

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y
ESTUDIOS AVANZADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“LOS PILARES DE LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN A DESESPERANZA
EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
M.C. GODWIN GONZÁLEZ ESTRADA**

**DIRECTOR DE TESIS:
Ph.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

**REVISORES DE TESIS:
DRA. EN C.A. Y R.N. IMELDA GARCÍA ARGUETA
E.S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO
M.S.P. MARTHA ELVA AGUSTINA CAMPUZANO GONZÁLEZ
DRA. EN C.E.D. MARGARITA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ**

**“LOS PILARES DE LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN A DESESPERANZA
EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD URBANO
TOLUCA, 2019”**

ÍNDICE

| Cap. | Pág. |
|--|------|
| PRÓLOGO | |
| RESUMEN | |
| SUMMARY | |
| AGRADECIMIENTOS | |
| I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL..... | 1 |
| I.1. Generalidades de embarazo en adolescentes y resiliencia | 1 |
| I.2. Resiliencia en adolescentes..... | 2 |
| I.2.1. Instrumentos para medir resiliencia en adolescentes | 5 |
| I.2.2. Investigaciones sobre resiliencia en adolescentes | 5 |
| I.2.3. La evolución de las definiciones sobre resiliencia | 9 |
| I.2.4. Pilares de la resiliencia | 12 |
| I.3. Adolescencia..... | 21 |
| I.3.1. Embarazo en Adolescentes..... | 25 |
| 1.3.2. Prevalencia y tendencia del embarazo en adolescentes | 34 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 36 |
| II.1. Argumentación | 36 |
| II.2. Pregunta de investigación..... | 37 |
| III. JUSTIFICACIONES..... | 38 |
| III.1. Académica. | 38 |
| III.2. Epidemiológica..... | 38 |
| III.3. Social | 38 |
| IV. HIPÓTESIS | 40 |
| IV.1. Hipótesis alterna | 40 |
| IV.2. Hipótesis nula | 40 |
| V. OBJETIVOS..... | 41 |
| V.1. Objetivo General..... | 41 |
| V.2. Objetivos Específicos. | 41 |
| VI. MÉTODO | 42 |
| VI.1. Tipo de estudio | 42 |
| VI.2. Diseño del estudio | 42 |
| VI.3. Operacionalización de variables | 43 |
| VI.4. Universo de Trabajo | 44 |
| VI.4.1. Criterios de inclusión | 44 |

| | |
|---|----|
| VI.4.2. Criterios de exclusión | 45 |
| VI.4.3. Criterios de eliminación | 45 |
| VI.5. Instrumentos de investigación | 45 |
| VI.5.1. Descripción..... | 45 |
| VI.5.2. Validación | 46 |
| VI.5.3. Aplicación | 47 |
| VI.6. Desarrollo del proyecto | 47 |
| VI.7. Límite de tiempo y espacio. | 48 |
| VI.8 Diseño Estadístico | 48 |
| VII. ORGANIZACIÓN | 49 |
| VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS | 50 |
| IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 51 |
| X. CUADROS Y GRÁFICAS | 55 |
| XI. CONCLUSIONES | 70 |
| XII. RECOMENDACIONES | 72 |
| XIII. BIBLIOGRAFÍA | 73 |
| XIV. ANEXOS..... | 77 |
| XIV. 1. Escala de Desesperanza de Beck..... | 77 |
| XIV.2. Escala de Resiliencia | 80 |
| XIV.3. Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018..... | 86 |
| XIV.4. Carta de Consentimiento Informado..... | 88 |
| XIV.4.1. Carta de Consentimiento Informado. | 89 |
| XIV.4.2. Carta de Asentimiento Informado..... | 90 |

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

I.1. Generalidades de embarazo en adolescentes y resiliencia

Una de las grandes preocupaciones del Estado de México es el embarazo en adolescentes, debido al trastorno psicológico, emocional, social y económico que afectan el desarrollo personal de la embarazada adolescente, a su pareja y al niño por nacer (1).

Está comprobado científicamente que el embarazo en adolescentes, afecta su vida sexual, las percepciones que tienen del mundo y la manera de afrontarlo como un proyecto no organizado pero que hay que sacarlo adelante; en el embarazo la mujer está rodeada de riesgos que pueden presentarse en abortos o trastornos psicosomáticos en la madre en gestación.

Naturalmente el problema sobre adolescentes gestantes involucra los aspectos afectivos, psicológicos, sociales de la adolescente consigo misma, con su familia y el entorno sociocultural (2).

La autoimagen, la autonomía y el cuidado de sí misma entran en conflicto al tratarse de una gestante adolescente, debido a que ella no está preparada para asumir las consecuencias desde el punto de vista económico, social, afectivo y cultural del embarazo. Todo esto llega a repercutir debido a que se ve afectado el sistema de representación de la adolescente, su proyecto de vida, la profilaxis, poniendo en riesgo con ello su salud reproductiva y el manejo del embarazo (3).

Para algunas adolescentes su embarazo se convierte en una desesperanza, por los diversos obstáculos con los que tiene que lidiar para salir adelante, puesto que desde todo punto de vista se le reducen los espacios para vivir mejor, concluir sus estudios y lo más valioso cumplir con sus sueños y sus ilusiones.

I.2. Resiliencia en adolescentes

La resiliencia es la capacidad que tienen los seres humanos que a pesar de crecer y vivir en medios adversos o de alto riesgo, alcanzan competencia y salud, se desarrollan psicológicamente sanos y siguen proyectándose a futuro. Además, es un proceso de desarrollo saludable y dinámico de los seres humanos, en el cual la personalidad y la influencia del ambiente interactúan recíprocamente (4).

La resiliencia es la habilidad de recomposición y mantenimiento de los mecanismos de adaptación frente a la adversidad, recurriendo a todas las posibilidades para lograr el equilibrio entre factores protectores y de riesgo, al mismo tiempo pone en evidencia fortalezas y aspectos positivos que posibilitan un desarrollo más saludable (4).

Froma Walsh (2011), dice que es muy importante que las personas lleguen a:

- Reconocer los problemas y las limitaciones que hay que enfrentar.
- Comunicar abierta y de forma clara los problemas.
- Registrar los recursos personales y colectivos existentes.
- Organizar y reorganizar las estrategias las veces que sea necesario, evaluando los logros y pérdidas.

De acuerdo a Walsh (2011), es necesario que en las relaciones se produzcan las siguientes prácticas:

- Actitudes demostrativas de apoyos emocionales.
- Conversaciones en las que se comparta la lógica.

La resiliencia es un concepto de la física adaptado a las ciencias sociales. “La resiliencia como concepto, es un término que proviene de la física y se refiere a la capacidad de un material para recobrar su forma después de haber estado sometido a altas presiones” (4).

Los hallazgos de Rutter en 1990 han descubierto el desarrollo y funcionamiento del cerebro a partir de las bases biológicas del fenómeno de la resiliencia, así como su contribución con los procesos de desarrollo psicofisiológico. Debe tenerse por entendido que la resiliencia no es algo que se adquiera o no se adquiera, sino que conlleva a conductas que cualquier persona puede desarrollar y aprender.

Se describe que las disciplinas más antiguas desde las que ha evolucionado este concepto y en las que comienza su aplicación fueron en las ciencias físicas, matemáticas, psicología y psiquiatría en la década de 1940 (6).

El término “Resiliencia”, viene del latín “Resilire” o “Resilio” que quieren decir “rebotar” o “saltar atrás”, y hasta el día de hoy ha sido aplicado en múltiples áreas. La diversidad de sus apreciaciones y aplicaciones, tanto en personas, objetos individuales y en sistemas adaptativos, ha servido para dar riqueza a su definición y aplicación, sin embargo, es esta variedad de definiciones la que también ha llevado a cierta confusión en su aplicación con ambigüedad en sus conceptualizaciones, a pesar de que cada día es más extensa la cantidad de literatura disponible referente al tema.

A mediados del siglo pasado, las ciencias humanas comenzaron a utilizar el término para referirse a las pautas que permiten a las personas sobreponerse a las situaciones adversas y sacar provecho de ellas. Hay que tener por bien sabido que la resiliencia no solo nos sirve para poder resolver problemas y vivir bien, tiene aún un significado más amplio con una perspectiva diferente de la vida.

En psicología y psiquiatría los estudios iniciales en resiliencia estaban orientados a evaluar el efecto de variados estresores traumáticos en niños por ejemplo divorcio, negligencia, abusos, entre otros. Manyena (2006), señala que a partir de estos estudios es que conceptos como “invulnerabilidad”, “resistencia al estrés” y

“resiliencia” emergen para ser considerado como el más discutido, éste último, resiliencia.

Estos estudios realizados en niños, como personas individuales, mostraron que la resiliencia en sus distintos grados estaba relacionada a factores de riesgo o factores de protección, y que la respuesta no estaba condicionada de forma estricta al individuo, si no que existían factores externos más complejos, por ejemplo, los ambientales. Esta respuesta abrió la posibilidad de que la resiliencia en individuos y/o en una sociedad, que eran sometidos a distintos tipos de estrés, podía ser manejada o potenciada con influencias externas, afirmación que ha llegado a aplicarse incluso en estrategias desde el punto de vista político.

En el área de la física, autores como Bodin y Wiman (2004), utilizan la resiliencia como propiedad de cuerpos y sistemas inertes que poseen la habilidad de retornar a un equilibrio luego de un desplazamiento, o almacenar energía y mantenerse elásticos sin sufrir ruptura o deformidad, dentro de otros (7).

El concepto de resiliencia es así uno de aquellos que se incorporan en los análisis de estabilidad o modelos matemáticos que son aplicados en diseños de infraestructuras como puentes, comunicaciones electrónicas, sistemas de energía, etc. Sin embargo, sigue siendo la estabilidad el concepto por excelencia aplicado en la tecnología, no resiliencia. Luego de utilizar el concepto, de forma más relevante en estas dos grandes áreas, es que comienza la transferencia a otros dominios como son las áreas sociales (8).

Se deben impulsar acciones para favorecer a la inclusión social de la resiliencia, para que se aproveche la vitalidad, la capacidad y la energía para participar activamente en el presente y construir con el apoyo un proyecto de vida, se tiene que considerar acciones y características que promuevan la resiliencia y que este tema debiese ser prioritario no solo para los profesionales de la salud sino para todas aquellas personas que estén en contacto directo con niños y adolescentes (8).

I.2.1. Instrumentos para medir resiliencia en adolescentes

Ahora bien, uno de las grandes dificultades que enfrentan los investigadores a la hora de evaluar el constructo de resiliencia, especialmente en el idioma español, es la ausencia de instrumentos válidos y confiables. Pero en los últimos 15 años se han venido desarrollando investigaciones enfocadas al diseño, adaptación y validación de diferentes instrumentos de medición de resiliencia desde la infancia hasta la etapa adulta. A continuación, se hace una breve descripción de los principales instrumentos más utilizados en investigación en adolescencia (8,9).

Le Baruth Protective Factors Inventory (BPF1), cuenta con 16 ítems en una escala tipo likert, con cuatro dimensiones: personalidad adaptable, soportes ambientales, pequeños estresores y compensar experiencias. Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), tiene 25 ítems en una escala tipo likert, donde puntajes más altos indican mayor resiliencia, ha sido utilizado en población general y ámbito clínico, actualmente se cuenta con una versión española de esta escala (Connor & Davidson, 2003). Le Adolescent Resilience Scale (ARS) comprende 21 ítems en una escala tipo likert que puntúa de 1-5 y cuenta con tres dimensiones: busca de novedad, regulación emocional y orientación positiva hacia el futuro (Oshio, Kaneko, Nagamine, & Nakaya, 2003). Brief-Resilient Coping Scale (BRCS) cuenta con 4 ítems en una escala tipo likert que va de 1 a 5 y está diseñada para medir tendencias de afrontamiento al estrés y la manera más adaptativa de afrontarlo (Sinclair & Wallston, 2004). Le Resilience Scale (RS), formada por 25 ítems con escala tipo likert que va de 1 a 7, está compuesta por dos dimensiones: competencia personal y de aceptación de sí mismo y de su vida, de esta escala existe una versión en español, validada en Estados Unidos con población mexicana (7).

I.2.2. Investigaciones sobre resiliencia en adolescentes

De acuerdo con lo anterior, a la par que se han adaptado y validado instrumentos sobre resiliencia se han venido desarrollando estudios sobre el tema en adolescentes. La mayoría de ellos se centran en la relación calidad - salud (CVRS)

y el lugar de la resiliencia como posible protector de las consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas de las enfermedades (7).

La mayoría de los estudios plantean que las emociones negativas son factores de riesgo para la calidad de vida en general y, sobre todo, que están asociadas a muy bajos puntajes en dominios físicos y psicosociales. Por otro lado, el dolor fue evaluado como un estresor muy significativo que impedía ir al colegio y que afectaba las actividades sociales y recreativas tanto fuera como dentro del hogar (7).

Se encontró además que las emociones negativas estaban asociadas con bajos niveles de adherencia al tratamiento médico, que en las enfermedades crónicas es esencial para el mantenimiento de la salud en el paciente. Además, se vio el rol importante que desarrolla la familia de origen del paciente en una época del ciclo vital muy sensible a los conflictos y a la búsqueda de identidad (10).

Finalmente, estos estudios indican que la resiliencia como factor protector no alcanza a tener impacto en la salud de una forma significativa para lograr moderar los efectos del estrés sobre la calidad de vida y que la protección que proporciona es más de tipo cualitativo que cuantitativo (10).

Fergusson & Lynskey (1996), constataron que aquellos niños y niñas que eran más pobres en la población, tenían alta probabilidad de llegar a ser adolescentes con problemas múltiples en comparación con niños de clases sociales más elevadas. Además, los autores dan cuenta de una serie de factores que actúan en calidad de protectores y, por tanto, pueden proteger o mitigar los efectos de la privación temprana, promoviendo a su vez los comportamientos resilientes en niños que viven en ambientes considerados de alto riesgo (11).

