muchas razones para preocuparse. Ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económico y familiar, sino también un problema de salud.

2.3.1.1. Factores biológicos implicados en los embarazos adolescentes

La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación. Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquia. En el último siglo, la menarquia se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor (Romero, s.f).

2.3.1.2. Factores sociales implicados en los embarazos adolescentes

El sentido que una sociedad da a la sexualidad tiene que ver con las normas y valores predominantes en ella, tiene que ver con el tipo de sociedad, por lo tanto existen variaciones entre las sociedades e incluso entre las clases sociales en la manera de ver practicar la sexualidad.

Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F., 2008).

2.3.1.3. Factores psicosociales implicados en los embarazos adolescentes

Las características de sus familias, el apoyo social percibido, el nivel intelectual, su autoestima y la presencia o ausencia de sintomatología depresiva. Se ha indicado conductualmente como frecuente el consumo de alcohol, uso de drogas, una actividad sexual precoz, o la existencia previa de un aborto espontáneo, se ha mencionado también un bajo índice de uso de medidas anticonceptivas. Dentro de los factores familiares se ha demostrado que el involucramiento paterno actúa disminuyendo en sus hijos conductas de riesgo; las embarazadas adolescentes describen la relación con su madre como distante, también se encontrado que las madres adolescentes encuentran menos apoyo social tanto en sus familias como fuera de estas (Valdivia, 2011).

La comunicación dentro de la familia es otro aspecto que parece asociarse al embarazo precoz, las adolescentes embarazadas presentan menor cantidad y calidad de comunicación con sus padres y madres que sus pares no embarazadas, además de relaciones conflictivas asociados con la disfunción.

En el ámbito de transición generacional se ha observado que las madres precoces provienen de familias cuyos progenitores también fueron madres durante la adolescencia, se ha reportado mayor índice de padres alcohólicos en madres adolescentes embarazadas, conjuntamente con menor nivel educacional (Valdivia, 2011).

En resumen se afirma que las adolescentes embarazadas, perciben menor apoyo social, destacándose sentimientos de aislamiento y falta de interés en relaciones

grupales. Son muchos estudios que plantean que las adolescentes embarazadas poseen un pobre auto concepto de sí mismas, poca confianza en sí mismas, sentimientos ansiosos y depresivos y la centralidad que tiene en el embarazo adolescente la baja autoestima.

Lo anterior se refiere a los resultados de ciertas investigaciones, en la cual nos ilustra que algunas madres adolescentes se embarazaban intencionalmente para cumplir el deseo de tener un hijo propio y alguien a quien amar, asociado a un sentimiento de soledad y un medio para conservar a la pareja, lo que podría deberse a una baja autoestima de la adolescente (Valdivia, 2011).

2.3.1.4. Factores cognitivos implicados en los embarazos adolescentes

Con su emergente idealismo y su capacidad de pensar de forma abstracta e hipotética, los adolescentes más jóvenes pueden quedarse atrapados en un mundo mental muy alejado de la realidad. Por esta razón creen que las cosas malas no les pueden pasar o no les pasarán a ellos y que son omnipotentes e indestructibles (Elkind, 1985).

El hecho de tener información sobre los métodos anticonceptivos no basta lo que parece predecir si los adolescentes utilizarán o no este tipo de métodos es la medida en que se acepten a sí mismos y acepten su sexualidad. Y esta aceptación no requiere solamente de madurez emocional sino también cognitiva.

La mayoría de las discusiones sobre embarazos adolescentes y su prevención asumen que los adolescentes son capaces de anticipar sus consecuencias, ponderar los resultados probables de su conducta y proyecta en su conducta y proyectar en el futuro que les ocurrirá si se implican en ciertos actos , como por ejemplo el coito, dicha situación influye en la dificultad para anticipar las consecuencias negativas que tiene en embarazo, se plantea que tiene

percepciones menos realistas con respecto a la maternidad, el amor y el matrimonio.

2.3.2. Explicación sobre las posibles causas del embarazo adolescente

Stephen J. Caldas (1993) ofrece estas seis explicaciones sobre el embarazo en adolescentes mismas que describiremos a continuación (Caldas, 1993):

1. Hipótesis de la ignorancia de la reproducción: el elevado número de embarazos en las adolescentes se debe a la falta de conocimiento en relación con la concepción y la anticoncepción entre la población adolescente. Desafortunadamente, proporcionar información a los adolescentes sobre asuntos sexuales o anticonceptivos no asegura necesariamente que usen anticonceptivos y que cambien su conducta sexual. Los programas educativos que se centran en los hechos sobre la reproducción y la anticoncepción aumentan el conocimiento, pero muestran efectos inconsistentes y no concluyentes sobre la conducta sexual y el uso de anticonceptivos.

2. Hipótesis de las necesidades psicológicas: las causas del embarazo adolescente y de tener que criar a los hijos se pueden enraizar en la conducta que refleja el estado psicológico de la madre (por ej., un embarazo adolescente o tener un hijo puede cubrir una necesidad inconsciente). Algunas adolescentes no están motivadas para un uso adecuado de anticonceptivos porque quieren quedarse embarazadas.

3. Hipótesis del bienestar: la razón para el embarazo y los sucesivos nacimientos en chicas adolescentes pobres es recibir ayuda económica.

4. Hipótesis del modelo de rol paterno/supervisión: La conducta de los padres y la falta de supervisión es una causa del embarazo adolescente y el cuidado de niños en familias donde sólo hay un progenitor.

5. Hipótesis de las normas sociales: la causa de las conductas sexuales de los adolescentes y que resulten en paternidad directamente relacionada con la fuerza de las normas sociales recibidas e interiorizadas y llevadas a la práctica por los adolescentes.

6. Hipótesis fisiológica: realizar el coito y tener el consecuente embarazo y ser madre está afectado directamente por las influencias hormonales.

Cada una de estas hipótesis se centra en una, o quizás pocas, explicaciones de corto alcance para estas altas tasas. En realidad, es más probable que la explicación sobre el alto índice de embarazos adolescentes y de hijos de adolescentes sea una compleja interacción entre los factores señalados en cada hipótesis.

2.3.3. Consecuencias biopsicosociales de la maternidad adolescente

Las consecuencias de los altos índices de embarazos adolescentes son motivo de preocupación (Kaily konz, 2000). El hecho de quedarse embarazada durante el periodo de la adolescencia supone riesgos para la salud tanto del hijo como de la madre.

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). Los años de escolaridad promedio de los jóvenes es de apenas 6.8 años, de un total de 9 años obligatorios. Solo el 8.3% de la población juvenil completa sus estudios universitarios. El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% en promedio no volvió a hacerlo (MIES, 2011).

Un estudio comparó las respuestas de afrontamiento y los ajustes psicosociales de adolescentes embarazadas que intentaron dar a sus hijos en adopción con adolescentes que querían quedarse con sus hijos. Las adolescentes embarazadas que intentaron dar a sus hijos en adopción mostraron mejores niveles en conjunto de autoimagen que las que pretendían quedarse con ellos. Estas últimas mostraron una mayor interrupción en áreas específicas de ajuste psicosocial que las que no iban a criar a sus hijos (Stern & Álvarez, 1992). El problema era incluso mayor si no encontraban apoyo por parte de los padres o los asesores (Gruskin, 1994).

Las crisis emocionales suponen una problemática muy grande para las madres adolescentes, desde el momento en el que la adolescente confirma su embarazo se ve enfrentada a una serie de crisis, continuadas en el tiempo y/o simultáneas y/o superpuestas unas con otras, que le exige un esfuerzo adaptativo muy grande y serias repercusiones emocionales: crisis por el impacto psicológico y físico del embarazo; crisis al informar la situación y todo el estrés que esto significa; crisis por el abandono de sus actividades juveniles, interrupción de metas y expectativas de la vida, crisis por iniciar una vida de pareja frente a la cual no está preparada; crisis por convivir con su nueva familia política, separándose de su familia; crisis por el nacimiento del hijo, situación demandante que cambia el eje de su vida, dicho contexto genera sin lugar a dudas estrés donde se desarrollan una serie de estrategias de afrontamiento que están ligadas a las condiciones biopsicosociales de la madre.

2.3.4. Efectos de la maternidad adolescente en el desarrollo del infante

El desarrollo físico de los hijos de madres adolescentes es diferente al de los hijos de madres adultas en los primeros meses y años de vida, pues manifiestan niveles más altos de morbilidad y mortalidad. En ellos, se ha encontrado bajo peso, así como prematuridad, hipertono y dermatitis; el estado nutricional de estos niños y su altura son significativamente menores que los de niños de madres de más edad (Alatorre & Atkin, s.f.; Buvinic, 1998).

Los hijos de padres adolescentes tienen que afrontar problemas mucho antes del nacimiento. Solo una de cada cinco adolescentes embarazadas recibe algún tipo de cuidado prenatal durante los tres primeros meses de embarazo, que son fundamentales. Las adolescentes embarazadas tienen más posibilidades de padecer anemia y de tener complicaciones relacionadas con la prematuridad que las madres que dan a luz cuando tienen entre 20 y 24 años.

Los problemas de los embarazos adolescentes duplican el riesgo normal de dar a luz a un bebé con bajo peso, una situación que coloca al bebé en mayor riesgo de padecer deficiencias físicas y mentales. Además se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables (Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Monzon L., 2006).

Los bebés que consiguen superar los riesgos físicos asociados al hecho de tener una madre adolescente no siempre consiguen esquivar los riesgos psicológicos y sociales. Los hijos de madres adolescentes obtienen peores resultados en los test de inteligencia y tienen más problemas de conducta que aquellos cuyas madres los tuvieron cuando superaban la veintena (Silver, 1988).

Las madres adolescentes utilizan prácticas de crianza menos adecuadas y tienen expectativas menos realistas sobre el desarrollo de los bebés que las madres de más edad (Osofsky, 1990). Este hecho puede deberse a que la situación económica de la madre genera situaciones adversas para el desarrollo intelectual de los hijos, muchos de estos niños son mal nutridos y con desarrollo cognitivo ya menoscabado.

Una vez ocurrido el embarazo, las madres adolescentes exhiben por lo general estados depresivos frecuentes y autoestima baja (Burrows, Rosales, Días & Muzzo, 1994), lo que dificulta un vínculo emocional profundo y satisfactorio con los hijos

y muchas veces asociado a formas de crianza autoritarias. Existe evidencia de que el 58% de los niños golpeados corresponde a hijos de padres adolescentes, generándose otro problema social, el maltrato infantil está asociado a la ausencia de adultos que orienten la actividad de crianza de la madre joven.

También hay evidencia que los hijos varones de las madres adolescentes manifiestan durante la edad pre escolar problemas de comportamiento consistentes en niveles altos de agresión e impulsividad, y también cuando llegan a la adolescencia sufren problemas académicos que los conducen al fracaso escolar y en ocasiones a la delincuencia no obstante son escasas las investigaciones longitudinales y las evidencias disponibles por lo que no lo puede llegarse a conclusiones contundentes.

CAPITULO III

3. LA ADOLESCENCIA Y EL AFRONTAMIENTO

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, la timidez, la ansiedad (Frydenberg & Lewis, 1991), el sentimiento de eficacia, la autoestima (Frydenberg & Lewis, 1996b), o el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Frydenberg & Lewis, 1996b, 1999; Aunola, Stattin & Nurmi, 2000). El afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante (Plancherel & Bolognini, 1995).