Entre estos factores se encuentran: inteligencia y habilidad de resolución de problemas. Se ha observado que los adolescentes resilientes presentan una mayor inteligencia y habilidad de resolución de problemas que los no resilientes. Según los

autores, esto significa que una condición necesaria, aunque no suficiente para la resiliencia es poseer una capacidad intelectual igual o superior al promedio.

Además, los autores señalan que aquellos que en la actualidad presentaban características resilientes habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante su infancia. Al respecto, investigaciones que se desarrollaron con niñas que se criaron en orfanatos, encontraron que aquellas que tenían una buena capacidad para elegir pareja y planificar el matrimonio, tuvieron una menor tasa de embarazo adolescente.

Los mismos autores mostraron además que hay algunos factores que distinguen entre un adolescente que se comporta en forma resiliente de aquel que no lo hace. Así, indican que, en la etapa de la adolescencia, la diferencia entre ambos radica en que aquellos que a la edad de los ocho años han estado menos expuestos a la adversidad familiar, tenían mejor rendimiento escolar, mostraban menor cantidad de relaciones con pares que hubiesen realizado actos delictivos y, según las entrevistas, con menor frecuencia a los 16 años de edad buscaban participar en actos novedosos que pudieran implicar algún tipo de riesgo.

Así mismo, le daban gran importancia a la protección contra la adversidad familiar. Por último, un estudio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, realizado en 1998 por el Centro Nacional de Consultoría en todo el país, con 1.200 niños de todas las zonas geográficas, investigó los factores que favorecen una respuesta sana y adaptativa frente a los factores adversos de la pobreza. El resultado fue sorprendente: en un 80% de los casos esos factores brindaban una protección alta entre los encuestados.

El estudio investigó, dentro del conjunto de los factores protectores, la resiliencia (Amar, Kotliarenko, & Abello, 2003). De acuerdo con los anteriores estudios y las revisiones desarrolladas por Kotliarenko, Cáceres, & Fontecilla (1997) entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños resilientes se encuentran:

una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas o quien el niño haya desarrollado un vínculo afectivo; ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo: flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes (11).

La resiliencia ofrece alternativas a todos los profesionales, pero todavía no es un concepto homogéneo. La resiliencia es un cambio de paradigma: privilegia el enfoque en las fortalezas, no en el déficit o problema. Involucra a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución con el conjunto de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo.

Por último, las distintas dimensiones que encontramos en los instrumentos actualmente validados para medir la resiliencia tienen diferencias significativas, lo que hace que este constructo sea más difícil de definir operacionalmente. Es imperante continuar desarrollando estudios de resiliencia en la adolescencia con poblaciones marginales y no marginales, así como seguir en la construcción, diseño y validación psicométrica de instrumentos de medición, ya que son pocos hasta el momento.

Es también importante que se desarrolle más investigación para tratar de analizar el peso del constructo resiliencia sobre la salud general o la CVRS. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, sería importante evaluar cuál de sus diferentes

componentes tanto de tipo cognitivo como emocional están más asociados con la resiliencia y cuál es el tipo de asociación.

I.2.3. La evolución de las definiciones sobre resiliencia

El enfoque de la resiliencia surge a partir de los esfuerzos por entender las causas de la Psicopatología; estos estudios demostraron que existía un grupo de infantes que no desarrollaban problemas psicológicos a pesar de las predicciones de los investigadores e investigadoras (Masten, 2001; Grotberg, 1999). El primer paso fue asumir que estos niños y niñas se adaptaban positivamente debido a que eran “invulnerables” (Koupernik, en Rutter, 1991); es decir, podían “resistir” la adversidad.

El segundo paso fue proponer el concepto de resiliencia en vez de “invulnerabilidad”, debido a que la resiliencia puede ser promovida, mientras que la invulnerabilidad es considerada un rasgo intrínseco del individuo (Rutter, 1991). Para Infante (2005), la resiliencia intenta entender cómo los niños y niñas, los sujetos adolescentes y las personas adultas son capaces de sobrevivir y superar adversidades a pesar de vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, o a pesar de las consecuencias de una catástrofe natural (12).

En el área de intervención psicosocial, la resiliencia intenta promover procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar riesgos y a tener una mejor calidad de vida. Las definiciones que sobre resiliencia se han construido se clasifican en cuatro:

- 1- Aquellas que relacionan el fenómeno con el componente de adaptabilidad.
- 2- Las que incluyen el concepto de capacidad o habilidad.
- 3- Las que enfatizan en la conjunción de factores internos y externos.
- 4- Las que definen resiliencia como adaptación y también como proceso.

Para la primera clasificación, se han incluido a los siguientes autores y autoras con sus conceptualizaciones: La resiliencia se considera una historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo;

además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad frente a futuros estresores. Igualmente se define como una adaptación efectiva ante eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (12).

Autores más recientes de esta segunda generación son Luthar y Cushing (1999), Masten (2001), Kaplan (1999) y Bernard (1999), quienes entienden la resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que le permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad (12).

La gran mayoría de los investigadores e investigadoras de esta generación podrían adscribirse al modelo ecológico-transaccional. La perspectiva que guía este modelo de la resiliencia es que el individuo está inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí, ejerciendo una influencia directa en su desarrollo humano. Los niveles que conforman el marco ecológico son: el individual, el familiar, y el comunitario vinculado a los servicios sociales.

La psicopatología evolutiva es un paradigma dominante en la conceptualización de los trastornos mentales, cuyo objetivo es integrar el conocimiento de las vicisitudes del desarrollo normal y patológico y de los factores y procesos que lo influyen, a través de una perspectiva temporal. Desde este paradigma, la resiliencia se define como un proceso dinámico, pero de carácter evolutivo que implica una adaptación del individuo mejor que la que cabría esperar, dadas las circunstancias adversas.

Aunque la hipótesis que plantea que la resiliencia es una realidad humana que ha existido siempre, y durante mucho tiempo se ha alimentado de casos excepcionales como el de la vida de Ana Frank, existe suficiente evidencia para relacionarla también con situaciones de la vida diaria (13).

Aparte de situaciones extremas que visibilizan la resiliencia, hay también comportamientos resilientes presentes en la gran mayoría de las personas, menos

visibles y menos documentados; para Vanistendael (2003), las personas que deben enfrentarse a situaciones difíciles pueden superarlas sin intervención profesional, y la mayoría de ellas no son superdotadas ni excepcionales.

Una de las situaciones difíciles de enfrentar es la farmacodependencia, y en Colombia, Puerta (2006) aplicó una experiencia de activación de la resiliencia en familias codependientes, en la que definió las familias codependientes como aquellas que se caracterizan por mantener relaciones de codependencia que implican un sistema habitual de pensar, sentir y comportarse en relación consigo mismo y con los demás, que genera conflicto y dolor (12).

El objetivo de la experiencia fue entrenar a los miembros de las familias en el empleo de principios de interacción emocional y mediación cognitiva, para activar la resiliencia que los llevara al fortalecimiento de vínculos afectivos sanos.

Esta experiencia demostró la utilidad de la aplicación de la resiliencia para apoyar la solución de problemáticas como la farmacodependencia, que generan malestar y afectaciones desfavorables en la calidad de vida. Vale la pena tener en cuenta al aplicar la resiliencia en la solución de problemas sociales, que ella es un fenómeno humano y una experiencia de vida difícilmente replicable, que acontece en un momento y contexto específico, y por tanto no se puede generalizar, en otros contextos, los resultados de una experiencia, dadas las particularidades de cada caso.

Así mismo, cada cultura desarrolla sus propias estrategias para enfrentar los problemas y la visión que tiene de ellos; considerando así, que no siempre una misma situación desencadena fatalmente un resultado negativo, sin desconocer que una condición difícil aumenta el riesgo de que surja un problema determinado. Esta lógica de la resiliencia es vital para la esperanza realista que puede suscitar, en tanto conlleva consecuencias constructivas, como resultado de una mirada esperanzadora en medio de un acontecimiento doloroso.

Lo anterior tiene implicaciones prácticas para los programas que promueven la resiliencia, basados en el reconocimiento de los entornos: familia, comunidad, Estado, en interacción continua con el individuo, que a su vez se visiona como alguien competente socialmente, con capacidad para resolver problemas y orientado hacia un futuro mejor y prometedor.

Partiendo de una revisión de la literatura científica, los investigadores e investigadoras concretan tres grupos de factores que ayudan a la promoción de la resiliencia, especialmente en las primeras etapas del desarrollo: la atención y el cuidado al sujeto infante, grandes expectativas para ellos, y el fomentar su participación activa en la vida familiar, del colegio y de la comunidad (12).

I.2.4. Pilares de la resiliencia

Los pilares de la resiliencia como los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Así se describieron los siguientes:

- **Autoestima consistente.** Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.
- **Introspección.** Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De allí la posibilidad de cooptación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes con el fin de obtener ese reconocimiento.
- **Independencia.** Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.

- **Capacidad de relacionarse.** Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
- **Una autoestima baja o exageradamente alta** produce aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.
- **Iniciativa.** El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- **Humor.** Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos, aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.
- **Creatividad.** La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.
- **Moralidad.** Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.
- **Capacidad de pensamiento crítico.** Es un pilar de segundo grado, fruto de la combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto.

Las fuentes interactivas de la resiliencia: de acuerdo con Edith Grotberg (1997), para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes: “Yo tengo” en mi entorno social. “Yo soy” y “yo estoy”, hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales. “Yo puedo”, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros; “Tengo” personas

alrededor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente. Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros (14).

La definición de Luthar y otros 2000, distinguen tres componentes esenciales en la resiliencia:

1. La noción de adversidad, trauma, riesgo, o amenaza al desarrollo humano
2. La adaptación positiva o superación de la adversidad
3. El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano (4).

Adversidad

Puede ser definida objetivamente a través de instrumentos de medición, o subjetivamente, a través de la percepción de cada individuo. En los estudios empíricos se pueden identificar tres formas de medir la adversidad o el riesgo:

- A) Medición de riesgo a través de múltiples factores, generalmente se caracteriza porque mide diferentes factores de riesgo a través de un instrumento.
- B) Situaciones de vida específica, aquí la naturaleza del riesgo está determinada por aquello que la sociedad, los individuos o los investigadores han considerado una situación de vida estresante.
- C) Constelación de múltiples riesgos, se realiza a través de un mapeo de fuentes de adversidad a las cuales se les asigna un puntaje determinado.

Adaptación positiva

Permite identificar si ha habido o no un proceso de resiliencia. La adaptación puede ser considerada positiva cuando el individuo ha alcanzado expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo, o cuando no ha habido signos de desajuste. Si la adaptación positiva ocurre a pesar de la exposición a la adversidad, se considera una adaptación resiliente. La adaptación positiva también puede estar determinada

por el desarrollo de algún aspecto del individuo o por la ausencia de conductas disruptivas.

La medición de la adaptación positiva es similar a la medición de la adversidad, pero cambia la forma en que se opera el constructo.

- A) Adaptación según factores múltiples, mide la adaptación sobre la base de metas de acuerdo con el desarrollo del individuo. Lo múltiple radica en que se pregunta a profesores, padres, amigos.
- B) Ausencia de desajuste, se utiliza en sujetos con riesgo de psicopatología y generalmente se utilizan cuestionarios clínicos para identificar desórdenes psiquiátricos. El énfasis está en superar la adversidad y en la ausencia de psicopatología.
- C) Constelación de adaptación, está basada en diferentes conductas o tipos de adaptación. Generalmente tiene relación con las teorías del desarrollo e incorpora puntajes de pruebas y escalas además de opiniones de otras gentes. Una adaptación positiva en la escuela puede medirse a través de las calificaciones y la disciplina en clase.

Proceso

El concepto de proceso se refiere a la interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y factores resilientes, los cuales pueden ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, biográficos, socioeconómicos, sociales y/o culturales.

La medición del proceso se refiere a la unión crítica entre adversidad y adaptación positiva. Se mide de dos formas, una centrándose en las variables específicas que conforman el proceso y otra centrándose en el individuo y su historia a lo largo de su desarrollo humano.

- A) Modelo basado en variables, se basa en un análisis estadístico de las conexiones entre variables de riesgo o adversidad, resultados esperados y

factores protectores que pueden compensar o proteger factores de riesgo.

- B) Modelo basado en individuos, esta forma de medición compara individuos a lo largo del tiempo. Se pregunta qué diferencia existe entre niños resilientes y los niños no resilientes, por ejemplo, a lo largo de la trayectoria escolar. Al conocer los procesos que ocurren de forma natural es posible reproducir el proceso en forma artificial para promover resiliencia.

El análisis de las adversidades

El enfoque de la resiliencia considera que no obstante las adversidades sufridas por una persona, familia o comunidad estas tienen potenciales capacidades para desarrollarse y alcanzar niveles aceptables de salud y bienestar. Para Ravazzolla (2008), las adversidades más frecuentes e importantes son las que implican carencias, abusos, sobreprotección, descalificación, negligencia e ineficiencia parental y de quienes lideran grupos sociales.

Pero también reconoce a aquellas experiencias que exponen al individuo a las adversidades sociales sin apoyo como son la oferta masiva de consumismo, la exposición y pertenencia a culturas de evasión y transgresión, la disminución de oportunidades de participación activa y positiva, la falta de gratificaciones, la disminución de la confianza en resultados justos, las experiencias de pobreza y marginación, de descalificación por ser diferente, de desocupación, de retención, de reclusión, de pérdida de la inserción escolar, la carencia de redes de apoyo, de aprendizaje de destrezas y de formas de lograr autonomía.

Así mismo, considera adversidades, la falta de proyectos, de reconocimiento social, de canales para comunicar los factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente 34 necesidades, de oportunidades para desarrollar talentos alternativos, de valorización de los aportes al entorno, las experiencias de estigmatización, de invisibilidad y de exclusión social (14).