Cuando los adolescentes son incapaces de afrontar los problemas eficazmente su conducta puede tener efectos negativos no solo en sus propias vidas sino también en de las familias y en el funcionamiento general de la sociedad.

3.1. Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento o coping en inglés, se entiende como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo (Sánchez Cánovas, 1991).

Su objetivo es precisamente analizar cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes como la pérdida del

puesto de trabajo o un diagnóstico de infertilidad, embarazo. (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991).

En resumen, el afrontamiento quedaría definido como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

3.2. Afrontamiento como proceso

Desde un punto de vista procesual el afrontamiento es definido como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona. Esta definición podría resumirse diciendo que consiste en los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. Según Lazarus (1984) la consideración de afrontamiento como un proceso implica asumir los siguientes principios (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009):

- 1.-** El término de afrontamiento se emplea indistintamente, como adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz. El afrontamiento debe separarse de los resultados, es decir, no existen estrategias de afrontamientos buenas o malas.
- 2.-** El afrontamiento depende del contexto. El proceso de afrontamiento empleado para diferentes amenazas, producido por alguna fuente generadora de estrés psicológico, varía en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.
- 3.-** Existen estrategias de afrontamiento que son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes.
- 4.-** El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación.

5.- Existen dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción. Focalizada en el problema es cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo. Focalizada en la emoción es cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo para aminorar el estrés.

En conclusión diríamos que estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

3.3. Estilos de afrontamiento

Según Belloch, Sandín y Ramos (2009), “los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las diferentes situaciones estresantes”. Los modelos centrados en el concepto de estilos de afrontamiento son:

- Represor-sensibilizador: el represor tiende a la negación y evitación; el sensibilizador es más vigilante y expansivo. Los represores experimentan baja ansiedad ante el estrés, sin embargo emiten elevadas respuestas psicológicas; al contrario los sensibilizadores tienden a presentar mayor grado de ansiedad que el reflejado a través de los registros psicológicos.

- Estilos Cognitivos “Monitoring y Blunting” desarrollados por Miller (1987): monitoring indica el grado con que un individuo está alerta y sensibilizado respecto a la información relacionada con la amenaza. Blunting denota el grado con que el individuo evita o transforma cognitivamente la información de amenaza y atenúa el impacto psicológico del origen del peligro. Ambos tipos podrían traducirse como incrementador y atenuador, respectivamente (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009).

■ Patrones de Afrontamiento según Kohlmann (1993), propuso cuatro patrones de afrontamiento que recuerdan a los tipos introducidos por Weinberger y colaboradores (1979). Los mismos que pueden resumirse de la siguiente forma (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009):

1. **Modo Vigilante Rígido:** Se lleva a cabo por personas con alta vigilancia y alta evitación (sensibilizadores).
2. **Modo Evitador Rígido:** Típico en personas de baja vigilancia y alta evitación (represores).
3. **Modo Flexible:** Característico en personas no defensivas que presentan un patrón de baja vigilancia y baja evitación.
4. **Modo Inconsistente:** Afrontamiento ineficaz. Característico en personas con alta vigilancia y alta evitación (personas ansiosas).

3.4. Estrategias básicas de afrontamiento

El afrontamiento bajo la perspectiva de Lazarus se entiende como los esfuerzos consientes para manejar el estrés; no se admiten por lo tanto procesos inconscientes. Las dimensiones del afrontamiento se consideran, por tanto, como disposiciones generales que llevan al individuo a pensar y actuar de forma más o menos estable antes las diferentes situaciones estresantes Törestad, Magnusson y Oláh (1960) han demostrado la estabilidad del afrontamiento (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009).

En el análisis, resalta los diferentes intentos realizados por los autores por clasificar las estrategias de afrontamiento (Meichenbaum y Turk, 1982; Endler y Parker, 1990; Folkman, Lazarus, Dunkel-Scetter, De Longis y Gruñe, 1986). Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento las cuales resumiremos a continuación:

1. Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

2. Planificación de solución de problemas: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

3. Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como "hacerse cargo".

4. Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.

5. Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

6. Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

7. Escape - evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irrealistas improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

8. Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral. Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están *centradas en la emoción* (ya que apuntan

a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en *ambas áreas*. Lazarus y Folkman (1984) señalan además que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, pensar positivamente es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social (Leibovich, Schmidt y Marro, 2002).

3.5. Instrumentos de evaluación del afrontamiento

A partir del modelo transaccional de afrontamiento, se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar este constructo. Entre los instrumentos más conocidos para evaluar el afrontamiento, se encuentran los siguientes:

- 1. WOC (Ways of Coping Inventory)** de Lazarus y Folkman (1984): Es el instrumento más usado en los comienzos, e incorpora las ocho estrategias definidas por los autores y las relaciona con los estilos dirigidos al problema y a la emoción.
- 2. COPE (Coping Estimation)** de Carver, Sheier y Weintraub (1989): Este instrumento tiene una mayor precisión en los ítems e incluye áreas que no son abordadas por el WOC, tales como el humor, la religión y la negación.
- 3. IVA (Inventario de valoración y Afrontamiento)**: Sus autores, en su forma original, son Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1992). A diferencia de los anteriores, este instrumento, permite evaluar el afrontamiento en situaciones específicas. Permite conocer la evaluación que el sujeto hace de la situación estresante y sus estrategias de afrontamiento frente a aquélla.
- 4. ACS (Escala de Afrontamiento para Adolescentes)** de Frydenberg y Lewis (1996). Estos autores son los que agregan el tercer estilo de afrontamiento, al que denominaron Improductivo.

3.6. ACS (Escala de Afrontamiento para Adolescentes)

La Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) versión española editada por TEA, fue diseñada por Frydenberg y Lewis (1996), y constituye otro instrumento de evaluación que permite a los jóvenes analizar sus propias conductas de afrontamiento. Es una herramienta de carácter psicométrico, de autoevaluación, que necesita de un profesional especializado para su interpretación clínica. Se aplica a adolescentes entre 12 y 18 años y es autoadministrable, en forma individual o colectiva.

Dadas las características del instrumento, resulta de fácil administración, no requiere aptitud avanzada de comprensión lectora y resulta eficaz para evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza el joven, de una manera rápida y económica.

El ACS tiene dos versiones: una General y otra Específica. Estas versiones responden a la concepción de los autores acerca del afrontamiento. Frydenberg y Lewis señalan que muchas de las conductas de un sujeto dependen de una situación específica, evaluada a través de la Forma Específica de la Escala ACS. Asimismo, se ha observado que las estrategias de afrontamiento que un sujeto elige son en gran parte estables con independencia de la naturaleza del problema, indagada por medio de la Forma General. Ambas versiones tienen los mismos elementos aunque varían parcialmente las instrucciones de aplicación.

Consta de dos partes: la primera es una pregunta abierta sobre los principales problemas vividos durante los últimos 6 meses. La segunda parte consiste en un inventario en forma de autoinforme compuesto por 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno abierto al final, y permite evaluar con gran fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos: 1: no me ocurre nunca o no lo hago; 2: Me ocurre o

lo hago raras veces; 3: Me ocurre o lo hago algunas veces; 4: Me ocurre o lo hago a menudo y 5: Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.

La pregunta abierta se evalúa según las categorías de análisis empleadas por Casullo y Fernández Liporace (2001) a las que se introdujeron nuevos ítems, según problemas específicos identificados en la muestra de Tucumán (Contini, Figueroa, Cohen Imach, Coronel, 2003).

La hipótesis sería que los principales problemas que los adolescentes autoinforman a partir de la pregunta abierta presentan particularidades según las características de personalidad, del grupo familiar al que pertenece y del contexto sociocultural de dónde provienen. Las diferentes condiciones y estilos de vida, tal como lo señalamos más arriba, generan diferentes estrategias para afrontar los problemas, como así también la lectura que se hace de aquellas situaciones problemáticas.

La segunda parte de la escala evalúa 18 estrategias de Afrontamiento. Estos factores o estrategias encontradas son:

- As**– buscar apoyo social,
- Rp**– concentrarse en resolver el problema,
- Es**– esforzarse y tener éxito,
- Pr**– preocuparse,
- Ai**– invertir en amigos íntimos,
- Pe**– buscar pertenencia,
- Hi**– hacerse ilusiones,
- Na**– falta de afrontamiento,
- Rt**– reducción de la tensión,
- So**– acción social,
- Ip**– ignorar el problema,
- Cu**– autoinculparse,
- Re**– reservarlo para sí,

- Ae**– buscar apoyo espiritual,
- Po**– fijarse en lo positivo,
- Ap**– buscar ayuda profesional,
- Dr**– buscar diversiones relajantes
- Fi**– distracción física.

3.7. Articulación entre estilos y estrategias de afrontamiento a partir de la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)

Estas 18 estrategias pueden agruparse en tres estilos básicos de afrontamiento (Frydenberg & Rowley, 1998):

- a.** Dirigido a la resolución de problemas: aquellas estrategias que modifican la situación problemática para hacerla menos estresante.
- b.** Afrontamiento en relación con los demás: aquellas que apuntan a reducir la tensión, la activación fisiológica y a la reacción emocional.
- c.** Afrontamiento improductivo, apuntan a los jóvenes que no enfrentan la situación problema. Los sujetos que utilizan estrategias de este estilo suelen tener sentimientos y pensamientos de autorreproche e inutilidad; pueden negar el problema o minimizarlo; no se preocupan por las demandas del medio ni de sus reacciones, es decir que en general, no se esfuerzan en buscar las posibles soluciones a la problemática planteada.

Posteriormente se interpretan las estrategias en relación al estilo al que pertenece:

a) Dirigido a la resolución de problemas

Consiste en trabajar para resolver la situación problemática, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso. Abarca las siguientes estrategias:

- 1.** Buscar diversiones relajantes (Dr), describe actividades relajantes: oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc.

2. Esforzarse y tener éxito (Es), supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor.
3. Distracción física (Fi), elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc.
4. Fijarse en lo positivo (Po), busca el aspecto positivo de la situación y considerarse afortunado.
5. Concentrarse en resolver el problema (Rp), acciones dirigidas a analizar los diferentes puntos de vista de la situación.

b) Afrontamiento en relación con los demás

Consiste en acercarse a otros para obtener apoyo. Abarca las siguientes estrategias:

1. Buscar apoyo espiritual (Ae), supone recurrir a la ayuda de un ser superior para solucionar los conflictos. Emplean la oración y la creencia en la ayuda de un líder espiritual.
2. Buscar ayuda profesional (Ap), consiste en buscar la opinión de profesionales, como maestros, terapeutas o a una persona competente.
3. Invertir en amigos íntimos (Ai), se refiere búsqueda de relaciones personales íntimas.
4. Buscar apoyo social (As), consiste en una estrategia de compartir. los problemas con otros y buscar apoyo en su resolución.
5. Buscar pertenencia (Pe), implica preocupación e interés por sus relaciones con los demás y por lo que los otros piensan.
6. Acción social (So), supone dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda a través de grupos.

c) Afrontamiento improductivo

Se trata de una combinación de estrategias improductivas de evitación que muestra una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias:

- 1.** Autoinculparse (Cu), ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.
- 2.** Hacerse ilusiones (Hi), estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.
- 3.** Ignorar el problema (Ip), rechazar conscientemente la existencia del problema.
- 4.** Falta de afrontamiento (Na), incapacidad personal para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicósomáticos
- 5.** Preocuparse (Pr), indica preocupación por el futuro y la felicidad futura.
- 6.** Reservarlo para sí (Re), expresa que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas
- 7.** Reducción de la Tensión (Rt), utilización de elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión (Fumar, beber, drogarse).