Desde el enfoque de Ravazzola (2008), hay personas más resilientes y otras menos resilientes. La autora hace un análisis de la resiliencia a partir de su práctica profesional con problemas de violencia familiar, maltrato infantil y abusos sexuales, en los que observa que a pesar de las descripciones sobre las consecuencias de las experiencias que algunas personas sufren, tanto en la bibliografía, como en la experiencia profesional y de algunas colegas, existían descripciones de personas que no desarrollaban los síntomas y daños aportados por las teorías de la conducta humana.

Es decir, que a pesar de esas experiencias adversas las personas crecían normalmente. Considera que la respuesta a esta normalidad está en la resiliencia. La resiliencia para Ravazzola (2008), es entendida desde el concepto de la física como: “la resiliencia (de resilio: volver al estado original, recuperar la forma originaria) se refiere a la capacidad de los materiales de volver a su forma cuando son forzados a deformarse”.

En ciencias sociales retoma el concepto de resiliencia para describir fenómenos observados en personas que, a pesar de vivir en condiciones de adversidad, son de todas maneras capaces de desarrollar conductas que les permiten una buena calidad de vida.

Se considera que la resiliencia tal vez por ser un concepto que proviene de las ciencias duras, ha tenido la posibilidad de generar entusiasmo por el inexplorable fenómeno humano de los recursos y de las competencias y de un modo más consistente que el de otros intentos teóricos parecidos como; salud mental síndromes adaptativos, fuerzas del yo etc. Sostiene que las conversaciones que se están gestando a partir del uso de la metáfora de la resiliencia permiten sostener una mirada en los factores de protección y no tanto en los de riesgo y sobre la posibilidad de identificar factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente 35 recursos usados por individuos y comunidades para mejorar sus condiciones de vida, aún en circunstancias terribles (14).

Ravazzola (2008), reconoce que los estudiosos de la resiliencia han considerado y definido algunas condiciones que refuerzan la vulnerabilidad de las personas, tales como creencias, actitudes y aptitudes. Pero hace énfasis en que su idea no es definir individuos, familias o redes sociales resilientes, como si se tratara de una “esencia” que unos tienen y otros no, sino la de reforzar las cualidades que están potencialmente presentes en los paradójicos individuos sociales. Retoma a Froma Walsh (2011), quien dice que en las relaciones es muy importante que las personas lleguen a:

- Reconocer los problemas y las limitaciones que hay que enfrentar
- Comunicar abierta y claramente acerca de ellos
- Registrar los recursos personales y colectivos existentes
- Organizar y reorganizar las estrategias y metodologías tantas veces como sea necesario, revisando y evaluando los logros y pérdidas.

De acuerdo a Walsh (2011), para esto es necesario que, en las relaciones, se produzcan las siguientes prácticas:

- Actitudes demostrativas de apoyos emocionales
- Conversaciones en las que se compartan lógicas
- Conversaciones en las que se construyan significados compartidos acerca de los acontecimientos perjudiciales, con coherencia narrativa y con sentido dignificador para sus protagonistas (14).

La autora plantea como los rasgos que en un momento se consideraron individuales luego son observados en grupos familiares capaces de superar problemas graves. Enumera los rasgos de humor, la capacidad de fantasear, la capacidad de desculpar, la capacidad de comunicarse abiertamente, de expresar emociones, de Factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente 36 usar códigos comprensibles para otros, de expresar en conjunto sensaciones de complicidad y

pertenencia, con vivencias importantes de inclusión y exclusión y la flexibilidad en las relaciones.

Por su parte Melillo, Estamatti y Cuestas (2008) reconocen los atributos que con frecuencia aparecen en los niños y adolescentes considerados resilientes y que para ellos son considerados como pilares de la resiliencia: a) Introspección b) Independencia c) Capacidad de relacionarse d) Iniciativa e) Humor f) Creatividad g) Moralidad h) Autoestima consistente De acuerdo con Edith Grotberg (1997) para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformados los niños toman factores de resiliencia de cuatro fuentes: yo tengo (el apoyo), yo soy y yo estoy, (el desarrollo de la fortaleza intra psíquica) y yo puedo (la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos). Se plantea que la resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad (14).

DESESPERANZA

En los últimos años, numerosas investigaciones han mostrado que la forma en que "interpretamos" los sucesos negativos influye en la aparición de problemas emocionales, tales como la ansiedad y la depresión. La desesperanza es un estilo atribucional que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos. En este sentido, la desesperanza se ha considerado un importante factor de vulnerabilidad para cierto tipo de depresión y para el pensamiento de suicidio (15, 17).

El estilo atribucional propio de la desesperanza se caracteriza por una tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de causas internas, estables y globales, así como a presentir consecuencias negativas y concluir que, si dichos sucesos negativos han tenido lugar, eso significa que algo falla en uno mismo. Esto es, las personas con este estilo hacen una interpretación "fatalista" de los problemas que les ocurren, pensando que "*no tienen solución*", que "*no hay nada que puedan hacer*

para mejorar la situación" y que las consecuencias *"son inevitables, permanentes y que afectarán a todos los ámbitos de la vida"*. Además, se *"echan la culpa"* de lo que les sucede y piensan que les *"seguirá pasando en el futuro"*.

La Teoría de la Desesperanza de la Depresión propone que el estilo atribucional descrito actúa como factor de vulnerabilidad al interactuar con acontecimientos estresantes. De esta manera, cuando un adolescente experimenta circunstancias vitales adversas, tales como un suspenso o un rechazo por parte del grupo, interpretará causas y consecuencias muy negativas para dichas circunstancias, poniéndose en riesgo de desarrollar depresión. Además, el modelo establece que el riesgo es sobre todo para un tipo de depresión denominada *Depresión por Desesperanza*, que incluye síntomas tales como baja autoestima, falta de energía, tristeza, etc.

Este modelo de la desesperanza permite explicar el aumento de prevalencia de depresión en la adolescencia, ya que algunas de las características claves de esta teoría, tales como la vulnerabilidad cognitiva y los sucesos estresantes, experimentan un considerable aumento en esta etapa evolutiva.

De acuerdo con Hankin y Abramson (2001), proponen que el estilo atribucional de la desesperanza podría ser útil para entender el hecho de que las mujeres muestren un mayor número de síntomas depresivos que los hombres, ya que las mujeres tienden a mostrar en mayor medida dicho estilo cognitivo y, por tanto, serían más vulnerables ante ciertas circunstancias estresantes.

La teoría de la Desesperanza de la Depresión ha generado muchas investigaciones a nivel internacional, con resultados muy variados. Algunas de las limitaciones que han obstaculizado estos estudios se refieren a la necesidad de contar con instrumentos de medida adecuados para evaluar el estilo cognitivo de desesperanza. En el estudio publicado en *Ansiedad y Estrés*, en el que han participado casi 1.000 adolescentes, se ha adaptado con buenas propiedades psicométricas un test para evaluar el estilo atribucional (*Cuestionario de Estilo*

Atribucional para Adolescentes). Los resultados muestran que la desesperanza y los acontecimientos estresantes se asocian significativamente a la depresión y que las chicas muestran más síntomas de depresión, particularmente aquellos más consistentes con el modelo de la desesperanza

Además, el estudio sugiere que la vulnerabilidad cognitiva al estrés se da particularmente entre las chicas. Por un lado, las chicas muestran una mayor tendencia al estilo atribucional de desesperanza, ya que atribuyen en mayor medida los acontecimientos negativos a causas globales; y perciben un mayor número de consecuencias negativas para sí mismas y el futuro. Por otro lado, si bien el estilo de desesperanza se asocia a más síntomas de depresión tanto en chicos como en chicas, es solamente en estas últimas en quienes actúa como factor de vulnerabilidad, haciendo que el impacto de los estresores en los síntomas depresivos sea mayor entre las chicas caracterizadas por este estilo cognitivo.

Los resultados de esta investigación contribuyen a conocer mejor la etiología de la depresión, especialmente el trastorno del estado del ánimo vinculado a la desesperanza, así como las diferencias de género en la prevalencia de esta patología. Las conclusiones a las que se llega tienen aplicación en la práctica clínica, tanto en el ámbito de la prevención como del tratamiento. En concreto, las estrategias de reestructuración cognitiva dirigidas a modificar los estilos atribucionales negativos que los adolescentes aplican cuando se enfrentan a acontecimientos estresantes pueden ser de gran valor en este contexto.

El modelo de la desesperanza, como otras teorías de vulnerabilidad al estrés, nos lleva a reflexionar sobre el papel de nuestros pensamientos como elemento que matiza el impacto de los acontecimientos negativos en nuestro bienestar emocional, y sobre la necesidad de educar y fomentar el desarrollo de estilos cognitivos saludables entre los adolescentes (15).

I.3. Adolescencia.

La *adolescencia* es un concepto configurado por científicos sociales de la época moderna en los siglos XVII, XVIII y XIX a partir del término latino *adoleceré*, que significa *tránsito* de la niñez hacia la adultez. La noción ha venido cambiando en concomitancia con las grandes transformaciones sociales, lo que ha hecho difícil su delimitación y definición para planear intervenciones (16).

La adolescencia definida como transición entre la infancia y la edad adulta es un período crítico. Muchos autores delimitan esta etapa de una forma imprecisa, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años.

La adolescencia tiene una importancia crítica en el desarrollo de los individuos y de las sociedades. No sólo es una etapa formativa que prepara a los jóvenes para la vida, también representa un sector de población determinante en el escenario demográfico del país (casi el 10% de la población), un potencial para el cambio social y una apuesta para el futuro de México en términos de su desarrollo y de la agenda política pública (17).

Los cambios puberales que ocurren en este período, inducen el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados que generan ansiedad, disgustos y rechazo por parte de los adultos, temor, culpa o vergüenza en los jóvenes, llevándolos a ocultar su sentir, lo que dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada, favoreciendo a una actitud sexual temprana, embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual y de cáncer cervicouterino.

En esta etapa aún no han terminado de elaborarse los cambios, las transformaciones del cuerpo y los cambios psicológicos por lo que pueden surgir sentimientos de minusvalía, inseguridad, continuos desajustes emocionales (18).

En el transcurso de este proceso de transformación, que no resulta fácil, el adolescente suele presentar algunas manifestaciones preocupantes como: su

aspecto físico, falta de interés por la limpieza y el orden, desafío a la autoridad, bajo rendimiento escolar, abandono de la escuela, hasta conductas que lo ponen en franca situación de riesgo, como consumo abusivo de alcohol y/o drogas, conducir sin licencia, trastornos alimentarios, actos delictivos e intentos de suicidio.

El adolescente se siente extraño. Los juegos y las cosas que antes le interesaban ya no ocupan su pensamiento. Apropiarse de su cuerpo y su sexualidad le lleva un tiempo, no es un proceso que se realice de un día para otro.

Susana Quiroga (1999), profesora de Adolescencia de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, divide la adolescencia en tres momentos: adolescencia temprana (entre 13 y 15 años), en la que se suelen intensificar las conductas rebeldes y el mal desempeño escolar; adolescencia media (entre 15 y 18 años), donde ubica los primeros noviazgos y la formación de grupos de pares; y la adolescencia tardía (entre 18 y 28 años), que es el tiempo de resolución de las problemáticas que conducirán al adolescente hacia la adultez (19).

Para Piaget (1985), la tarea fundamental de la adolescencia es lograr la inserción en el mundo de los adultos. Para lograr este objetivo las estructuras mentales se transforman y el pensamiento adquiere nuevas características en relación al del niño: comienza a sentirse un igual ante los adultos y los juzga en este plano de igualdad y entera reciprocidad. Piensa en el futuro, muchas de sus actividades actuales apuntan a un proyecto ulterior. Quiere cambiar el mundo en el que comienza a insertarse. Tiende a compartir sus teorías filosóficas, políticas, sociales, estéticas, musicales, religiosas (20).

El término adolescente proviene del latín *Adolescentem* que quiere decir empiezo a crecer, edad en la cual todavía se crece entre la pubertad y la juventud. La adolescencia es una etapa del ciclo vital donde hay retos y obstáculos significativos para el adolescente que se ve enfrentado al desarrollo, en primera instancia, de su identidad y a la necesidad de conseguir la independencia de la familia manteniendo

al mismo tiempo la conexión y la pertenencia al grupo (21).

En segundo lugar, se da la transición de la infancia a la edad adulta que en este período abarca de los 11 a los 15 años aproximadamente y que se manifiesta con los cambios psicológicos respectivos, así como el desarrollo cognitivo a nivel de operaciones formales, caracterizado por la habilidad para pensar más allá de la realidad concreta y por la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones, en vez de objetos concretos únicamente. Es capaz ahora de entender plenamente y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y la crítica literaria, así como el uso de metáforas en la literatura. A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre filosofía, creencias, comportamientos sociales y valores, en las que son tratados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad (20).

Por otro lado, el adolescente se ve comprometido a cumplir roles sociales en relación con sus compañeros y miembros del género opuesto, al mismo tiempo que se ve enfrentado a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su futuro. Cada una de estas fases del desarrollo requiere de una capacidad para el afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas.

Cuando los adolescentes perciben que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento puede tener efectos negativos no sólo en su propia vida sino también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las relaciones entre los estilos de afrontamiento y otros factores como la clase social, el estrés previo, la edad, origen étnico o el género que directa o indirectamente enjunciaran y modularan su calidad de vida dependiendo de la forma como perciba las situaciones.

Los adolescentes en América Latina conforman un 30% de la población total. Actualmente el comportamiento adolescente constituye una preocupación de la

salud pública, por el número creciente de embarazos, por los matrimonios o uniones libres a temprana edad, por participar en la actividad laboral, por estar involucrados en la explotación sexual por razones de abandono familiar, por ser partícipes directos e indirectos de la violencia y el maltrato en todos sus niveles y por la adquisición de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/Sida, entre otros (22).