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la evaluación e interpretación de los resultados, se utilizaron datos de una entrevista ad hoc, con el fin de determinar ciertas características de las adolescentes; y el cuestionario de ACS para la estrategia de afrontamientos.

4.1. La Muestra

La muestra está formada por 60 adolescentes de sexo femenino, siendo 30 de ellas madres adolescentes y 30 adolescentes que no son madres. Para el análisis de los siguientes resultados, el grupo de madres adolescentes será llamado grupo clínico y el grupo de adolescentes que no son madres se conocerá como grupo control.

De acuerdo al estudio realizado por medio de la entrevista, se observa que la edad que predomina en el grupo clínico es de 18 años, representado en un 33%; así mismo encontramos con una edad comprendida entre los 16 y 17 años al 30% de entrevistadas respectivamente y el 7% se encuentra atravesando los 15 años de edad.

La edad que predomina en el grupo control es de 16 años, reflejada en un 40%, así mismo el 27% de entrevistadas corresponde a la edad de 17 años, luego se observa adolescentes que tienen entre 15 y 18 años en igualdad de porcentaje que es el 13% y el 7% se encuentra atravesando los 14 años de edad.

4.1.1. Nivel de instrucción

Las adolescentes encuestadas en su totalidad tienen instrucción secundaria incompleta, ya que las entrevistas fueron aplicadas a adolescentes dentro de establecimientos educativos de segundo nivel; donde dentro del grupo clínico el 40% de las encuestadas tienen aprobado el segundo de bachillerato, el 33% ha cursado el primero de bachillerato y el 27% aprobaron el décimo grado; así mismo se refleja dentro del grupo control que, el 43% de las encuestadas tienen aprobado el segundo de bachillerato, el 37% ha cursado el primero de bachillerato y el 20% aprobaron el décimo grado.

Tabla 1: Instrucción
Instrucción: último curso aprobado

	Grupo Clínico		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Décimo	8	27%	6	20%
Primero de bachillerato	10	33%	11	37%
Segundo de bachillerato	12	40%	13	43%
Total	30	100%	30	100%

4.1.2. Tipo de hogar

Esta pregunta se la aplicó para conocer el estado civil y el tipo de hogar del que proviene cada una de las adolescentes encuestadas, y saber si esto influye de alguna manera a los embarazos tempranos. De acuerdo a los resultados obtenidos, en el grupo clínico se observa que el 37% procede de un hogar donde sus padres se encuentran casados, del 20% están divorciados y con el mismo porcentaje son hijas de madres solteras, del 10% sus padres están divorciados y del 7% los padres son migrantes y también con el mismo porcentaje están en otras condiciones; de acuerdo con estos resultados

podemos decir que la condición civil no es una influencia demasiado significativa para que se den los embarazos tempranos.

En el caso del grupo control podemos observar que de igual manera la mayoría que es el 47% proviene de un hogar donde sus padres están casados, del 20% sus padres son divorciados, del 17% los padres son migrantes, del 10% sus madres son solteras y del 7% los padres viven en unión libre.

Tabla 2: Tipo de hogar

Proviene de un hogar de...

	Grupo Clínico		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Padres casados	11	37%	14	47%
Padres divorciados	6	20%	6	20%
Padres en unión libre	3	10%	2	7%
Madre soltera	6	20%	3	10%
Padres migrantes	2	7%	5	17%
Otros	2	7%	-	-
Total	30	100%	30	100,0

4.1.3. Edad del embarazo

El 30% de las adolescentes quedaron embarazadas a los 15 años de edad, luego se observa compartiendo el 23,3% de madres que tienen entre 14, 16 y 17 años.

El 57% del grupo clínico contestaron afirmativamente frente al deseo de ser nuevamente madres, el 43% restante rechaza esta idea. La edad que ella consideran la apropiada para volver a ser madres es a los 30 años, ya que manifiestan que a esa edad ellas estarán realizadas profesional y laboralmente, esto se ve reflejado en el 41% de las encuestadas; otras quisieran volver a serlo a

los 21, 25 y 29 años esto se expresa en el 12% que se repite para los tres grupos, y finalmente el 6% se repite para las edades de 18, 23, 26 y 35 años que es cuando desean volver a procrear.

El 93% del grupo control contestó afirmativamente frente al deseo de ser madres, el 7% restante rechaza esta idea. La edad que ella consideran la apropiada para ser madre es a los 25 y 30 años, ya que consideran que a esa edad ellas tendrán una estabilidad económica, esto se ve reflejado en el 21.4% de las encuestadas; el 14,2% quisieran serlo a los 27 años, el 7.1% desearía serlo a 20, 21, 23, 26 y 28 años y finalmente el 3,5% desearía convertirse en madre a los 22 y 29 años de edad.

Tabla 3: Edad del embarazo
¿A qué edad quedó embarazada?

	Grupo Clínico	
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 14	7	23,3%
15	9	30%
16	7	23,3%
17	7	23,3%
Total	30	100,0

4.1.4. Cuidado de los hijos

En la encuesta se les pregunto acerca del cuidado de los hijos, el 43% lo hace con ayuda de sus madres, el 37% del grupo clínico, refiere que son ellas las que se encargan del cuidado de sus hijos, sin explicar quién se encarga de ellos mientras estudian, el 13% los tiene en una guardería mientras ellas estudian y finalmente el 7% opta por otros medios, como dejarlos con la suegra, tías, niñeras, entre otros.

Esta misma pregunta se aplicó al grupo control, pero en el supuesto caso de encontrarse en la situación de las adolescentes del grupo clínico, como harían

ellas para cuidarlo. El 79% de las adolescentes contestaron que ellas serían quienes encargarían del cuidado de sus hijos, el 7% compartido para las optarían por pedir ayudas a sus madres, los pondría en la guardería, entre otras opciones; dos de las adolescentes no contestaron a esta pregunta ya que refieren que dentro de sus planes no está tener hijos.

Tabla 4: Cuidados de los hijos

¿Cómo piensa cuidarlos?

	Grupo Clínico		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Usted	11	37%	22	79%
Ayuda de su mamá	13	43%	2	7%
Guardería	5	13%	2	7%
Otros	2	7%	2	7%
Total	30	100%	28	100%
Perdidos Sistema			2	
Total			30	

4.1.5. Información acerca de educación sexual

Los resultados obtenidos nos indican que tanto la el grupo clínico, como el grupo control tienen información sobre educación sexual. Para saber el origen de su conocimiento, se les presentó como opciones de respuesta: el colegio, sus padres, el internet, revistas y los amigos.

Para el 40% de las encuestadas la información acerca de educación sexual les fue proporcionada por el colegio, el 27% optó por más de una opción de respuesta, el 20% manifiesta que la información la obtuvieron de sus padres, el 10% considero más de dos respuestas para señalar quien les proporcionó información y finalmente el 3% obtuvieron información en las revistas.

Para el 47% de las adolescentes del grupo control optaron por más de una respuesta, para indicar quien les proporcionó educación sexual, el 23% refiere que fue el colegio, el 17% consideró más de dos respuestas, mientras que el 7% manifiesta que fueron sus padres quienes les hablaron de sexo, el 3% recibieron información de sus amigos y finalmente compartiendo el mismo porcentaje están las que prefirieron más de tres respuestas.

Tabla 5: Educación Sexual

¿Quién le proporcionó?

		Grupo Clínico		Grupo Control	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	El colegio	12	40%	7	23%
	Sus padres	6	20%	2	7%
	Revistas	1	3%	1	3%
	Más de una respuesta	8	27%	14	47%
	Más de dos respuestas	3	10%	5	17%
	Más de tres respuestas	-	-	1	3%
	Total	30	100%	30	100%

4.1.6. Posibles causas del embarazo a temprana edad

El 40% del grupo clínico reflejan no tener idea de cuáles son las causas del embarazo a temprana edad; el 27% considera que es por la falta de acceso a la educación sexual, esto puede deberse a que este conocimiento fue adquirido luego después del embarazo; el 10% cree que se debe a los factores socioculturales y socioeconómicos, esta pregunta se refiere a los antecedentes de embarazos tempranos en la familia, la falta de comunicación en el hogar, la motivación de escapar de hogares violentos y/o la persistencia del tabú del tema sexual en la familia, así también el bajo nivel socioeconómico; con el mismo porcentaje refieren que son otras las causas, como haberse enamorado; el 7%

refiere que se debe al consumo de drogas y alcohol; finalmente también con un 7% optó por más de una respuesta.

El 37% del grupo control considera que es la falta de acceso a la educación sexual una de las causas del embarazo a temprana edad, el 30% han optado por más de una respuesta, el 13% manifiesta no tener idea cuales podrían ser las causas del embarazo precoz, el 10% refiere que se debe a otras causas, el 7% cree que se debe al alcohol y las drogas, por último el 3% citan que se debe a factores socioculturales y socioeconómicos.

Tabla 6: Causas del embarazo adolescente
¿Cuáles son las principales causas de un embarazo a temprana edad?

		Grupo Clínico		Grupo Control	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	La falta de acceso a la educación sexual	8	27%	11	37%
	Los factores socioculturales y socioeconómicos	3	10%	1	3%
	El alcohol y las drogas	2	7%	2	7%
	No tengo idea	12	40%	4	13%
	Otros	3	10%	3	10%
	Más de una respuesta	2	7%	9	30%
	Total	30	100%	30	100%

4.1.7. Métodos anticonceptivos

Para saber si tenían conocimiento acerca de algún tipo de método anticonceptivo, se les presento un listado con algunos métodos como: la abstinencia continua, relaciones sexuales sin coito, implantes hormonales, inyecciones hormonales, la píldora, el condón, el diafragma o capuchón cervical, esterilización, el DIU (dispositivo intrauterino), retiro del pene y la abstinencia periódica, y se pidió que señalaran si conocían alguno; frente a esta pregunta el 40% de adolescentes del grupo clínico optó por entre 2 y 4 respuestas, el 37% señalaron de 5 a 6 métodos anticonceptivos, el 17% refiere

que es el condón el único método que conoce, el 3% optó por las relaciones sexuales sin coito y finalmente también con el 3% los implantes hormonales.

En el grupo control se observa que el 53% conocen entre dos y cuatro método anticonceptivo, el 30% señalo entre 5 a 9 respuestas y el 17% refiere que es el condón el único método anticonceptivo que conoce.

Tabla 7: Métodos anticonceptivos

¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

	Grupo Clínico		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Relaciones sexuales sin coito	1	3%	-	-
Implantes hormonales	1	3%	-	-
El condón	5	17%	5	17%
De 2 a 4 respuestas	12	40%	16	53%
De 5 a 9 respuestas	11	37%	9	30%
Total	30	100%	30	100%

4.1.8. Uso de métodos anticonceptivos

El 87% del grupo clínico utiliza o ha utilizado algún tipo de anticonceptivos, mientras que el 13% no lo hace, esto nos permite saber que lo cierto es que el conocimiento de métodos anticonceptivos no implica su uso.