Es de suponer entonces, cómo hipótesis, que muchos de estos adolescentes, desde la más temprana infancia, se vieron enfrentados de alguna manera a situaciones no propias para su edad, con todos los retos y desafíos personales que esto podría haberles implicado y paralelamente con todos los riesgos para su salud física y mental. La investigación de estos fenómenos nos puede llevar a pensar en una variable que puede haber tenido algún tipo de significado o de valor en la vida de estos adolescentes aún desde que eran niños, es decir: “la resiliencia.”

La sexualidad adolescente, como la sexualidad en general, no es un hecho puramente biológico. La excitación sexual genital y la descarga son experiencias nuevas que se imprimen en el psiquismo y permiten resignificar experiencias anteriores, que, junto con las nuevas vivencias, van estableciendo la forma que adquirir la identidad sexual adulta. En el niño la masturbación es un proceso de descarga de tensión, y el placer, placer de órgano.

I.3.1. Embarazo en Adolescentes.

El término embarazo adolescente, inicialmente definido por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA), cuyo uso se ha difundido, determina que se trata de un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (23).

Sobre embarazo adolescente numerosas investigaciones han permitido conocer las circunstancias y factores determinantes; las complicaciones y consecuencias que puede desencadenar en la gestante, en el feto, en sus parejas y sus familias. Incluso investigadores desde la salud pública y las ciencias sociales han demostrado el impacto que el embarazo en la adolescencia genera en los procesos de desarrollo humano, económico y social, razón por la cual se ha convertido en prioridad para los gobiernos. Aún con más razón, para países como el nuestro donde, además de una débil y escasa oferta de servicios sociales y de educación que garanticen el desarrollo integral de los adolescentes e involucren tanto a mujeres como varones, se viven situaciones de riesgo como el desplazamiento forzado y el conflicto armado, circunstancias que han demostrado aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes.

Por todas estas razones, algunos científicos asignan al embarazo en esta edad nombres como síndrome del fracaso social o fracaso del Estado social de derecho (24).

La responsabilidad frente a esta situación problema corresponde a todos los sectores sociales del Estado; sin embargo, el rol del sector de la salud es determinante en su abordaje. En primera instancia, para la prevención es imprescindible su liderazgo en la formulación y puesta en marcha de políticas, programas, acciones y servicios orientados a la mitigación de los factores que concurren en su causalidad, y centrados en promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Del mismo modo, en la atención de las adolescentes que decidan continuar su embarazo se deben proporcionar respuestas oportunas y de calidad a sus necesidades de salud y a las del recién nacido (25).

La carencia afectiva y la falta de una adecuada educación de la voluntad, además de la influencia ambiental y la visión de la sexualidad sin compromiso, pueden conducir a la joven a una relación sexual inmadura, con el riesgo de un embarazo

inesperado. Muchas adolescentes llegan al embarazo, como una manera de llenar sus múltiples carencias. Ser requeridas sexualmente las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño, no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado.

Las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedar embarazadas son:

- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria.
- Familia disfuncional: la ausencia de los padres genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales con la finalidad de recibir afecto más que por un vínculo de amor.
- Bajo nivel educativo.
- Falta o distorsión de la información.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.
- La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos (26).

Sobre las consecuencias sociales, la literatura muestra, por ejemplo, que las mujeres que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la fuerza de trabajo y de casarse y permanecer casadas. En otro contexto, estudios fisiológicos y sociológicos muestran que, al menos en Estados Unidos, los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud durante su infancia y problemas de comportamiento, incluso uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante la adolescencia.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que hay en el mundo más de mil millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad; el embarazo en esta etapa representa poco más de 10 % de los nacimientos en el mundo. Para disminuir el número de embarazos durante la adolescencia, se debe proveer educación y acceso a los anticonceptivos, sin embargo, los adolescentes encuentran dificultades y barreras para acceder a los anticonceptivos y muestran desconfianza en cuanto a la confidencialidad. Estudios de casos y controles realizados en países como Sudáfrica y Reino Unido asocian el embarazo durante la adolescencia con la baja prevalencia del uso de anticonceptivos (27).

El embarazo adolescente es considerado actualmente un problema de Salud Pública ya que trae consigo elevado riesgo de complicaciones durante el parto, cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, a deserción escolar, a baja autoestima y a una pareja ausente o inestable (19). Se plantea que la mayoría de los embarazos en la adolescencia son ocultos por lo que su captación no es oportuna.

Los adolescentes son un sector de la población que tiene un riesgo reproductivo elevado, y si está asociado un embarazo, el riesgo es superior; pudiendo desarrollar la enfermedad hipertensiva, anemia, el bajo peso al nacer, parto pretérmino y una nutrición insuficiente; (28,29) sin contar las consecuencias socioculturales y psicológicas que conlleva ocasionando un elevado costo personal, educativo, familiar y social. Dada esta situación, la prevención de los embarazos en la adolescencia, debe ser vital.

El 80% de adolescentes embarazadas pertenece a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. Aunque el embarazo en las adolescentes tiende a disminuir con el tiempo, sigue siendo una preocupación desde el punto de vista médico y psicosocial. La reproducción del mismo esquema de una generación a otra plantea

el problema de la prevención (28).

En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido. Se ha reportado que más de 8.1% de las adolescentes de 12-15 años tuvieron dos o menos visitas a control prenatal, menos que el porcentaje de las embarazadas de 16-19 años y de las adultas. Además, en este grupo de adolescentes son más bajos el promedio de la edad gestacional, el peso al nacer y mayor frecuencia de cesáreas (30).

Otterblad y su grupo reportan que las adolescentes menores de 17 años de edad tienen mayor riesgo de parto pretérmino, muerte fetal tardía y mortalidad perinatal, pero este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características socioeconómicas. Básicamente, este efecto se debe a la pobreza económica, al bajo nivel de escolaridad, a la falta de recursos de atención de salud y al rechazo que la sociedad le brinda a esta población (31).

La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud. La permanencia escolar favorece el desarrollo personal y abre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad. Asistir a la escuela es uno de los factores protectores con mayor potencial para disminuir la fecundidad de los adolescentes (32). El abandono escolar o rezago educativo provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social.

La ciencia ha demostrado que cuando se está preparado para esperar un bebé es cuando mejor se le cuida, protege y entrega amor. Valdría la pena reflexionar acerca de si esta etapa de la vida es la indicada para ello. El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias de salud, psicológicas, sociales y económicas que afectan a la

mujer, su pareja y al futuro bebé.

Algunos autores plantean que la deserción escolar tiene un papel preponderante en las adolescentes gestantes; y si sumamos esto a la inmadurez propia de la edad, desde el punto de vista psicológico es más desfavorable para la vida futura de la madre y del niño, ya que después de este parto a la mayoría les resulta imposible proseguir con sus estudios, por lo que la problemática es más desalentadora.

Se ha planteado que las adolescentes con el rol de madres están obligadas a buscar ayuda de su pareja y/o de su familia, para incorporarse al trabajo o al estudio, por tener ahora ante sí la responsabilidad de atender a su hijo. Se han reportado cifras de un 87,1 % de amas de casa, con lo cual se demuestran las consecuencias futuras que esto podría tener no solo para la nueva familia, sino para la sociedad.

Desde el punto de vista psicosocial: la vida de los adolescentes cambia ante la llegada de un bebé, pues se ven obligados a renunciar a algunas cuestiones relativas a su vida cotidiana. En muchos casos pueden abandonar los estudios y/o renunciar a sus posibilidades de diversión, esparcimiento y libertad porque deben dedicar una buena parte de su tiempo, o casi todo, al cuidado del niño o la niña.

Entre otras cosas, si convertirse en madre es un acontecimiento significativo, el ser madre durante la adolescencia es una experiencia impactante: por el hecho de adoptar el rol de madre sin tener todavía la madurez psicológica necesaria.

Por otra parte, el significado de ser madre se instituye en la sociedad, convencionalmente; aunque, casi siempre ocurre como consenso grupal o social, ya que es un código de información que concierne a un objeto en particular, y ante el cual tiene como respuesta un comportamiento particular.

El embarazo adolescente ha sido presentado como una pauta de socialización

tradicional que privilegia la maternidad entre ciertos grupos, en especial en zonas rurales y poblaciones pobres, pero también como un problema biomédico que eleva la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto, con aumento de las tasas de morbilidad materna, perinatal y neonatal y que además tiene repercusiones en la esfera social habiendo sido llamado el síndrome del fracaso o puerta de entrada a la pobreza, porque se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, por lo general mal remunerado. La censura social sobre la joven y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que no duran, con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos (33).

A pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y de que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno, las razones pueden ser múltiples, se le atribuye al género gran importancia pues la menarquia en las últimas décadas se inicia en las adolescentes entre los 9 y 12 años. Por otra parte, el adolescente puede tener creencias equivocadas como, por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como; lástimas, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad.

Otro aspecto a considerarse son los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual), falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas (34).

Aunque las tasas de natalidad han descendido para las adolescentes en la mayoría de países desarrollados, en América Latina y el Caribe, los descensos han sido escasos; por tanto, el embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública desafiante, a pesar de los progresos en la mejora de los servicios materno-infantiles y los cambios culturales en la región (35).

La depresión en el embarazo es un factor de riesgo para la depresión recurrente en toda la vida de la mujer y es conocido que tanto la depresión prenatal como la postnatal afectan negativamente el desarrollo del niño.

Así mismo, la presencia de estas patologías durante el embarazo se asocia a una mala atención prenatal, nutrición inadecuada, depresión post-parto, suicidio, mayor incidencia de partos prematuros y neonatos pequeños para la edad gestacional. A pesar de la importancia de las alteraciones emocionales durante el periodo de gestación, uno de los problemas terapéuticos más observados en la literatura ha sido la ausencia de tratamiento apropiado. Se han utilizado, entre otros, fármacos antidepressivos, aunque ninguno parece ser seguro para el desarrollo del feto (36).

En un análisis presentado por la OMS, se puntualiza que los embarazos en adolescentes son más probables en las poblaciones rurales, pobres y con menor nivel educativo, por lo que es importante caracterizar las condiciones socioculturales y económicas del contexto donde desarrollan sus vidas estas adolescentes (37).

La relación entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud-enfermedad, ha sido demostrada desde hace ya algún tiempo, conceptualizado por algunos autores como determinantes sociales, (38) por lo que al hablar de embarazo en adolescentes, es necesario considerar las implicaciones no solo de orden biológico, sino también psicológicas y sociales, pues en algunos contextos, las adolescentes no planean ni desean su embarazo, mientras que en comunidades rurales, de países de ingresos medianos y bajos, los embarazos fuera del matrimonio no son raros (39).

De acuerdo a un estudio realizado por UNICEF en el que se comparan las tasas de nacimiento en adolescentes (tasa de nacimiento por mil mujeres de 15 a 19 años) de 27 países desarrollados, se encontró que Estado Unidos es el país que registra las tasas más altas (52 por mil), seguido por el Reino Unido (30.8 por mil). En el

caso de España se encontró que este país ocupa una posición media en la lista de tasas de nacimientos en adolescentes, siendo la tasa del grupo de 18-19 años tres veces superior a la del grupo de 15 a 17 años, a pesar de que existen variaciones de acuerdo al medio sociocultural estudiado, se estima que de estas cifras entre el 60 y 90% de los embarazos no son deseados y el 19% de las mujeres españolas que han tenido relaciones sexuales completas, declara haberse quedado embarazada alguna vez sin haberlo deseado.

En este país la edad media de inicio de las relaciones sexuales completas es alrededor de los 17 años y se ha mantenido más o menos estable desde mediados del dos mil, un 7% de los jóvenes se inicia antes de los 15 años. Es importante señalar que, por estados y provincias, se observa una iniciación de la sexualidad más temprana en Canarias, Cataluña y Galicia en donde uno de cada diez varones mantuvo relaciones con más de una pareja y uno de cada veinte con más de tres, observándose más monógamas a las mujeres, en cuanto a las comunidades en las que se manifiesta más tardía la iniciación sexual están Asturias, Castilla y León, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.

Embarazos en adolescentes en América Latina En América Latina y el Caribe se considera que la maternidad en la adolescencia es más común, en América Central nacen cada año entre 99 y 139 niños por mil mujeres de 15 a 19 años de edad. La tasa es más elevada en los países más pobres: Los datos existentes indican que en los países de América Central Factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente 21 (Excepto Costa Rica) cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años (40).

El embarazo adolescente constituye un serio problema de salud pública, particularmente de salud sexual y salud reproductiva ya que: Factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente 22 Se estima que cada año 3, 312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término un embarazo, El costo en

términos de morbilidad y mortalidad materno-infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible.

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas de grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida. Lo que contribuye a perpetuar el ciclo de violencia y la “feminización de la miseria” (40).

La mortalidad y la morbilidad de las adolescentes embarazadas pueden ser similares a las del grupo de las mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal (41).

1.3.2. Prevalencia y tendencia del embarazo en adolescentes

La fecundidad total y la del grupo de 15-19 años han disminuido en todos los países de América, sin embargo, ese descenso no ha sido de igual intensidad en todos los grupos étnicos, ni tampoco en los países. Nicaragua a pesar de que presentan una tendencia hacia la disminución de las tasas de fecundidad, datos de 2001 indican que los y las adolescentes siguen constituyendo el 25% de la población del país. La tasa de fecundidad en esta edad, ha experimentado un descenso de 16% por lo que de 1998 hasta 2001 se mantiene en 18%. (ENDESA 2001) Cada año se registran 15 millones de adolescentes embarazadas en el mundo lo que representa poco más del 10% del total de nacimientos. Aunque existe una gran variación de las tasas de fertilidad a nivel mundial el 80% de los embarazos se presentan en países en vías de desarrollo (42).

En México cada año se embarazan 500,000 adolescentes, que representan el 25% del total de embarazos que se registran en el país, de ese total 390,000 llegan a término (43), lo que significa que el 17% de los alumbramientos que tienen lugar en

México son de mujeres menores de 19 años (43).