El 57% de las adolescentes del grupo control refiere no utilizar o no haber utilizado ningún método anticonceptivo, mientras que el 43% si lo hace.

Tabla 8: Uso de Anticonceptivos

¿Utiliza o ha utilizado alguno?					
		Grupo Clínico		Grupo Control	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	26	87%	13	43%
	No	4	13%	17	57%
	Total	30	100,0	30	100%

4.1.9. Vida sexual

De acuerdo a los resultados del estudio realizado, se obtuvo que el 67% del grupo clínico, refieren haber iniciado su vida sexual entre los 15 y 17 años, el 30% lo hizo entre 12 y 14 años, finalmente el 3% de las adolescentes a los 18 años.

La misma pregunta se aplicó al grupo control, para conocer el porcentaje de adolescentes que ha iniciado algún tipo de actividad sexual; reflejando los resultados que el 43,3% de las adolescentes se inició sexualmente entre los 15 y 17 años, el 40% señala aún no haber tenido relaciones sexuales, el 13,3% tuvieron relaciones sexuales por primera vez entre los 12 y 14 años de edad y finalmente el 3,3% lo hizo a los 18 años.

Gráfico 1: Grupo Clínico

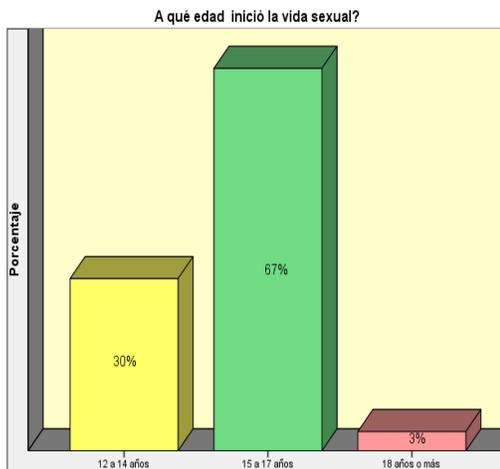
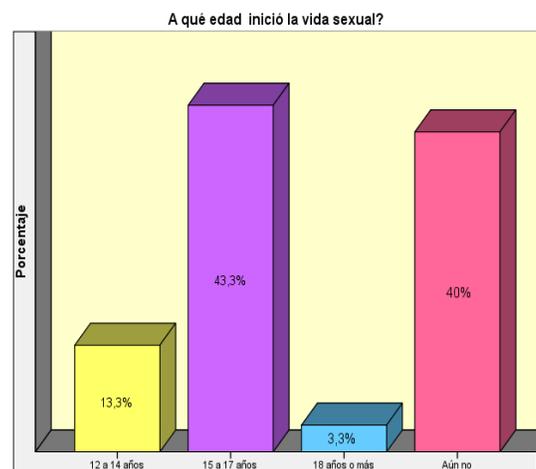


Gráfico 2: Grupo Control



4.1.10. Dudas sobre el embarazo

Luego de haber llevar una vida sexual activa y en alguno de los casos sin protección, algunas de las adolescentes del grupo clínico eran conscientes de los riesgos a lo que esta actividad les llevaba, en otro casos nunca pensó que esto tendría consecuencia; reflejando en los resultados del estudio realizado que el 90% de las encuestadas no tuvo ninguna duda sobre un posible embarazo al ver que su periodo menstrual no llegaba, mientras el 10% no le dio mucha importancia a este retraso, para luego de confirmar su estado gestante.

De igual manera al grupo control, en especial a las adolescentes que están sexualmente activas, se preguntó si en algún momento pensaron que pudieron estar embarazadas, a lo que el 50% de las respondió positivamente, para luego esta duda ser descartada; mientras el otro 50% no han pensado nunca en haber estado embarazadas, ya sea porque utilizan algún tipo de método anticonceptivo o porque aún no han tenido relaciones sexuales.

Tabla 9: Pudo estar embarazada

¿Ha pensado que usted pudo estar embarazada?

	Grupo Clínico		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Si	27	90%	15	50%
No	3	10%	15	50%
Total	30	100%	30	100%

4.1.11. En algún momento ¿consideró abortar?

Al hallarse frente a un embarazo no planificado y no deseado en la mayoría de los casos a esta edad, se les preguntó, si consideraron el aborto como una posible solución a su problema, a lo que el 80% de adolescentes del grupo clínico

aceptó su embarazo con resignación y nunca consideraron el aborto como una solución a este problema; mientras el 20% consideraron en algún momento el aborto como una opción para solucionar su problema, pero luego desistieron de esta idea.

Dentro del grupo control contestaron, que de haber sospechado en algún momento de estar embarazadas, el 9% habría considerado la posibilidad de abortar y el 91% no pensó en esto como una solución.

Gráfico 3: Grupo Clínico

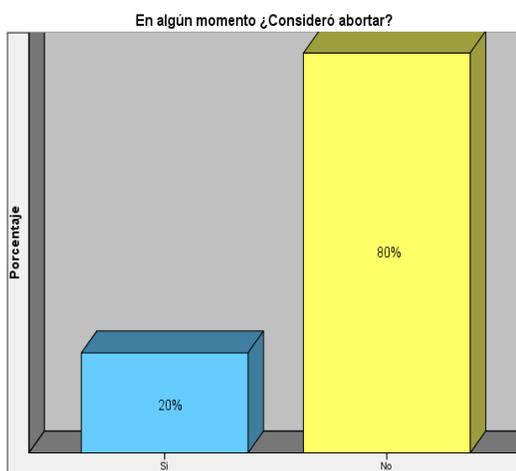
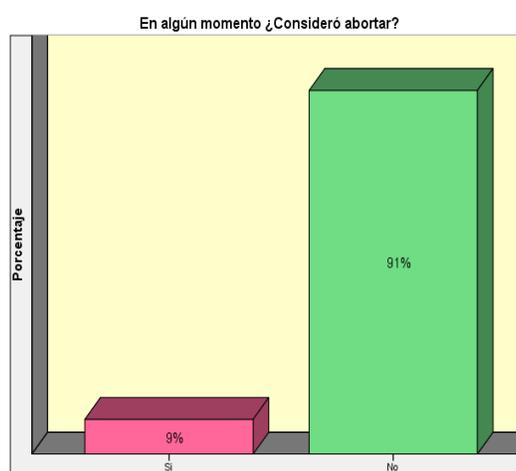


Gráfico 4: Grupo Control



4.1.12. En la actualidad vive con ...

Para saber quién se encargaba del cuidado de las adolescentes, se les preguntó, con quien vivían actualmente, a esto dentro del grupo clínico el 47% refiere que viven con sus padres, el 27% viven con su pareja, el 20% vive con otros familiares, el 3% viven con otras personas que no son sus familiares, esto se debe a que sus padres les retiraron el apoyo por su embarazo o porque sus progenitores migraron y finalmente el con el mismo porcentaje vive con sus padres y la pareja.

Dentro del grupo control se observa que el 60% de las encuestadas vive con sus padres, el 20% con otros familiares y finalmente con el mismo 20% viven con otras personas.

Tabla 10: Con quién viven
En la actualidad vive con...

		Grupo Clínico		Grupo Control	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Padres	14	47%	18	60%
	Pareja	8	27%	-	-
	Otros familiares	6	20%	6	20%
	Otros	1	3%	6	20%
	Padres; Pareja	1	3%	-	-
	Total	30	100%	30	100%

4.1.13. ¿Se siente satisfecha respondiendo las preguntas de este cuestionario?

Esta pregunta fue aplicada para saber, si las adolescentes se incomodaron de alguna manera frente a las preguntas de esta encuesta, el 97% de toda la muestra respondió, sentirse satisfecha con la aplicación de este cuestionario y a las preguntas presentadas en el mismo; mientras el 3% no lo sabe, es decir que no les produjo satisfacción, pero tampoco insatisfacción.

Tabla 11: Cuestionario

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	58	97%
	No sabe	2	3%
	Total	60	100%

4.2. Análisis de las Estrategias de Afrontamiento (Coping)

El afrontamiento (coping) toma en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas.

Se administró, en forma grupal, la versión española de la Escala ACS; el análisis se hizo en base al perfil grupal de estrategias de afrontamiento; para obtener este perfil se calcula la media aritmética de las puntuaciones ajustadas individuales.

En el gráfico 12, se expone el perfil grupal de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los dos grupos de la muestra, de esta manera poder compararlos y analizar las posibles diferencias; para esto se hará una interpretación de forma cualitativa.

Las adolescentes de los dos grupos de la muestra, para afrontar sus conflictos, raras veces utilizan estrategias como: **falta de afrontamiento**, es decir que la adolescente no tiene forma de afrontar la situación; **reducción de la tensión**, por ejemplo intentar sentirse mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas; **acción social**, esto lo es uniéndose a gente que tiene el mismo problema; e **ignorar el problema**, rechazar conscientemente la existencia del problema.

Tanto el grupo clínico como el grupo control, algunas veces suelen utilizar estrategias de afrontamiento como: **buscar apoyo social**, es decir hablar con otros sobre su problema para que le ayuden a salir de él; **concentrarse en resolver el problema**, se dedican a resolver el problema poniendo en juego todas sus capacidades; **esforzarse y tener éxito**, trabajan intensamente para alcanzar una meta; **invertir en amigos íntimos**, se esfuerzan por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo y de amistad; **buscar pertenencia**, por ejemplo mejorar sus relaciones personales con los demás; **hacerse ilusiones**, se basa en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva; **autoinculparse**, esta escala se refiere a que la adolescente se ve como responsable de los problemas o de preocupaciones que tiene; **reservarlo para sí**, se guardan sus sentimientos para sí mismas huyendo de los demás; **buscar apoyo espiritual**, se trata de elementos que reflejan el empleo de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o de Dios; **buscar ayuda profesional**, es decir pedir consejo a

una persona competente, como maestros u otros; y **distracción física**, como mantenerse en forma y con buena salud.

De igual manera ambos grupos comparten como estrategia para afrontar situaciones estresantes la escala de **preocuparse**, esto se refiere que las adolescentes a menudo se preocupan por lo que está pasando y no poder alcanzar la felicidad en un futuro.

Existe una diferencia de estos grupos en la utilización de las siguientes estrategias; el grupo control algunas veces se **fijan en lo positivo**, mientras que en el grupo clínico ocurre a menudo; esta estrategia se refiere a que se fijan en lo positivo de las cosas y piensan en lo bueno de estas.

El grupo clínico algunas veces frente a un conflicto **buscan diversiones relajantes**, en cuanto al grupo control esto le ocurre a menudo, esta escala se caracteriza en encontrar una forma de relajarse, por ejemplo oyendo música, leyendo un libro, tocando un instrumento musical, ver la televisión.