En el año de 1990 existían en el país 4, 900,000 mujeres con edades de entre los 15 y los 19 años, de las cuales un 10% de las adolescentes ya tenían hijos (44). Además, este mismo año se registró que 12,270 niñas de entre los 12 y 14 años dieron a luz. Lo que significa que un total de 500,000 mil mujeres mexicanas que tienen alrededor de 19 años ya son madres y muchas de ellas ya tienen más de un hijo (INEGI, 2000).

Tuñón, E. 2006, refiere en “Embarazo en adolescentes del sureste mexicano”, que del total de la muestra de 2965 jóvenes de 12 a 19 años hombres y mujeres estudiados de cuatro estados, el 9.9% de las mujeres declaro tener relaciones sexuales y el 25% de los hombres, de ese porcentaje 323 jóvenes declararon haber experimentado la vivencia de al menos un embarazo, correspondiendo un 58 por ciento de mujeres que aceptaron tener relaciones sexuales y un 3.9% de varones que declararon tener relaciones sexuales. Nos dice que esta situación resulta interesante ya que la mitad de las mujeres adolescentes que reporta tener una vida sexual activa reconoce estar embarazada en comparación con menos del 4% de los hombres que reconocen o dicen haberse enterado de haber embarazado a una mujer (45).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

El Estado de México es el primer lugar en embarazo adolescente observado durante los últimos 3 años de acuerdo al INEGI y SINAC, tan solo en el 2016 se registraron 52,267 nacimientos en mujeres de entre 10 y 19 años de edad mientras que el 2017 la cifra preliminar (DGIS 2016).

Con una población de un millón 725 mil 924 adolescentes, 869 mil 532 hombres y 856 mil 392 mujeres, la población en este grupo se incrementó en términos absolutos a través de las décadas siendo por ello un punto importante en la atención de este grupo de edad vulnerable para la educación en salud y se refleje en el futuro en la disminución de los principales padecimientos de salud pública.

Según reporta la ENSANUT a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. A nivel nacional, de acuerdo con los datos de la última encuesta demográfica disponible (2009), la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años es de 15.9 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012 (ENSANUT 2009).

De acuerdo con la ENADID 2009, la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres unidas de 15 a 19 años de edad fue de 44.4%, cifra ligeramente inferior a 1997 (45.0%). Se trata del grupo de edad con la menor prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas, y el único que presenta un descenso en este indicador entre 1997 y 2009.

Por otra parte, entre hombres de 12 a 19 años de edad que son sexualmente activos, 14.7% señalaron en 2012 que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación, indicador que se incrementa a 33.4% para el caso de las mujeres del mismo grupo de edad, lo que revela la importancia de intensificar las acciones

de información y orientación dirigidas a la práctica del sexo seguro protegido, con enfoque de género e interculturalidad (PAE 2014).

El embarazo en adolescentes afecta su salud, educación, proyecto de vida, relaciones sociales y culturales, y su economía entre otros aspectos. Ser madre o padre adolescente suele iniciar y/o reforzar, sin distinciones sociales, una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa y a la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia.

La maternidad y paternidad temprana, suele tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de las y los adolescentes, exponiéndolos a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo. las experiencias internacionales que muestra intervenciones que han probado ser efectivas en la reducción del embarazo en adolescentes entre las que destacan: 1) Educación integral en sexualidad, en las escuelas o con su colaboración; 2) servicios de salud y clínicas amigas de las y los adolescentes; 3) insumos adecuados y eficaces de anticoncepción entre adolescentes; 4) intervenciones directas en medios de comunicación; 5) políticas sociales para la retención escolar y para la inserción laboral (ENAPEA 2015).

II.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los pilares predominantes de la resiliencia y su asociación estadística con la desesperanza, en las embarazadas adolescentes que acuden al Centro de Salud Urbano Toluca, de agosto del 2019 a abril del 2020?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Académica.

Además de tener la oportunidad de aplicar el método científico en la realización de un proyecto de investigación, me permitirá obtener el diploma en Especialista en Salud Pública.

III.2. Epidemiológica

El Estado de México es el primer lugar en embarazo adolescente observado durante los últimos 3 años de acuerdo al INEGI y SINAC, tan solo en el 2016 se registraron 52,267 nacimientos en mujeres de entre 10 y 19 años de edad mientras que el 2017 la cifra preliminar (DGIS 2016).

Con una población de un millón 725 mil 924 adolescentes, 869 mil 532 hombres y 856 mil 392 mujeres, la población en este grupo se incrementó en términos absolutos a través de las décadas siendo por ello un punto importante en la atención de este grupo de edad vulnerable para la educación en salud y se refleje en el futuro en la disminución de los principales padecimientos de salud pública.

III.3. Social

Preocuparse por el enfoque de resiliencia es ampliar la visión de la intervención social al enfatizar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo de las potencialidades de las personas y las sociedades en que están inmersas. Esto ayuda a aminorar las circunstancias adversas, e implica también reconocer aquellos espacios, cualidades y fortalezas que han permitido a las personas desarrollar potencialidades aún bajo experiencias estresantes.

El estudio y promoción del enfoque de resiliencia puede conducir a que la política social se concentre en una política de prevención de daños sociales o de potenciación de las capacidades de desarrollo. El saber de antemano, no solo

cuales son los factores de riesgo, sino que también conocer cuáles son los factores que potencian la resiliencia, permite anticipar qué aspectos de la sociedad deben ser reforzados para la no aparición de esos daños sociales. Se abre así una posible senda que constituye una fuente de inspiración para la investigación e intervención social en todos los ámbitos humanos.

IV. HIPÓTESIS

IV.1. Hipótesis alterna

En las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Urbano de Toluca, el pilar de la resiliencia predominante es la autoestima en más del 50 por ciento, con desesperanza moderada en más de un 30 por ciento, existiendo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables

IV.2. Hipótesis nula

En las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Urbano de Toluca, el pilar de la resiliencia predominante es la autoestima en más del 50 por ciento, con desesperanza moderada en más de un 30 por ciento, no existiendo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo General

Analizar la predominancia de los pilares de la resiliencia y la desesperanza, así como la asociación estadística entre las variables.

V.2. Objetivos Específicos.

- Determinar la resiliencia en las embarazadas adolescentes por edad.
- Determinar el nivel de desesperanza en las embarazadas adolescentes por edad.
- Asociar la resiliencia en las embarazadas adolescentes por escolaridad.
- Estimar el nivel de desesperanza en las embarazadas adolescentes por escolaridad.
- Asociar la resiliencia con el estado civil de las embarazadas adolescentes.
- Asociar cada uno de los pilares de resiliencia con los niveles de desesperanza.
- Asociar nivel socioeconómico en las embarazadas adolescentes con el nivel de desesperanza.

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo transversal, analítico y observacional.

VI.2. Diseño del estudio

Para lograr el cumplimiento de los objetivos, el estudio se realizó en el periodo comprendido de agosto de 2019 y abril de 2020, en 68 embarazadas que acudieron a consulta de control prenatal al Centro de Salud Urbano Toluca, que aceptaron participar y entregaron la carta de consentimiento informado. Se aplicaron por parte del investigador los instrumentos de investigación a cada una de las unidades de observación, se recolectó la información de las variables pilares de la resiliencia, desesperanza.

VI.3. Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | INDICADOR |
|--|--|--|--------------------------|--|
| RESILIENCIA | Capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas | Capacidad humana para enfrentar sobreponerse y salir fortalecido o transformado por experiencias | Cualitativa Nominal | SI ≥ 217 NO ≤ 216 |
| DESESPERANZA | Estado de ánimo del que no tiene esperanza o la ha perdido | Estado de ánimo de la adolescente embarazada | Cualitativa Ordinal | Desesperanza: mínima de 0 a 3 puntos leve de 4 a 8 puntos moderada de 9 a 14 puntos severa más de 15 puntos |
| PILARES DE LA RESILIENCIA (Peralta) | Son las características que posee toda persona capaz de ser resiliente en situaciones adversas | Son las características que posee toda persona capaz de ser resiliente en situaciones adversas | Cualitativa nominal | Introspección Independencia Capacidad para relacionarse Iniciativa Humor Creatividad Moralidad Autoestima Capacidad de pensamiento crítico |
| EDAD | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento | Número de años que ha vivido la adolescente, contando desde su nacimiento | Cuantitativa discreta | 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años |
| ESCOLARIDAD | Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado | Nivel académico concluido, con el que cuenta la adolescente. | Cualitativa Ordinal | Analfabeto Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura |

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---------------------|---|
| | para realizar estudios. | | | |
| ESTADO CIVIL | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. | Condición de la adolescente, en función de si tiene o no pareja | Cualitativa Nominal | Soltera Casada Unión libre Viudo |
| NIVEL SOECIOECONÓMICO | Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo. | Es posición que tiene la adolescente embarazada, económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo. | Cualitativa ordinal | A/B 205 o más pts. C+ 166 a 204 pts. C 136 a 165 pts. C- 112 a 135 pts. D+ 90 a 111 pts. D 48 a 89 pts. E 0 a 47 pts. |

VI.4. Universo de Trabajo

Se trabajó con un universo de 68 embarazadas adolescentes 15 a 19 años de edad, que acudieron a consulta de control prenatal al Centro de Salud Urbano Toluca en el periodo de agosto de 2019 a abril de 2020.

VI.4.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron a todas las adolescentes embarazadas con edades entre 12 y 19 años de edad, que acudieron a consulta de control prenatal en el Centro de Salud Urbano Toluca y que aceptaron participar en el estudio.

Adolescentes embarazadas en control prenatal en el Centro de Salud Urbano Toluca, que evidenciaron facultades físicas y mentales para brindar información.

Adolescentes embarazadas en control prenatal en el Centro de Salud Urbano Toluca, que contestaron la totalidad de los ítems de los instrumentos de investigación.

VI.4.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron a todas las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta de control prenatal en el Centro de Salud Urbano Toluca, que no aceptaron participar en el estudio.

VI.4.3. Criterios de eliminación

Se eliminaron a todas las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en el Centro de Salud Urbano Toluca, y que no contestaron en su totalidad los ítems de los instrumentos de investigación.

VI.5. Instrumentos de investigación

1. Escala de Desesperanza Beck (Hopelessness Scale, HS)
2. Cuestionario para clasificación de nivel socioeconómico AMAI 2018
3. Cuestionario para resiliencia CRE-U.

VI.5.1. Descripción

La escala de Desesperanza Beck (Hopelessness Scale, HS) está basada en una visión cognitiva de la desesperanza, consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta, verdadero y falso. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es de 20 puntos y el mínimo es de 0.

El cuestionario de niveles socio económicos creado por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), es una regla, basada en un modelo estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes. Este modelo se ha basado en un marco conceptual que considera seis dimensiones del bienestar dentro del hogar: Capital Humano, Infraestructura Práctica, Conectividad y entretenimiento, Infraestructura Sanitaria, Planeación y futuro, Infraestructura básica y espacio. La satisfacción de estas dimensiones determina la calidad de vida y bienestar de los integrantes de los hogares.

El cuestionario para resiliencia CRE-U toma en consideración los factores: introspección, iniciativa, humor, interacción, independencia, creatividad, moralidad y pensamiento crítico. Al mismo tiempo, el instrumento tiene una validez de experto, ya que este cuestionario fue evaluado por 3 investigadores en el tema

El cuestionario CRE-U tiene en total 90 ítems, con 5 opciones de respuesta estilo escala Likert, en la cual 1 significa nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 casi siempre y 5 siempre. La distribución de los enunciados por variables de análisis es la siguiente: los ítems 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65, 73, 81, 85, 88, 89 y 90 hacen parte de la variable introspección; los ítems 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58, 66, 74 y 82 pertenecen a la variable interacción; los enunciados 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 67, 75, 83 y 86, a iniciativa; los pertenecientes al 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60, 68, 76, 84 y 87, a independencia; los ítems 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53, 61, 69 y 77, a humor; los correspondientes al 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70 y 78, a creatividad; los enunciados 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71 y 79, a moralidad; por último, los ítems 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72 y 80, a pensamiento crítico. Existen en total 33 enunciados, cuya calificación es inversa, es decir, que su planteamiento es contrario a lo que se plantea en la teoría; estos son: el 4, 8, 15, 16, 20, 21, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 52, 56, 61, 68, 71, 73, 80, 81, 84, 86, 87 y 90.

VI.5.2. Validación

La escala de desesperanza Beck (Hopelessness Scale, HS), es una herramienta ya validada que se maneja dentro del Instituto de Salud del Estado de México por parte del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género.

El cuestionario para resiliencia CRE-U posee una validez de constructo basada en la teoría de los autores Emmy Werner (1982) y Wolin & Wolin (1993), que se centra en explicar los factores personales que sirven de protección y fuerza a las personas en situaciones difíciles o adversas.

VI.5.3. Aplicación

Los tres instrumentos de investigación fueron aplicados por el tesista a la totalidad de las embarazadas adolescentes que participaron en el estudio, previa firma de autorización del consentimiento informado.

VI.6. Desarrollo del proyecto

Se solicita por oficio al jefe de la Jurisdicción Sanitaria Toluca y al director del Centro de Salud Urbano Toluca la autorización para llevar a cabo el trabajo de investigación. Obtenida la autorización se identificó a las embarazadas adolescentes que acudían a consulta de control prenatal al Centro de Salud Urbano Toluca. Se trabajó con aquellas que manifestaron su deseo de participar, a través de la firma del consentimiento informado. Se le entregó a cada una de las embarazadas los instrumentos de investigación, durante el tiempo de espera de la consulta, se realizó lectura del documento, se explicó y las embarazadas adolescentes llenaron los cuestionarios.

Posterior a la aplicación de los instrumentos de investigación a cada una de las unidades de observación, se revisaron cada uno de ellos, eliminando los que estuvieron incompletos. Se procedió a ordenar, corregir y clasificar la información. Se identificaron los pilares de la resiliencia, los niveles de desesperanza, el nivel socioeconómico, de acuerdo a la metodología descrita en el protocolo, para lo cual se elaboraron cuadros y tablas que describen las variables de estudio.

Se analizaron los pilares de resiliencia y los niveles de desesperanza a fin de distinguir los resultados para edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico con estadística descriptiva e inferencial. Se elaboraron cuadros y gráficas para cada una de las variables. Con la información se hicieron conclusiones y sugerencias que se consideraron pertinentes de forma general.

VI.7. Límite de tiempo y espacio.

Se realizó el estudio en el periodo 01 de agosto del 2019 al 30 de abril del 2020, en el Centro de Salud Urbano Toluca.

VI.8 Diseño Estadístico

Se revisó y corrigió la información

Se clasificó y se tabularon los datos

Se elaboró base de datos

Se obtuvieron frecuencias y porcentajes

Se realizaron pruebas estadísticas (Chi-Cuadrada)

Se elaboraron cuadros y gráficas respectivas

Se cumplieron los objetivos con la información obtenida

VII. ORGANIZACIÓN

El trabajo de investigación se realizó por:

Director de Tesis:

Dr. En Fil. Mario Enrique Arceo Guzmán

Tesista:

M.C. Godwin González Estrada

Para efectos de publicación o presentación en eventos académicos el tesista será el primer autor y los directores serán coautores del mismo.

VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM 012-SSA3-2012, se dio cumplimiento a lo solicitado en el apartado 6.2 de dicha norma, relacionado con el formato de trabajo de investigación.

Este proyecto de investigación, respetó los principios de Código de Nuremberg, se considerarán los aspectos señalados en la Declaración 64° de la Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, donde fue imprescindible contar con el consentimiento informado para la participación voluntaria de los adolescentes que acuden a consulta al Centro de Salud Urbano Toluca; y conforme a los principios éticos que describe el documento tales como:

1. Se respetará en todo momento la privacidad y anonimato de los sujetos de estudio.
2. Este estudio no implicará ningún riesgo para la salud de la población objetivo.
3. Los adolescentes podrán retirarse en el momento que lo deseen, sin ninguna repercusión para el sujeto de estudio.
4. La participación no tendrá ningún costo ni pago para el asistente.
5. La participación será voluntaria, libre y sin repercusiones de ninguna índole.
6. El participante podrá solicitar sus resultados y se le brindará asesoría o bien se le canalizará para su tratamiento.
7. Se respetará en todo momento la dignidad, la salud e integridad de la población de estudio.
8. La investigación no generará daño alguno al medio ambiente.
9. La investigación se apoyará en principios científicos aceptados y en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó un estudio transversal, analítico y observacional en el periodo comprendido entre agosto de 2019 a abril de 2020 con la participación de 68 embarazadas adolescentes que acudieron a consulta de control prenatal al Centro de Salud Urbano Toluca, para analizar la asociación de los pilares de la resiliencia y la desesperanza.

Después de realizar cada una de las actividades programadas en el método, los resultados obtenidos fueron, una población de 68 embarazadas adolescentes: 8.7% (6) de 15 años, 10.1% (7) de 16 años, 27.8% (19) de 17 años, 21.9% (15) de 18 años y 30.8% (21) de 19 años de edad.

Con respecto al objetivo general se encontró que los pilares de la resiliencia que predominan en las embarazadas adolescentes (EA) son: autoestima consistente en el 26.4% (18 EA), introspección en el 14.7% (10 EA); independencia en el 8.8% (6 EA), moralidad en el 8.8 % (6 EA), la capacidad de relacionarse con el 8.8% (5 EA) y la creatividad 8.8% (5 EA). Los pilares con menor frecuencia fueron iniciativa 5.8% y capacidad de pensamiento crítico 5.8% (5 EA), el humor 3% y la autoestima baja y/o alta en exceso 3% (2 EA). (Cuadro 1, grafica 1).

En este sentido, Ulloque y colaboradores 2015 (46), en un grupo de 406 adolescentes embarazadas colombianas, evaluadas con escalas de resiliencia encontraron una correlación positiva significativa de resiliencia con autoestima.

El 8.8 % (6) de las embarazadas adolescentes presentó desesperanza y el 91% de ellas manifestó no desesperanza. (Cuadro 1, gráfica 1). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los pilares de la resiliencia y la desesperanza ($p=0.05$). En el cuadro 1 se incluye la prueba de Chi cuadrada de las variables.

Estos resultados son similares a los encontrados por Andrade Salazar, quien observó niveles de desesperanza ninguno o mínimo en el 86.2% y niveles moderado y alto del 12 % en adolescentes (54).

Por lo anterior que la hipótesis propuesta que a la letra dice: En las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Urbano de Toluca, el pilar de la resiliencia predominante es la autoestima en más del 50 por ciento, con desesperanza moderada en más de un 30 por ciento, existiendo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables; No se pudo comprobar ya que aunque el pilar de la resiliencia predominante fue autoestima consistente, sólo se presentó en el 26.4% de las embarazadas adolescentes y sólo el 8.8% de ellas, reportó desesperanza. Existe asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

En cuanto a la resiliencia, se observó que el 91.1% (62) de las embarazadas adolescentes es resiliente, la edad con mayor porcentaje de embarazadas resilientes fue 19 años, mientras que la edad con mayor número de embarazadas adolescentes no resilientes fue de 16 y 17 años. (Cuadro 2, gráfica 2). Esto coincide con lo observado por Ulloque y colaboradores quienes encontraron una correlación positiva significativa de resiliencia con la edad de la adolescente gestante (53).

En lo que corresponde a algún nivel de desesperanza, solo el 8.8% de las embarazadas adolescentes lo presentó. El 67.7% de estas adolescentes con algún nivel de desesperanza manifestó desesperanza mínima, 16.6 % desesperanza leve y 16.6% desesperanza moderada. La edad en la que se observó mayor número de embarazadas con desesperanza fue de 15 años. (Cuadro 3, grafica 3).

El 85.2 % (58) de las embarazadas adolescentes fue resiliente y escolaridad preparatoria y el 7.3% de las embarazadas adolescentes no resilientes, pertenecieron a este mismo grado de escolaridad. (Cuadro 4, gráfica 4). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la

escolaridad en las embarazadas adolescentes estudiadas ($p=0.05$). En el cuadro 4 se incluye la prueba de Chi cuadrada de las variables.

Los resultados de esta investigación, difieren de los de Ulloque y colaboradores quienes encontraron una correlación positiva significativa de resiliencia con los años de estudio de las adolescentes embarazadas (53)

La estimación del nivel de desesperanza de las embarazadas adolescentes y su escolaridad, permitió observar que el 83.3% (5) de ellas, contaban con secundaria. El 66.7% de las embarazadas adolescentes con desesperanza mínima y escolaridad secundaria, mientras que el 16.7% (1) con desesperanza leve y escolaridad preparatoria. (Cuadro 5, gráfica 5) No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de desesperanza y la escolaridad en las embarazadas adolescentes ($p=0.05$). En el cuadro 5 se incluye la prueba de Chi cuadrada de las variables.

En lo que corresponde al estado civil, se observó que el 41.1% (28) de las embarazadas adolescentes es casada, 32.3% (22) vive en unión libre y 26.4% (18) es soltera. El estado civil en donde se observó mayor cantidad de embarazadas adolescentes no resilientes fue soltero, mientras que todas las embarazadas adolescentes casadas fueron resilientes. (Cuadro 6, Grafica 6). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre ser resiliente y el estado civil en las embarazadas adolescentes ($p=0.05$). En el cuadro 6 se incluye la prueba de Chi cuadrada de las variables.

Estos resultados son similares a los observados por Campos y colaboradores (55), quienes señalaron que el familismo se asoció positivamente a la resiliencia, ya que es un factor favorecedor de alto nivel de resiliencia, porque conlleva beneficios para superar vivencias adversas y que indirectamente regula el estrés de las adolescentes gestantes.

De las embarazadas adolescentes que presentaron algún nivel de desesperanza, se analizó la asociación de estos niveles de desesperanza con los pilares de la resiliencia. Se observó que el 50% las embarazadas adolescentes con autoestima consistente presentaron mínima desesperanza, y el 16.7% de las adolescentes con moralidad presentó desesperanza moderada; el 16.7 % de las embarazadas adolescentes con el pilar de resiliencia de capacidad de relacionarse, se observó desesperanza mínima y leve. (Cuadro 7, gráfica 7). No se observó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de desesperanza y los pilares de la resiliencia en las embarazadas adolescentes ($p=0.05$). En el cuadro 7 se incluye la prueba de Chi cuadrada de las variables.

En cuanto al nivel socioeconómico se observó que en los niveles D+ y C es mayor el nivel de desesperanza con un 33.3% (2) de las embarazadas adolescentes respectivamente, mientras que en los niveles C- y D, el 16.7% (1) de las embarazadas adolescentes respectivamente, presentó desesperanza. (Cuadro 8, grafica 8). No se observó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el nivel de desesperanza en las embarazadas adolescentes ($p=0.05$). En el cuadro 8 se incluye la prueba de Chi cuadrada de las variables.

X. CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro No.1

Pilares de la resiliencia y desesperanza, en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.

| DESESPERANZA PILARES DE RESILIENCIA | NO | | SI | | TOTAL | |
|--|-----------|-----------|----------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| AUTOESTIMA CONSISTENTE | 18 | 26.4 | 3 | 4.4 | 21 | 31 |
| INTROSPECCIÓN | 10 | 14.7 | 0 | 0 | 10 | 14.7 |
| INDEPENDENCIA | 6 | 8.8 | 0 | 0 | 6 | 8.8 |
| CAPACIDAD DE RELACIONARSE | 5 | 7.3 | 2 | 3 | 7 | 10.2 |
| AUTOESTIMA BAJA Y/O ALTA EN EXCESO | 2 | 3 | 0 | 0 | 2 | 2.9 |
| INICIATIVA | 4 | 5.8 | 1 | 1.4 | 5 | 7.3 |
| HUMOR | 2 | 3 | 0 | 0 | 2 | 2.9 |
| CREATIVIDAD | 5 | 7.3 | 0 | 0 | 5 | 7.3 |
| MORALIDAD | 6 | 8.8 | 0 | 0 | 6 | 8.8 |
| CAPACIDAD DE PENSAMIENTO CRÍTICO | 4 | 5.8 | 0 | 0 | 4 | 5.8 |
| TOTAL | 62 | 91 | 6 | 8.8 | 68 | 100 |

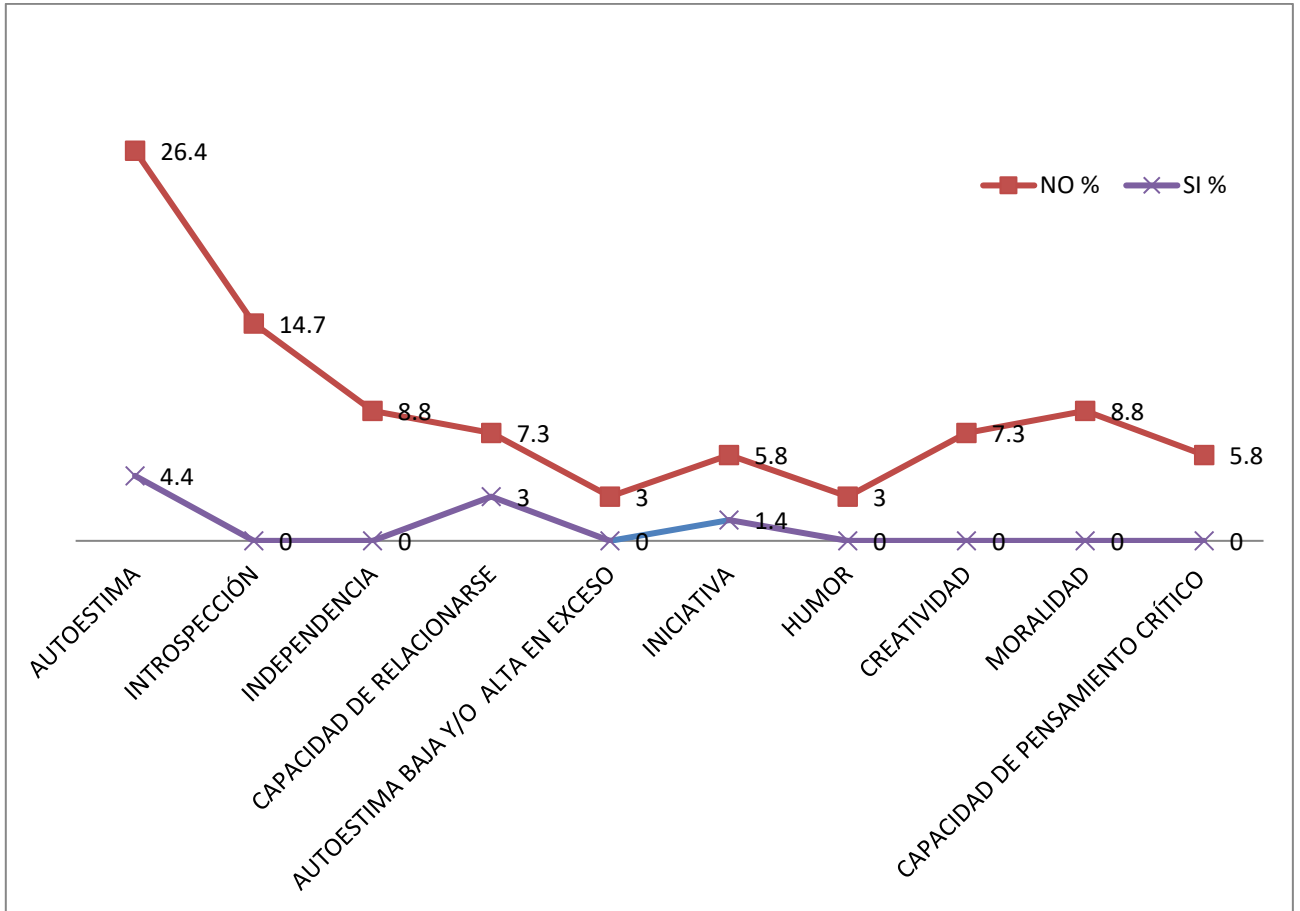
Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje

Prueba estadística $X^2 = 16.49$

Gráfica No.1

Pilares de la resiliencia y desesperanza, en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.