Gráfico 5: Perfil Grupal de Estrategias de Afrontamiento

ACS

PERFIL GRUPAL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Escala	Puntuación Ajustada		Frecuencia					Descripción				
	Grupo Control	Grupo Clínico	Me ocurre con									
			No me ocurre	Me ocurre raras veces	Me ocurre algunas veces	Me ocurre a menudo	Mucha frecuencia					
1. As	18,4	18,6	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Buscar apoyo social. Inclination a compartir los problemas con los demás y a conseguir ayuda y apoyo para afrontarlos.
2. Rp	16,8	14,2	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Concentrarse en resolver el problema. Abordar el problema sistemáticamente, pensando en él y teniendo en cuenta diferentes puntos de vista u opciones de solución.
3. Es	16,1	14,2	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Esforzarse y tener éxito. Se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal.
4. Pr	14,1	14,5	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Preocuparse. Temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.
5. Ai	13,6	15,4	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Invertir en amigos íntimos. Esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo y hacer nuevas amistades.
6. Pe	18,3	10,9	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Buscar pertenencia. Preocupación o interés por las relaciones con los demás en general y, más específicamente, por lo que otros piensan de uno.
7. Hi	13,9	13,9	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Hacerse ilusiones. Esperar que se arreglen las cosas, confiar en la esperanza y en la expectativa que todo tendrá un final feliz.
8. Na	15,5	46,7	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Falta de afrontamiento o no-afrontamiento. No hacer nada, incapacidad para resolver el problema, sentirse enfermo.
9. Rt	18,1	13,7	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Reducción de la tensión. Sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión, reducir la presión, llorar, aritar, evadirse.
10. So	13,7	39,8	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Acción Social. Dar a conocer a los demás cuál es la preocupación y buscar ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.
11. Ip	16,1	42	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ignorar el problema. Esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.
12. Cu	17,6	56,8	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Autoinculparse. Verse como culpable o responsable del problema o dificultad.
13. Re	20,3	60	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Reservarlo para sí. Tendencia a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones.
14. Ae	14,4	59,3	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Buscar apoyo espiritual. Tendencia a rezar y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual.
15. Po	17,2	67,8	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Fijarse en lo positivo. Tratar de tener una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.
16. Ap	21,3	56,7	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Buscar ayuda profesional. Tendencia a recurrir al uso de consejeros profesionales, como un maestro o un psicólogo.
17. Dr	15,3	73,03	21	31	42	52	63	73	84	94	105	Buscar diversiones relajantes. Buscar situaciones de ocio y relajantes tales como la lectura, la pintura, divertirse, etc.
18. Fi	25,3	69,5	21	31	42	52	63	73	84	94	105	Distracción física. Dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.

4.3. Estudio comparativo

El estudio comparativo se basa en la diferencia entre medias como se presenta en el gráfico 12 en la que demuestra que existe una clara diferencia significativa entre los estilos y las estrategias utilizadas por ambos grupos.

En la tabla 13 se encuentran las sub-escalas que muestran diferencias significativas entre las medias a favor del Grupo Clínico son: Esforzarse y tener éxito (Es) y Fijarse en lo positivo (Po).

Las sub-escalas que muestran diferencias significativas entre las medias a favor del Grupo Control son: Buscar apoyo social (As), Preocuparse (Pr) y Buscar diversiones relajantes.

Tabla 12: Diferencia de medias, Grupo Clínico vs Grupo Control

Diferencia de medias		
Afrontamiento	Grupo	Media
As Buscar apoyo social	Clínico	60.7
	Control	69.3
Es Esforzarse y tener éxito	Clínico	69.6
	Control	69.5
Pr Preocuparse	Clínico	72.3
	Control	74.7
Po Fijarse en lo positivo	Clínico	71.5
	Control	67.8
Dr Buscar diversiones relajantes	Clínico	59.3
	Control	73.03

4.4. Análisis de Hipótesis

En esta investigación se planteó como hipótesis que:

- Existen diferencias significativas en la manera de afrontar la situación de estrés entre las adolescentes del grupo clínico y las adolescentes del grupo control. Las madres adolescentes tienden a hacerse ilusiones,

muestran falta de afrontamiento, se auto inculpan y buscan ayuda profesional, mientras que las que aún no han sido madres se concentran en buscar apoyo social, invierten en amigos íntimos y se fijan en lo positivo.

- Lo que se comprueba en el análisis donde es que la estrategia más utilizada por el grupo clínico es Esforzarse y tener éxito (Es) y Fijarse en lo positivo (Po), descartando las propuestas en la hipótesis; mientras que las adolescentes del grupo control tienden a Buscar apoyo social (As), Preocuparse (Pr) y Buscar diversiones relajantes (Dr), comprobando una de las estrategias propuestas en la hipótesis, que se refiere a buscar apoyo social.

4.5. Conclusiones

Después de realizar este proyecto de investigación, se llega a concluir lo siguiente:

- Estos resultados ponen de manifiesto que, en los grupos de adolescentes estudiados, la maternidad establece diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan. El proceso de la maternidad podría haber estado confrontando a las jóvenes de este Grupo Clínico con la importancia de este hecho y la consecuente responsabilidad de la misma.
- Es probable que a partir de la manifestación de la gestación hayan desarrollado conductas que indiquen esfuerzo para tener éxito (Es). El hecho de esforzarse y tener éxito describe un compromiso, una ambición y dedicación por superarse, ya no solo por ella sino también por sus hijos.
- El estado de gestación evidencia que no siempre inclina a las adolescentes a sumirse en la desesperación y la culpa. Al mismo tiempo parecería que necesitan fijarse en lo positivo (Po), tratando de buscar atentamente el aspecto positivo de su situación, esto incluye ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunadas; tendencia que expresaría cierta contradicción con las estrategias de afrontamiento consideradas dentro de la hipótesis, pero en el período de la adolescencia, las contradicciones sucesivas constituyen una de las conductas más observables, hecho que podría verse incrementado en estas jóvenes ante la necesidad de asumir la situación.
- Las estrategias Buscar apoyo social (As), Preocuparse (Pr) y Buscar diversiones relajantes (Dr) se hallan disminuidas en relación con el Grupo Control de adolescentes, relación que podría sugerir que las jóvenes de este último Grupo pudieron haber experimentado un mayor grado de libertad para relacionarse con los otros, se preocupan por su futuro, es

decir les preocupa no alcanzar la felicidad esto se puede deber a que aún no tienen sus metas claras y una razón fuerte por que luchar; y finalmente al ser libres sin responsabilidad ante un problema lo disipan con actividades de ocio.

- La edad de las adolescentes encuestadas fluctúa entre los 14 y 18 años; todas las adolescentes de la muestra son estudiantes y cursan entre primero y tercero de bachillerato; la mayoría proviene de un hogar donde sus padres están casados, la edad promedio del embarazo fue los 15 años, se encargan del cuidado de sus hijos con la ayuda de sus madres; los resultados obtenidos nos indican que tanto el grupo clínico, como el grupo control tienen información sobre educación sexual y que para la mayoría la información les fue proporcionada por el colegio.
- El 65% de las adolescentes de la muestra utiliza o ha utilizado en algún tipo de anticonceptivos; las encuestadas de los dos grupos de estudio iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años.
- El 50% de adolescentes del grupo control creyeron estar embarazadas en algún momento para luego esta duda ser descartada.
- El 85% de la muestra rechazó el aborto como una posible solución a su problema.
- El apoyo y sustento que reciben las adolescentes del grupo clínico es para el 47% de sus padres, el 27% de ellas ya viven con sus parejas, el 20% reciben el apoyo de otros familiares, el 3% viven con otras personas que no son sus familiares, esto se debe a que sus padres les retiraron el apoyo por su embarazo o porque sus progenitores migraron y finalmente el con el mismo porcentaje vive con sus padres y la pareja.
- Finalmente se puede decir que, este trabajo aporta herramientas para la elaboración de programas de prevención en las escuelas a partir de la

identificación de estrategias saludables de afrontamiento dado que casi no existen investigaciones sobre las estrategias que más utilizan las jóvenes que se embarazan precozmente para abordar las situaciones problemáticas que a diario se le presentan.

4.6. Recomendaciones

Se recomienda:

- Revisar los programas de instrucción y educación sexual pues lamentablemente los adolescentes adquiere estos conocimientos de forma distorsionada y fundamentalmente a través de su propia práctica sexual y de modelos de educación informal y no sistemática.
- Sería importante que en los centros de salud así como en los centros educativos se impartan una educación sexual que brinde una enseñanza más dinámica e ilustrada sobre métodos anticonceptivos.
- Desde un enfoque preventivo, la identificación de las estrategias de afrontamiento con que cuenta el adolescente, nos llevan a considerar los recursos que disponen éstos y que funcionan como factores protectores de su salud. Los mismos contribuyen con el crecimiento y desarrollo saludable, en la medida que protegen al individuo y le permiten afrontar las situaciones de riesgo que se le presenten. La utilización de estas estrategias no es ajena a lo que acontece en el ámbito escolar ya que se relaciona con cuestiones tales como el análisis y la organización de la información; la comunicación de ideas; la planificación, el trabajo en equipo y la resolución de problemas o cómo buscar el consejo de los demás o hablar de los propios problemas con otros. Por lo tanto es importante que se haga consciente en los educadores la importancia de su mediación para el desarrollo de la capacidad para el afrontamiento, entendida como estrategia cognitivo-conductual, con miras al logro de una adaptación y transición efectiva hacia la adultez.
- Los educadores pueden ayudar a mejorar la capacidad de afrontamiento de los estudiantes comprendiendo y dando respuesta a sus necesidades en el ámbito de la educación mediante la implementación de Programas especiales.

- Involucrar a la familia en el proceso de acompañamiento psicoeducativo sobre formas de prevención del embarazo en la adolescencia, ya que esta constituye el eje primordial del desarrollo integral de las adolescentes.
- Considerar que el adecuado manejo y control de un estímulo generador de estrés por parte del adolescente disminuye los estilos y estrategias de afrontamiento negativo e improductivo. El reconocimiento de las estrategias de afrontamiento permite a los profesionales de la Educación y de la Salud el aprovechamiento de los recursos de afrontamiento presentes en cada sub-población, de acuerdo con las capacidades particulares. En este sentido sería interesante indagar cuáles son sus estilos de afrontamiento para que puedan ser aprovechados en su beneficio ya que no todos afrontan las distintas situaciones de la misma manera.

4.7. Bibliografía

Ahued, J., Lira, J., & Simón, L. (Noviembre-diciembre 2001). La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. *Cirugía y Cirujanos*, 69(6) 300- 303. 2014, diciembre 16, De <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2001/cc016h.pdf> Base de datos.

Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F. C., Marsh, P., & McElhaney, K. B. (2005). The Two Faces of Adolescents' Success with Peers: Adolescent Popularity, Social Adaptation, and Deviant Behavior. *Child Development*, 76(3), 747-760. doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00875.x

Ardila Espinel, N. (1980). La adolescencia: factores críticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(3) 441- 454. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80512303>

Barrón, R. G., Castilla, I. M., Casullo, M. M., & Verdú, J. B. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología Vol. II*. Madrid: Mc Graw-Hillinteramericana de España, S.A.U. Recuperado de <http://es.slideshare.net/anavictoria2010/manual-de-psicopatologa-amparo-belloch-vol-2>

Bouchey, H. A., & Furman, W. (2003). Dating and romantic experiences in adolescence. En M. Berzonsky, *The Blackwell handbook of adolescence* (págs. 313-329). Oxford, UK: Blackwell Publishers. Retrieved from https://www.du.edu/psychology/relationshipcenter/publications/bouchey_furman_2003.pdf

Brown, B. B., & Klute, C. (2003). Friendships, Cliques and Crowds. En G. R. Adams, & M. Berzonsky (Eds.), *Handbook of Adolescent Development* (págs. 330-348). London: Blackwell. Recuperado de http://website.education.wisc.edu/prsg/?page_id=427

Buhrmester, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. En W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (págs. 158 - 185). New York: Cambridge University Press.