Fuente: Cuadro N°1

Cuadro No.2

Resiliencia y edad en las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.

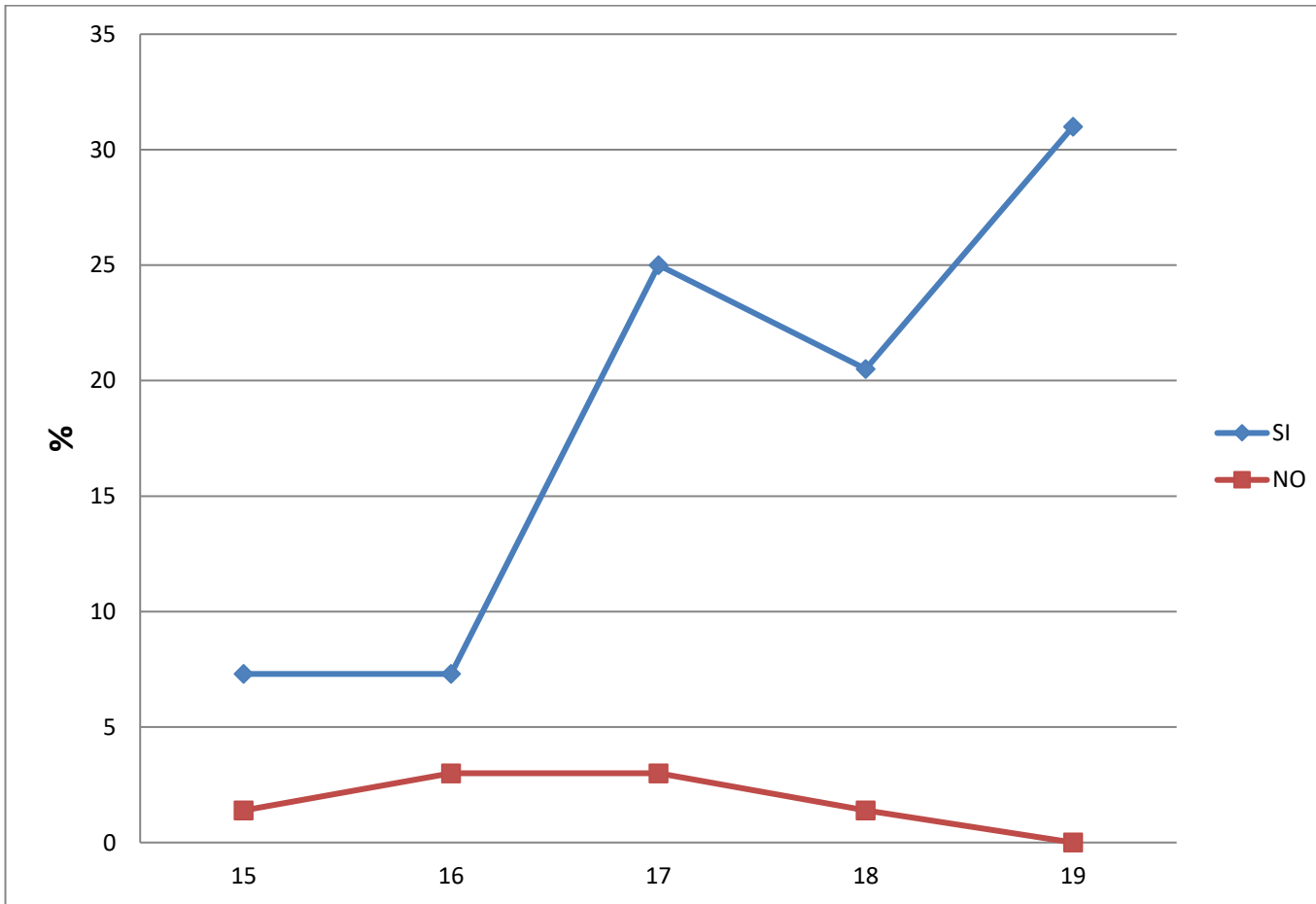
| RESILIENCIA \ EDAD | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | TOTAL | |
|--------------------|----|-----|----|------|----|----|----|------|----|----|-------|------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| SI | 5 | 7.3 | 5 | 7.3 | 17 | 25 | 14 | 20.5 | 21 | 31 | 62 | 91.1 |
| NO | 1 | 1.4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1.4 | 0 | 0 | 6 | 8.8 |
| TOTAL | 6 | 8.7 | 7 | 10.3 | 19 | 28 | 15 | 21.9 | 21 | 31 | 68 | 100 |

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje

Gráfica No.2

Resiliencia y edad en las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.



Fuente: Cuadro N°2

Cuadro No.3

Nivel de desesperanza y edad, en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.

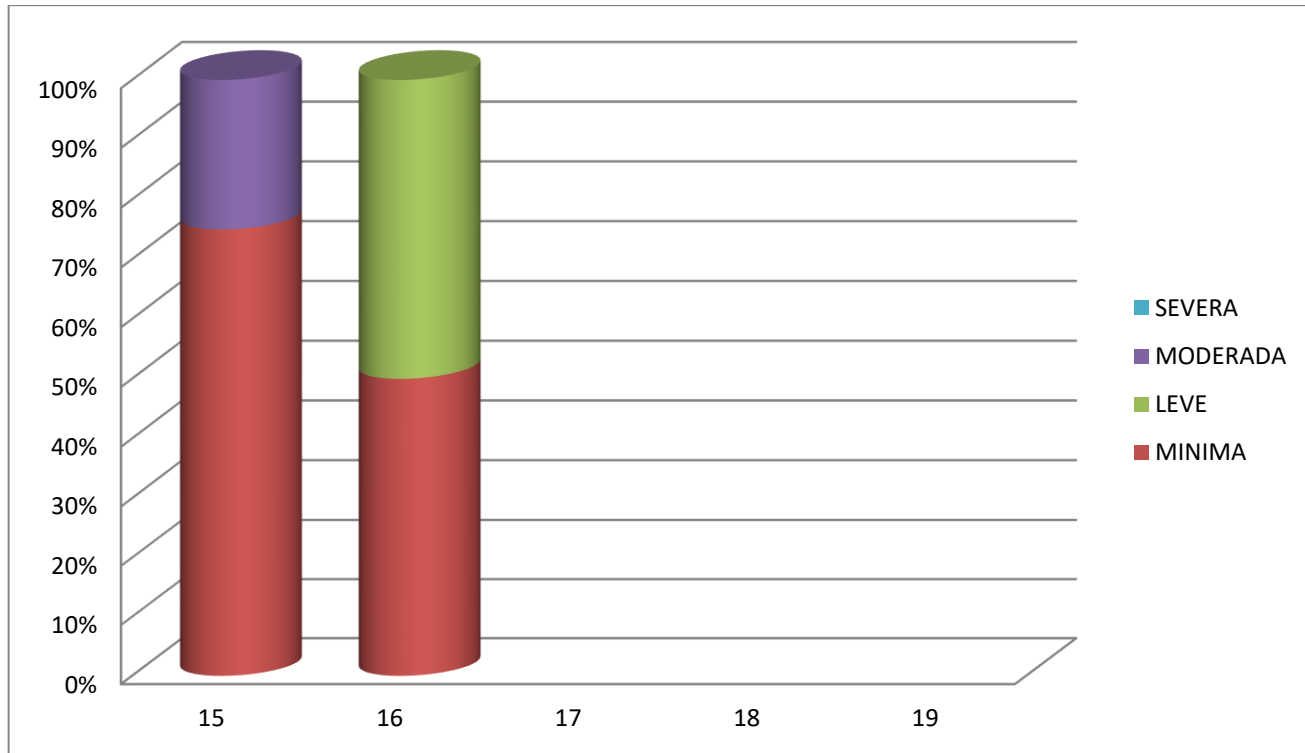
| NIVEL DE DESESPERANZA \ EDAD | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | TOTAL | |
|------------------------------|----|------|----|------|----|---|----|---|----|---|-------|-------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| MINIMA | 3 | 50.0 | 1 | 16.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 66.6 |
| LEVE | 0 | 0 | 1 | 16.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16.6 |
| MODERADA | 1 | 16.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16.6 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 4 | 66.6 | 2 | 33.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje

Gráfica No.3

Nivel de desesperanza y edad, en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.



Fuente: Cuadro No 3

Cuadro No.4

Resiliencia y escolaridad en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.

| ESCOLARIDAD \ RESILIENCIA | ANALFABETO | | PRIMARIA | | SECUNDARIA | | PREPARATORIA | | LICENCIATURA | | TOTAL | |
|---------------------------|------------|----------|----------|----------|------------|------------|--------------|-------------|--------------|----------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| SI | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 5.8 | 58 | 85.2 | 0 | 0 | 62 | 91 |
| NO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.4 | 5 | 7.3 | 0 | 0 | 6 | 8.8 |
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 7.3 | 63 | 92.5 | 0 | 0 | 68 | 100 |

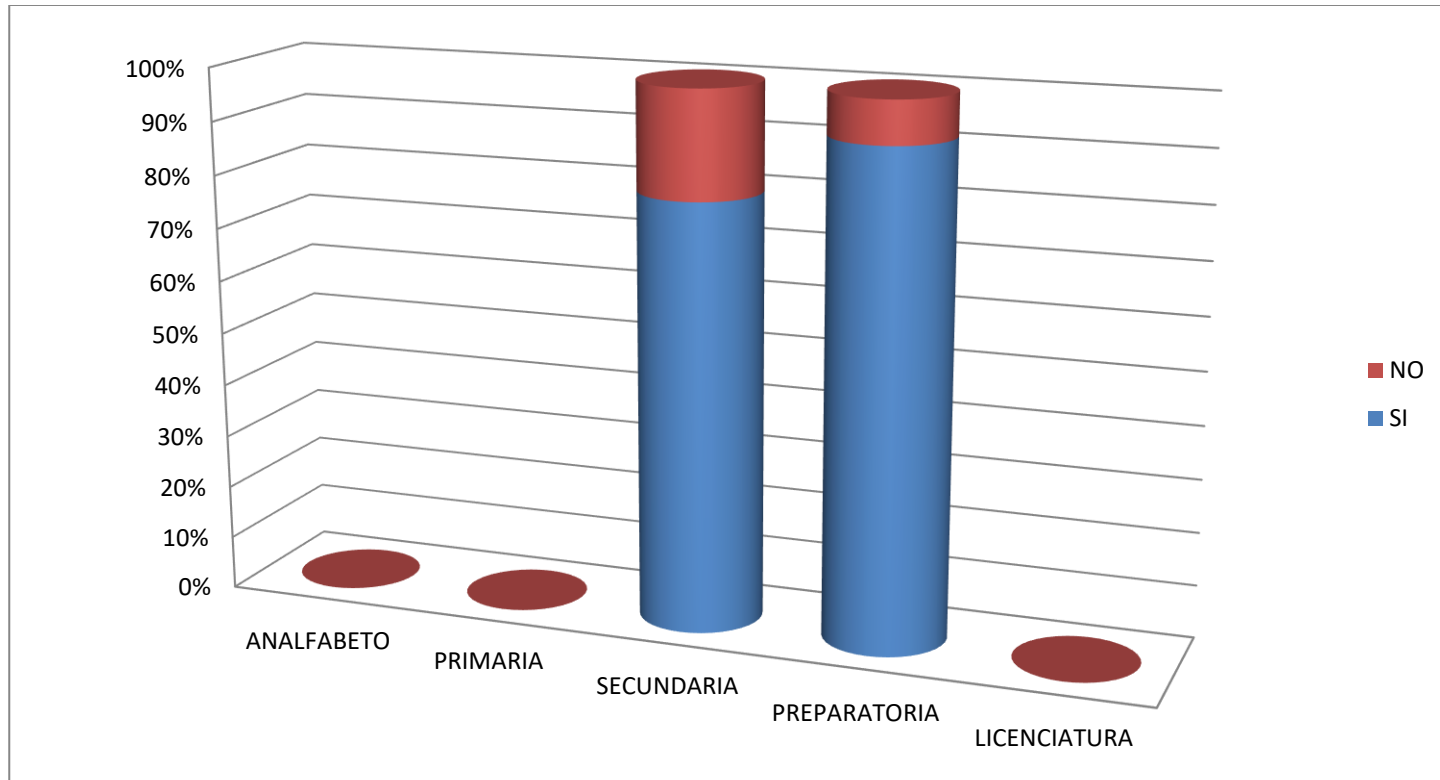
Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje

Prueba estadística $X^2 = 0.818$

Gráfica No.4

Resiliencia y escolaridad en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.



Fuente: Cuadro No 4

Cuadro No.5

Nivel de Desesperanza y Escolaridad en las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.