Caldas, S. J. (1993). Current Theoretical perspectives on adolescent pregnancy and childbearing in the United States. *Journal of Adolescent Research*(No. 8), 4 - 20.

Cano-Vindel, A. & Miguel Tobal, J. J. (1992). Inventario de valoración y Afrontamiento. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de de Psicología Básica, mimeo. Adaptación Argentina, Leibovich de Figueroa, N. B. (1999).

Carver, C., Sheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies. A Theoretical based Approach. En *Journal of personality and Social Psychology*, 56, pp.267-283.

Casullo, G. (2002) "Adolescencia y estrés". En "El malestar" y su evaluación en diferentes contextos. Leibovich de Figueroa, N. y Schufer, M. Editores. Eudeba. Buenos Aires

Casullo, M. M. y Fernández Liporace, M. (2001). "Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes". *Revista del Instituto de Investigaciones*. Buenos Aires, Facultad de Psicología, Año 6, N° 1, pp.25-49.

Contini, N. Figueroa, M.I., Cohen Imach, S. y Coronel, P. (2003). Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento en adolescentes escolarizados de Tucumán (13 y 14 años). *Revista del Instituto de Investigaciones*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA. Año 8, N° 2: 61-78.

Della Mora, M. (2006). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38(3), 6.

Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.

Erikson, E. H. (2003). Desarrollo psicosocial. En S. C. Cloninger, *Teorías de la Personalidad* (págs. 134 -160). Naucalpan de Juárez, Edo. de Mexico: Pearson Educación.

Farré Martí, J. M., & Lasheras Pérez, M. G. (2005). *Enciclopedia de la Psicología*. Barcelona : MMIV Editorial Oceano.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). *ACS Escala de Afrontamiento para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Frydenberg, E. y Rowley, G. (1998). Coping With Social Issues: What Australian university Students do. *Issues in Education Research*, 8(1), 33-48.

Furman, W., & Wehner, E. A. (1997). Adolescent romantic relationships: A developmental perspective. En S. Shulman, & W. A. Collins, *New directions for child development* (No. 78) (págs. 21-36). San Francisco, CA: Jossey-Bass. Retrieved from https://www.du.edu/psychology/relationshipcenter/publications/furman_wehner_1997.pdf

Galicia Moyeda, I. X., Jiménez Vega, L., Pavón Figueroa, S., & Sánchez Velasco, A. (23 de Agosto de 2006). *Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos: webcache*. Recuperado el 12 de Enero de 2014, de webcache. Catálogo de Revistas UV: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/768/1374>

Gómez, A. L., Amorín, D., Benedet, L., Carril, E., Celiberti, L., Güida, C.,... & Parra, A. V. (2005). Adolescentes y sexualidad. *Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995–2004)*. *Cátedra Libre en Salud*

Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología/UdelaR, con el apoyo de UNFPA. Montevideo, Uruguay.

Herdt, G., & McClintock, M. (2000). The magical age of 10. *Archives of Sexual Behavior*, 29(6), 587-606. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/205928177?accountid=3655>

Laursen, B. (1996). Closeness and conflict in adolescent peer relationships: Interdependence with friends and romantic partners. *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*, 186-210.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company.

Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V.I., Marro, C.T. "Afrontamiento". En *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.

León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev. Ped. Elec.[en línea]*, 5(1), 42-52.

Meichenbaum, D.H., & Turk, D. (1982). Stress, coping, and disease: A cognitive-behavioral perspective. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Psychological stress and psychopathology* (pp.289-306). New York, NY: McGraw-Hill.

Mendoza Champa, R., Sevilla Carnero, L., Tori Rojas, P., & Giraldo Waagner, P. (Abril de 2004). *Aspectos Teóricos para la Cosejería en la población Adolescente*. Recuperado el 10 de Enero de 2014, de Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas - DEVIDA: http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/250/115_CONSEJERIA_ADOLESCENTES.pdf?sequence=1

MIES. (2011). *Información sobre plan nacional de prevención del embarazo en la adolescencia - ecu.pdf*. Recuperado el 14 de Enero de 2014, de sitio webde MIES: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>

Muñoz González, A. (2002). *Psicología Infantil: Cepvi.com* . Recuperado el 17 de Diciembre de 2014, de sitio web de Cepvi.com:

<http://www.cepvi.com/psicologia-infantil/adolescencia2.shtml#.VJLvG8km-ez>

Padgug, R. A. (2014). *Sexual Matters: On Conceptualizing Sexuality in History*. En P. Aggleton, & R. Parker, *Culture, Society And Sexuality: A Reader* (págs. 15 - 28). New York: Routledge. Retrieved from

http://books.google.com.ec/books?id=PCSPAqAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Susman, E. J. and Rogol, A. (2004) *Puberty and Psychological Development*, in *Handbook of Adolescent Psychology, Second Edition* (eds R. M. Lerner and L. Steinberg), John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA. doi: 10.1002/9780471726746.ch2

Valdivia, M. (2011). *Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años*. *Revista de Psicología*, 12(2), Pág-85.

Weiner, I. B., Lerner, R. M., & Easterbrooks, M. A. (2012). *Handbook of Psychology, Developmental Psychology* (2nd Edition). Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

Yearwood, E. L., Pearson, G. S., & Newland, J. A. (Eds.). (2012). *Child and Adolescent Behavioral Health: A Resource for Advanced Practice Psychiatric and Primary Care Practitioners in Nursing*. Somerset, NJ, USA: Wiley. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

4.8. Anexos

Anexo 1

Las fotografías fueron tomadas con autorización de las adolescentes.



ANEXO 2

(Modelo de encuestas)

ENCUESTA

1) Edad actual

16 años de edad.

Especificar años y meses de nacida. Ej. 15 años 3 meses

2) Instrucción

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Especificar el último curso aprobado

Primero de Bachillerato

3) Proviene de un hogar de...

Padres casados

Padres divorciados

Padres en unión libre

Madre soltera

Padres migrantes

Otros

4) ¿Está embarazada o ha tenido hijos?

Si

No

Si su respuesta anterior fue afirmativa:

5) ¿A qué edad quedó embarazada?

Especificar la edad exacta: años y meses. Ej. 17 años y 10 meses

6) ¿Ha pensado tener hijos o si los tiene quisiera tener otros?

Si

No

¿A qué edad? 25 años.

7) ¿Cómo piensa cuidarlos?

Usted

Ayuda de su mamá

Guardería

Otros

8) ¿Tiene información acerca de educación sexual?

Si

No

9) Si su respuesta es afirmativa ¿Quién le proporcionó?

El colegio

Sus padres

El internet

Revistas

Amigos

10) ¿Cuáles cree que son las principales causas de un embarazo a temprana edad?

La falta de acceso a la educación sexual.

Los factores socioculturales y socioeconómicos.

El alcohol y las drogas

No tengo idea

Otros

11) ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

Abstinencia Continua

Relaciones Sexuales sin Coito

Implantes Hormonales

Inyecciones Hormonales

La Píldora

El Condón

El Diafragma o Capuchón Cervical

Esterilización

El DIU (Dispositivo Intrauterino)

Retiro del pene

Abstinencia Periódica o MCF (Métodos de Conocimiento de la Fertilidad)

12) ¿Utiliza o ha utilizado alguno?

Si

No

13) ¿A qué edad inició la vida sexual?

12 a 14 años

15 a 17 años

18 años o más

Aún no

14) ¿Ha pensado que usted pudo estar embarazada?

Si

No

15) Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Qué hizo al respecto?

Se hizo una prueba

Se ilusionó

Se sintió culpable

Busco ayuda profesional

Comento con alguien de confianza

Ignoró el problema

16) En algún momento ¿consideró abortar?

Si

No

17) En la actualidad vive con...

Padres

Pareja

Otros familiares

Otro:

18) ¿Se siente satisfecha respondiendo las preguntas de este cuestionario?

Si

No

No sabe

GRACIAS

ACS FORMA GENERAL

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele afrontar una **gama amplia de problemas o preocupaciones**. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que **tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades**. En cada afirmación debes marcar en la **hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E** según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. **No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.**

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tus problemas mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.

- | | |
|---|---|
| 1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema. | 13. Guardar mis sentimientos para mí solo. |
| 2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema. | 14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas. |
| 3. Seguir con mis tareas como es debido. | 15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves. |
| 4. Preocuparme por mi futuro. | 16. Pedir consejo a una persona competente. |
| 5. Reunirme con amigos. | 17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, escuchar música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión. |
| 6. Producir una buena impresión en las personas que me importan. | 18. Hacer deporte. |
| 7. Esperar que ocurra lo mejor. | 19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente. |
| 8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada. | 20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades. |
| 9. Llorar o gritar. | 21. Asistir a clase con regularidad. |
| 10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema. | 22. Preocuparme por mi felicidad. |
| 11. Ignorar el problema. | 23. Llamar a un amigo íntimo. |
| 12. Criticarme a mí mismo. | |



No me ocurre nunca o no lo hago
Me ocurre o lo hago raras veces
Me ocurre o lo hago algunas veces
Me ocurre o lo hago a menudo
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia

A
B
C
D
E

- | | |
|---|--|
| 24. Preocuparme por mis relaciones con los demás. | 53. Buscar tiempo para actividades de ocio. |
| 25. Desear que suceda un milagro. | 54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio. |
| 26. Simplemente, me doy por vencido. | 55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él. |
| 27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos). | 56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué. |
| 28. Organizar un grupo que se ocupe del problema. | 57. Triunfar en lo que estoy haciendo. |
| 29. Ignorar conscientemente el problema. | 58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir. |
| 30. Darme cuenta de que yo mismo me hago las cosas difíciles. | 59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica. |
| 31. Evitar estar con la gente. | 60. Mejorar mi relación personal con los demás. |
| 32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva. | 61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando. |
| 33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas. | 62. No tengo forma de afrontar la situación. |
| 34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional. | 63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo. |
| 35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades. | 64. Unirme a gente que tiene el mismo problema. |
| 36. Mantenerme en forma y con buena salud. | 65. Aislarme del problema para poder evitarlo. |
| 37. Buscar ánimo en otros. | 66. Considerarme culpable. |
| 38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta. | 67. No dejar que otros sepan cómo me siento. |
| 39. Trabajar intensamente. | 68. Pedir a Dios que cuide de mí. |
| 40. Preocuparme por lo que está pasando. | 69. Estar contento de cómo van las cosas. |
| 41. Empezar una relación personal estable. | 70. Hablar del tema con personas competentes. |
| 42. Tratar de adaptarme a mis amigos. | 71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos. |
| 43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo. | 72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema. |
| 44. Me pongo malo. | 73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir. |
| 45. Trasladar mis frustraciones a otros. | 74. Inquietarme por el futuro del mundo. |
| 46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema. | 75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir. |
| 47. Borrar el problema de mi mente. | 76. Hacer lo que quieren mis amigos. |
| 48. Sentirme culpable. | 77. Imaginar que las cosas van a ir mejor. |
| 49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa. | 78. Sufro dolores de cabeza o de estómago. |
| 50. Leer un libro sagrado o de religión. | 79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas. |
| 51. Tratar de tener una visión alegre de la vida. | 80. Anota en la hoja de respuestas cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus |

ACS

FORMA:
GENERAL
ESPECIFICA

Apellidos y nombre:

Centro:

Edad: 16

Sexo: V

Fecha:

11

12

14

Curso:

2do B6U D

1. A B C D E
 2. A B C D E
 3. A B C D E
 4. A B C D E
 5. A B C D E
 6. A B C D E
 7. A B C D E
 8. A B C D E
 9. A B C D E
 10. A B C D E
 11. A B C D E
 12. A B C D E
 13. A B C D E
 14. A B C D E
 15. A B C D E
 16. A B C D E
 17. A B C D E
 18. A B C D E

19. A B C D E
 20. A B C D E
 21. A B C D E
 22. A B C D E
 23. A B C D E
 24. A B C D E
 25. A B C D E
 26. A B C D E
 27. A B C D E
 28. A B C D E
 29. A B C D E
 30. A B C D E
 31. A B C D E
 32. A B C D E
 33. A B C D E
 34. A B C D E
 35. A B C D E
 36. A B C D E

37. A B C D E
 38. A B C D E
 39. A B C D E
 40. A B C D E
 41. A B C D E
 42. A B C D E
 43. A B C D E
 44. A B C D E
 45. A B C D E
 46. A B C D E
 47. A B C D E
 48. A B C D E
 49. A B C D E
 50. A B C D E
 51. A B C D E
 52. A B C D E
 53. A B C D E
 54. A B C D E

55. A B C D E
 56. A B C D E
 57. A B C D E
 58. A B C D E
 59. A B C D E
 60. A B C D E
 61. A B C D E
 62. A B C D E
 63. A B C D E
 64. A B C D E
 65. A B C D E
 66. A B C D E
 67. A B C D E
 68. A B C D E
 69. A B C D E
 70. A B C D E

71. A B C D E
 72. A B C D E
 73. A B C D E
 74. A B C D E
 75. A B C D E
 76. A B C D E
 77. A B C D E
 78. A B C D E
 79. A B C D E

80. Anota cualquier otra cosa que suelas hacer para afrontar tus problemas:
 Siempre comento con mi familia y así juntos poder salir adelante con mi problema.

	PUNTAJACIÓN TOTAL	PUNTAJACIÓN AJUSTADA
71.	18 x4	72
72.	9 x4	36
73.	9 x4	36
74.	19 x4	76
75.	14 x4	56
76.	13 x4	52
77.	13 x4	52
78.	7 x4	28
79.	8 x4	32
80.	7 x5	35
	5 x5	25
	9 x5	45
	12 x5	60
	15 x5	75
	13 x5	65
	17 x5	85
	11 x7	77
	12 x7	84

REOCUPACIÓN PRINCIPAL ES:

Autores: Erica Frydenberg y Ramon Lewis. - Copyright © 1993 by ACER, Australian Council for Educational Research Ltd.
 Copyright de la edición española © 1995, 2014 by TEA Ediciones, S.A.U. - Todos los derechos reservados. - Prohibida la reproducción total o parcial. - Este ejemplar está impreso en tinta negra, es una reproducción ilegal.
 En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE. - Editor: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Salgaún, 24; 28036 Madrid, España. - Printed in Spain. Impreso en España por Imprenta Castles, S.L.; Agustín Calvo, 47; 28044 Madrid, España.

ENCUESTA

1) Edad actual

14 años y 5 meses

Especificar años y meses de nacida. Ej. 15 años 3 meses

2) Instrucción

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Especificar el último curso aprobado

3° curso

3) Proviene de un hogar de...

Padres casados

Padres divorciados

Padres en unión libre

Madre soltera

Padres migrantes

Otros

4) ¿Está embarazada o ha tenido hijos?

Si

No

Si su respuesta anterior fue afirmativa:

5) ¿A qué edad quedó embarazada?

Especificar la edad exacta: años y meses. Ej. 17 años y 10 meses

6) ¿Ha pensado tener hijos o si los tiene quisiera tener otros?

Si

No

¿A qué edad?

25 años

7) ¿Cómo piensa cuidarlos?

Usted

Ayuda de su mamá

Guardería

Otros

8) ¿Tiene información acerca de educación sexual?

Si

No

9) Si su respuesta es afirmativa ¿Quién le proporcionó?

El colegio

Sus padres

El internet

Revistas

Amigos

10) ¿Cuáles cree que son las principales causas de un embarazo a temprana edad?

La falta de acceso a la educación sexual.

Los factores socioculturales y socioeconómicos.

El alcohol y las drogas

No tengo idea

Otros

11) ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

Abstinencia Continua

Relaciones Sexuales sin Coito

Implantes Hormonales

Inyecciones Hormonales

La Píldora

El Condón

El Diafragma o Capuchón Cervical

Esterilización

El DIU (Dispositivo Intrauterino)

Retiro del pene

Abstinencia Periódica o MCF (Métodos de Conocimiento de la Fertilidad)

12) ¿Utiliza o ha utilizado alguno?

Si

No

13) ¿A qué edad inició la vida sexual?

12 a 14 años

15 a 17 años

18 años o más

Aún no

14) ¿Ha pensado que usted pudo estar embarazada?

Si

No

15) Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Qué hizo al respecto?

Se hizo una prueba

Se ilusionó

Se sintió culpable

Busco ayuda profesional

Comento con alguien de confianza

Ignoró el problema

16) En algún momento ¿consideró abortar?

Si

No

17) En la actualidad vive con...

Padres

Pareja

Otros familiares

Otro:

18) ¿Se siente satisfecha respondiendo las preguntas de este cuestionario?

Si

No

No sabe

GRACIAS

ACS FORMA GENERAL

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele afrontar una **gama amplia de problemas o preocupaciones**. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que **tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades**. En cada afirmación debes marcar en la **hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E** según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. **No hay respuestas correctas o erróneas**. **No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.**

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tus problemas mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.

- | | |
|--|---|
| <p>1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.</p> <p>2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema.</p> <p>3. Seguir con mis tareas como es debido.</p> <p>4. Preocuparme por mi futuro.</p> <p>5. Reunirme con amigos.</p> <p>6. Producir una buena impresión en las personas que me importan.</p> <p>7. Esperar que ocurra lo mejor.</p> <p>8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada.</p> <p>9. Llorar o gritar.</p> <p>10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema.</p> <p>11. Ignorar el problema.</p> <p>12. Criticarme a mí mismo.</p> | <p>13. Guardar mis sentimientos para mí solo.</p> <p>14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas.</p> <p>15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves.</p> <p>16. Pedir consejo a una persona competente.</p> <p>17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, escuchar música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.</p> <p>18. Hacer deporte.</p> <p>19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.</p> <p>20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.</p> <p>21. Asistir a clase con regularidad.</p> <p>22. Preocuparme por mi felicidad.</p> <p>23. Llamar a un amigo íntimo.</p> |
|--|---|

No me ocurre nunca o no lo hago
Me ocurre o lo hago raras veces
Me ocurre o lo hago algunas veces
Me ocurre o lo hago a menudo
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia

A
B
C
D
E

- | | | | |
|-----|---|-----|--|
| 24. | Preocuparme por mis relaciones con los demás. | 53. | Buscar tiempo para actividades de ocio. |
| 25. | Desear que suceda un milagro. | 54. | Ir al gimnasio a hacer ejercicio. |
| 26. | Simplemente, me doy por vencido. | 55. | Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él. |
| 27. | Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos). | 56. | Pensar en lo que estoy haciendo y por qué. |
| 28. | Organizar un grupo que se ocupe del problema. | 57. | Triunfar en lo que estoy haciendo. |
| 29. | Ignorar conscientemente el problema. | 58. | Inquietarme por lo que me pueda ocurrir. |
| 30. | Darme cuenta de que yo mismo me hago las cosas difíciles. | 59. | Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica. |
| 31. | Evitar estar con la gente. | 60. | Mejorar mi relación personal con los demás. |
| 32. | Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva. | 61. | Soñar despierto que las cosas irán mejorando. |
| 33. | Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas. | 62. | No tengo forma de afrontar la situación. |
| 34. | Conseguir ayuda o consejo de un profesional. | 63. | Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo. |
| 35. | Salir y divertirme para olvidar mis dificultades. | 64. | Unirme a gente que tiene el mismo problema. |
| 36. | Mantenerme en forma y con buena salud. | 65. | Aislarme del problema para poder evitarlo. |
| 37. | Buscar ánimo en otros. | 66. | Considerarme culpable. |
| 38. | Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta. | 67. | No dejar que otros sepan cómo me siento. |
| 39. | Trabajar intensamente. | 68. | Pedir a Dios que cuide de mí. |
| 40. | Preocuparme por lo que está pasando. | 69. | Estar contento de cómo van las cosas. |
| 41. | Empezar una relación personal estable. | 70. | Hablar del tema con personas competentes. |
| 42. | Tratar de adaptarme a mis amigos. | 71. | Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos. |
| 43. | Esperar que el problema se resuelva por sí solo. | 72. | Pensar en distintas formas de afrontar el problema. |
| 44. | Me pongo malo. | 73. | Dedicarme a mis tareas en vez de salir. |
| 45. | Trasladar mis frustraciones a otros. | 74. | Inquietarme por el futuro del mundo. |
| 46. | Ir a reuniones en las que se estudia el problema. | 75. | Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir. |
| 47. | Borrar el problema de mi mente. | 76. | Hacer lo que quieren mis amigos. |
| 48. | Sentirme culpable. | 77. | Imaginar que las cosas van a ir mejor. |
| 49. | Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa. | 78. | Sufro dolores de cabeza o de estómago. |
| 50. | Leer un libro sagrado o de religión. | 79. | Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas. |
| 51. | Tratar de tener una visión alegre de la vida. | 80. | Anota en la hoja de respuestas cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus |

ACS

**FORMA:
GENERAL
ESPECÍFICA**

Apellidos y nombre:

Centro: Colegio de Bachillerato Camilo Gallegos Toledo Curso: 4º B.G.U. '13'

Edad: 14

Sexo: V M

Fecha: 12

	①	②	③	④	⑤		PUNTAJUE TOTAL	PUNTAJUE AJUSTADA
1. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		17	x4 68
2. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		19	x4 76
3. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		16	x4 64
4. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		11	x4 44
5. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		9	x4 36
6. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		17	x4 68
7. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		13	x4 52
8. <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		7	x4 28
9. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		11	x4 44
10. <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		6	x5 30
11. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		10	x5 50
12. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		11	x5 55
13. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		10	x5 50
14. <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		13	x5 65
15. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		16	x5 80
16. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		12	x5 60
17. <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		11	x7 77
18. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		15	x7 105

80. Anota cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas:
Pedir un consejo a una persona adulta. También rezar a Dios para que me ayude a resolver mis propios problemas.

REOCUPACION PRINCIPAL ES:

Autores: Erica Frydenberg y Ramon Lewis. - Copyright © 1993 by ACER, Australian Council for Educational Research Ltd. Copyright de la edición española © 1995, 2014 by TEA Ediciones, S.A.U. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en tinta negra. es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO LA UTILICE - Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24; 28036 Madrid, España - Printed in Spain. Impreso en España por Imprenta Castillas, S.L.; Agustín Calvo, 47; 28043 Madrid, España.

ENCUESTA

1) Edad actual

17 años 4 meses

Especificar años y meses de nacida. Ej. 15 años 3 meses

2) Instrucción

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Especificar el último curso aprobado

Primero de Bachillerato

3) Proviene de un hogar de...

Padres casados

Padres divorciados

Padres en unión libre

Madre soltera

Padres migrantes

Otros

4) ¿Está embarazada o ha tenido hijos?

Si

No

Si su respuesta anterior fue afirmativa:

5) ¿A qué edad quedó embarazada?

A los 15 años 4 meses

Especificar la edad exacta: años y meses. Ej. 17 años y 10 meses

6) ¿Ha pensado tener hijos o si los tiene quisiera tener otros?

Si

No

¿A qué edad?

7) ¿Cómo piensa cuidarlos?

Usted

Ayuda de su mamá

Guardería

Otros

8) ¿Tiene información acerca de educación sexual?

Si

No

9) Si su respuesta es afirmativa ¿Quién le proporcionó?

El colegio

Sus padres

El internet

Revistas

Amigos

10) ¿Cuáles cree que son las principales causas de un embarazo a temprana edad?

La falta de acceso a la educación sexual.

Los factores socioculturales y socioeconómicos.

El alcohol y las drogas

No tengo idea

Otros

11) ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

Abstinencia Continua

Relaciones Sexuales sin Coito

Implantes Hormonales

Inyecciones Hormonales

La Píldora

El Condón

El Diafragma o Capuchón Cervical

Esterilización

El DIU (Dispositivo Intrauterino)

Retiro del pene

Abstinencia Periódica o MCF (Métodos de Conocimiento de la Fertilidad)

12) ¿Utiliza o ha utilizado alguno?

Si

No

13) ¿A qué edad inició la vida sexual?

12 a 14 años

15 a 17 años

18 años o más

Aún no

14) ¿Ha pensado que usted pudo estar embarazada?

Si

No

15) Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Qué hizo al respecto?

Se hizo una prueba

Se ilusionó

Se sintió culpable

Busco ayuda profesional

Comento con alguien de confianza

Ignoró el problema

16) En algún momento ¿consideró abortar?

Si

No

17) En la actualidad vive con...

Padres

Pareja

Otros familiares

Otro:

18) ¿Se siente satisfecha respondiendo las preguntas de este cuestionario?

Si

No

No sabe

GRACIAS

ACS FORMA GENERAL

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele afrontar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tus problemas mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.

- | | |
|---|---|
| 1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema. | 13. Guardar mis sentimientos para mí solo. |
| 2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema. | 14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas. |
| 3. Seguir con mis tareas como es debido. | 15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves. |
| 4. Preocuparme por mi futuro. | 16. Pedir consejo a una persona competente. |
| 5. Reunirme con amigos. | 17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, escuchar música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión. |
| 6. Producir una buena impresión en las personas que me importan. | 18. Hacer deporte. |
| 7. Esperar que ocurra lo mejor. | 19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente. |
| 8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada. | 20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades. |
| 9. Llorar o gritar. | 21. Asistir a clase con regularidad. |
| 10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema. | 22. Preocuparme por mi felicidad. |
| 11. Ignorar el problema. | 23. Llamar a un amigo íntimo. |
| 12. Criticarme a mí mismo. | |



No me ocurre nunca o no lo hago
Me ocurre o lo hago raras veces
Me ocurre o lo hago algunas veces
Me ocurre o lo hago a menudo
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia

A
B
C
D
E

- | | |
|---|--|
| 24. Preocuparme por mis relaciones con los demás. | 53. Buscar tiempo para actividades de ocio. |
| 25. Desear que suceda un milagro. | 54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio. |
| 26. Simplemente, me doy por vencido. | 55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él. |
| 27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos). | 56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué. |
| 28. Organizar un grupo que se ocupe del problema. | 57. Triunfar en lo que estoy haciendo. |
| 29. Ignorar conscientemente el problema. | 58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir. |
| 30. Darme cuenta de que yo mismo me hago las cosas difíciles. | 59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica. |
| 31. Evitar estar con la gente. | 60. Mejorar mi relación personal con los demás. |
| 32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva. | 61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando. |
| 33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas. | 62. No tengo forma de afrontar la situación. |
| 34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional. | 63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo. |
| 35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades. | 64. Unirme a gente que tiene el mismo problema. |
| 36. Mantenerme en forma y con buena salud. | 65. Aislarme del problema para poder evitarlo. |
| 37. Buscar ánimo en otros. | 66. Considerarme culpable. |
| 38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta. | 67. No dejar que otros sepan cómo me siento. |
| 39. Trabajar intensamente. | 68. Pedir a Dios que cuide de mí. |
| 40. Preocuparme por lo que está pasando. | 69. Estar contento de cómo van las cosas. |
| 41. Empezar una relación personal estable. | 70. Hablar del tema con personas competentes. |
| 42. Tratar de adaptarme a mis amigos. | 71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos. |
| 43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo. | 72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema. |
| 44. Me pongo malo. | 73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir. |
| 45. Trasladar mis frustraciones a otros. | 74. Inquietarme por el futuro del mundo. |
| 46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema. | 75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir. |
| 47. Borrar el problema de mi mente. | 76. Hacer lo que quieren mis amigos. |
| 48. Sentirme culpable. | 77. Imaginar que las cosas van a ir mejor. |
| 49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa. | 78. Sufro dolores de cabeza o de estómago. |
| 50. Leer un libro sagrado o de religión. | 79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas. |
| 51. Tratar de tener una visión alegre de la vida. | 80. Anota en la hoja de respuestas cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus |

ENCUESTA

1) Edad actual

15 años 10 meses

Especificar años y meses de nacida. Ej. 15 años 3 meses

2) Instrucción

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Especificar el último curso aprobado Decimo año

3) Proviene de un hogar de...

Padres casados

Padres divorciados

Padres en unión libre

Madre soltera

Padres migrantes

4) ¿Está embarazada o ha tenido hijos?

Si

No

Si su respuesta anterior fue afirmativa:

5) ¿A qué edad quedó embarazada?

a los 15 años 8 meses

Especificar la edad exacta: años y meses. Ej. 17 años y 10 meses

6) ¿Ha pensado tener hijos o si los tiene quisiera tener otros?

Si

No

¿A qué edad? a los 25 años

7) ¿Cómo piensa cuidarlos?

Usted

Ayuda de su mamá

Guardería

Otros

8) ¿Tiene información acerca de educación sexual?

Si

No

9) Si su respuesta es afirmativa ¿Quién le proporcionó?

El colegio

Sus padres

El internet

Revistas

Amigos

10) ¿Cuáles cree que son las principales causas de un embarazo a temprana edad?

La falta de acceso a la educación sexual.

Los factores socioculturales y socioeconómicos.

El alcohol y las drogas.

No tengo idea

11) ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

Abstinencia Continua

Relaciones Sexuales sin Coito

Implantes Hormonales

Inyecciones Hormonales

La Píldora

El Condón

El Diafragma o Capuchón Cervical

Esterilización

El DIU (Dispositivo Intrauterino)

Retiro del pene

Abstinencia Periódica o MCF (Métodos de Conocimiento de la Fertilidad)

12) ¿Utiliza o ha utilizado alguno?

Si

No

13) ¿A qué edad inició la vida sexual?

12 a 14 años

15 a 17 años

18 años o más

Aún no

14) ¿Ha pensado que usted pudo estar embarazada?

Si

No

15) Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Qué hizo al respecto?

Se hizo una prueba

Se ilusionó

Se sintió culpable

Busco ayuda profesional

Comento con alguien de confianza

Ignoró el problema

16) En algún momento ¿consideró abortar?

Si

No

17) En la actualidad vive con...

Padres

Pareja

Otros familiares

Otro:

18) ¿Se siente satisfecha respondiendo las preguntas de este cuestionario?

Si

No

No sabe

GRACIAS

ACS FORMA GENERAL

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele afrontar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tus problemas mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.

- | | |
|---|---|
| 1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema. | 13. Guardar mis sentimientos para mí solo. |
| 2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema. | 14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas. |
| 3. Seguir con mis tareas como es debido. | 15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves. |
| 4. Preocuparme por mi futuro. | 16. Pedir consejo a una persona competente. |
| 5. Reunirme con amigos. | 17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, escuchar música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión. |
| 6. Producir una buena impresión en las personas que me importan. | 18. Hacer deporte. |
| 7. Esperar que ocurra lo mejor. | 19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente. |
| 8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada. | 20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades. |
| 9. Llorar o gritar. | 21. Asistir a clase con regularidad. |
| 10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema. | 22. Preocuparme por mi felicidad. |
| 11. Ignorar el problema. | 23. Llamar a un amigo íntimo. |
| 12. Criticarme a mí mismo. | |

No me ocurre nunca o no lo hago
Me ocurre o lo hago raras veces
Me ocurre o lo hago algunas veces
Me ocurre o lo hago a menudo
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia

A
B
C
D
E

- | | |
|---|--|
| 24. Preocuparme por mis relaciones con los demás. | 53. Buscar tiempo para actividades de ocio. |
| 25. Desear que suceda un milagro. | 54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio. |
| 26. Simplemente, me doy por vencido. | 55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él. |
| 27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos). | 56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué. |
| 28. Organizar un grupo que se ocupe del problema. | 57. Triunfar en lo que estoy haciendo. |
| 29. Ignorar conscientemente el problema. | 58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir. |
| 30. Darme cuenta de que yo mismo me hago las cosas difíciles. | 59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica. |
| 31. Evitar estar con la gente. | 60. Mejorar mi relación personal con los demás. |
| 32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva. | 61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando. |
| 33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas. | 62. No tengo forma de afrontar la situación. |
| 34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional. | 63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo. |
| 35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades. | 64. Unirme a gente que tiene el mismo problema. |
| 36. Mantenerme en forma y con buena salud. | 65. Aislarme del problema para poder evitarlo. |
| 37. Buscar ánimo en otros. | 66. Considerarme culpable. |
| 38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta. | 67. No dejar que otros sepan cómo me siento. |
| 39. Trabajar intensamente. | 68. Pedir a Dios que cuide de mí. |
| 40. Preocuparme por lo que está pasando. | 69. Estar contento de cómo van las cosas. |
| 41. Empezar una relación personal estable. | 70. Hablar del tema con personas competentes. |
| 42. Tratar de adaptarme a mis amigos. | 71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos. |
| 43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo. | 72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema. |
| 44. Me pongo malo. | 73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir. |
| 45. Trasladar mis frustraciones a otros. | 74. Inquietarme por el futuro del mundo. |
| 46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema. | 75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir. |
| 47. Borrar el problema de mi mente. | 76. Hacer lo que quieren mis amigos. |
| 48. Sentirme culpable. | 77. Imaginar que las cosas van a ir mejor. |
| 49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa. | 78. Sufro dolores de cabeza o de estómago. |
| 50. Leer un libro sagrado o de religión. | 79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas. |
| 51. Tratar de tener una visión alegre de la vida. | 80. Anota en la hoja de respuestas cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus |