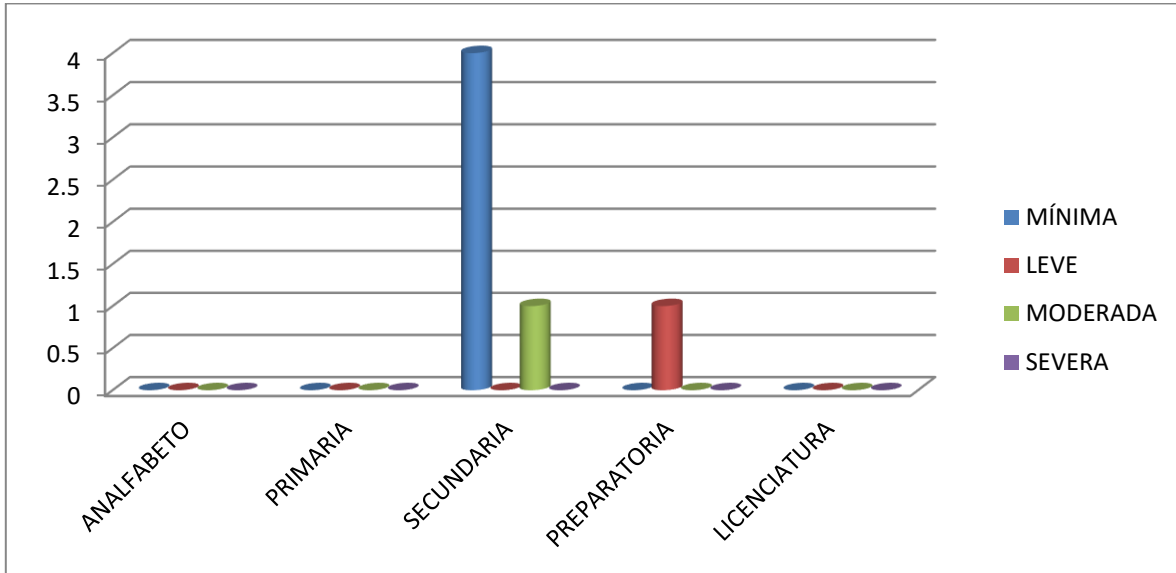
| NIVEL DE DESESPERANZA \ ESCOLARIDAD | ANALFABETO | | PRIMARIA | | SECUNDARIA | | PREPARATORIA | | LICENCIATURA | | TOTAL | |
|-------------------------------------|------------|---|----------|---|------------|------|--------------|------|--------------|---|-------|------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| MÍNIMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 66.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 66.6 |
| LEVE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16.7 | 0 | 0 | 1 | 16.7 |
| MODERADA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16.7 |
| SEVERA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 83.3 | 1 | 16.7 | 0 | 0 | 6 | 100 |

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje

Gráfica No.5

Nivel de Desesperanza y Escolaridad en las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.



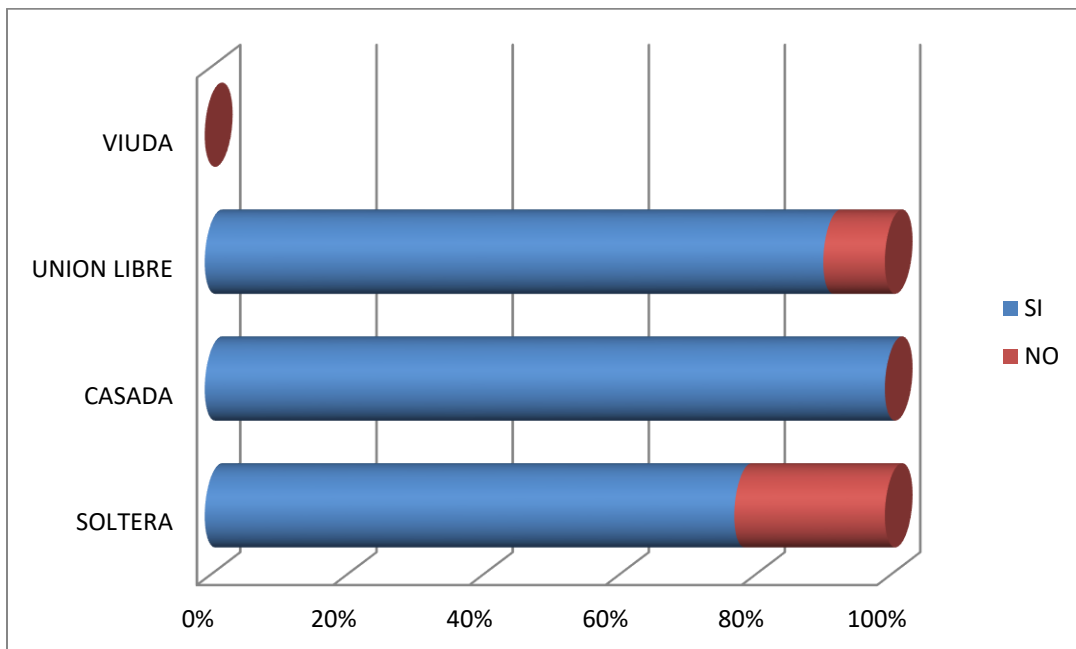
Fuente: Cuadro No 5

Cuadro No.6
Resiliencia y estado civil de las embarazadas adolescentes del
Centro de Salud Urbano Toluca.

| ESTADO CIVIL \ RESILIENCIA | SOLTERA | | CASADA | | UNION LIBRE | | VIUDA | | TOTAL | |
|----------------------------|---------|------|--------|------|-------------|------|-------|---|-------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| SI | 14 | 20.5 | 28 | 41.1 | 20 | 29.4 | 0 | 0 | 62 | 91 |
| NO | 4 | 5.8 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 6 | 8.8 |
| TOTAL | 18 | 26.4 | 28 | 41.1 | 22 | 32.3 | 0 | 0 | 68 | 100 |

Fuente: Concentrado de datos
 Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje
 Prueba Estadística: $X^2 = 6.76$

Gráfica No.6
Resiliencia y estado civil de las embarazadas adolescentes del
Centro de Salud Urbano Toluca.



Fuente: Cuadro No 6

Cuadro No.7
Pilares de resiliencia y niveles de desesperanza en adolescentes
embarazadas del Centro de Salud Urbano de Toluca

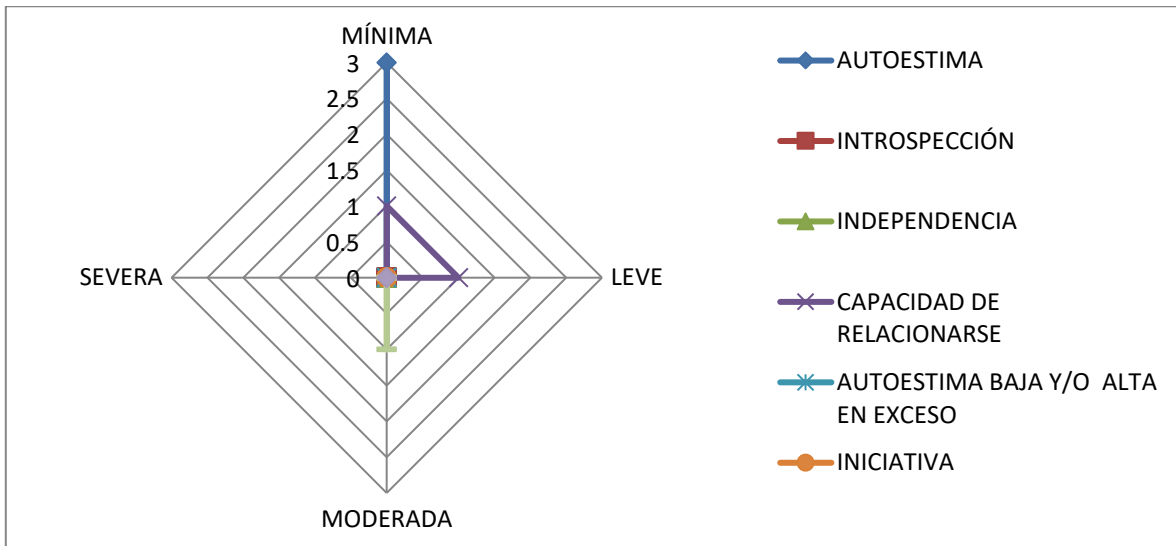
| NIVELES DESESPERANZA PILARES DE RESILIENCIA | MÍNIMA | | LEVE | | MODERADA | | SEVERA | | TOTAL | |
|--|----------|-------------|----------|-------------|----------|------------|----------|----------|----------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| AUTOESTIMA CONSISTENTE | 3 | 50.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 50.0 |
| INTROSPECCIÓN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| INDEPENDENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CAPACIDAD DE RELACIONARSE | 1 | 16.7 | 1 | 16.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 33.3 |
| AUTOESTIMA BAJA Y/O ALTA EN EXCESO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| INICIATIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HUMOR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CREATIVIDAD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MORALIDAD | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16.7 | 0 | 0 | 1 | 16.7 |
| CAPACIDAD DE PENSAMIENTO CRÍTICO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 4 | 66.7 | 1 | 16.7 | 1 | 1.4 | 0 | 0 | 6 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje

Prueba Estadística : $X^2 = 8.28$

Gráfica No.7
 Pilares de resiliencia y niveles de desesperanza en adolescentes
 embarazadas del Centro de Salud Urbano de Toluca



Fuente: Cuadro No 7

Cuadro No.8

Nivel Socioeconómico y niveles de desesperanza en las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.

| NIVEL SOCIECONÓMICO \ NIVELES DE DESESPERANZA | MINIMA | | LEVE | | MODERADA | | SEVERA | | TOTAL | |
|---|-----------|-------------|----------|-------------|----------|------------|----------|----------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| A/B | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C+ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C | 1 | 1.4 | 3 | 4.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 5.8 |
| C- | 8 | 12 | 5 | 7.3 | 1 | 1.4 | 0 | 0 | 14 | 20.5 |
| D+ | 48 | 70.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 48 | 70.5 |
| D | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| E | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 59 | 86.9 | 8 | 11.7 | 1 | 1.4 | 0 | 0 | 68 | 100 |

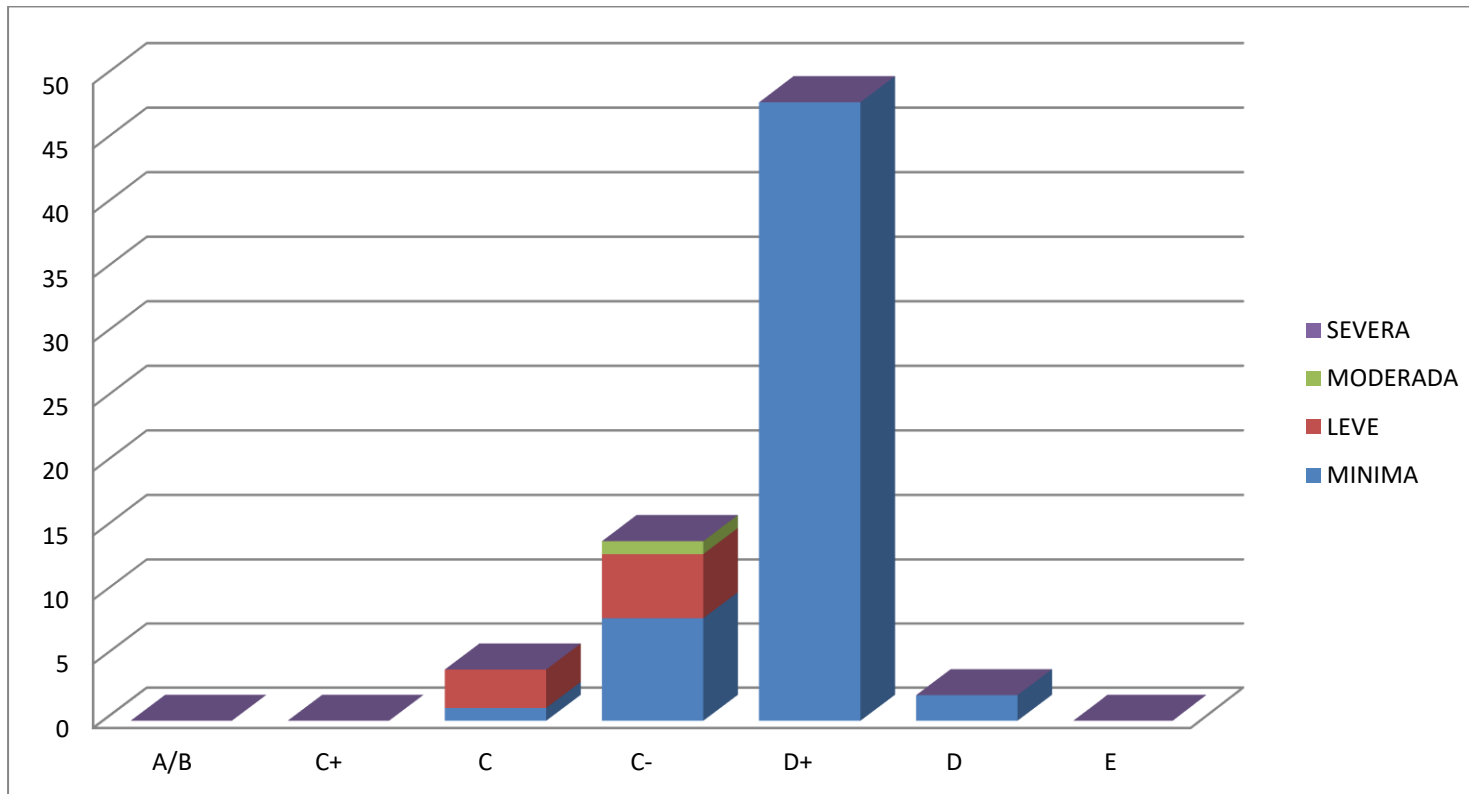
Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje

Prueba Estadística: $X^2 = 10.49$

Gráfico No.8

Nivel Socioeconómico y niveles de desesperanza en las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano Toluca.



Fuente: Cuadro No 8

XI.CONCLUSIONES

El embarazo en adolescentes es un problema complejo y tiene impacto en la esfera biológica y emocional está asociado con deterioro en la autoestima, la desesperanza. No es suficiente con buscar impacto en la morbilidad clínica y lo relacionado a la mortalidad materna. Se debe dimensionar también la resiliencia, la autoestima, la desesperanza, y otras variables de este campo en las adolescentes embarazadas.

Existe asociación entre pilares de la resiliencia y esperanza, la mayor cantidad de adolescentes con resiliencia, no tienen desesperanza.

No se observa relación entre ser o no resiliente y la edad. En este estudio se encontró mayor cantidad de embarazadas adolescentes resilientes de 17 años de edad y mayor cantidad de embarazadas adolescentes no resilientes de 15 y 17 años.

Los resultados de desesperanza fueron mínimos, sólo el 8.8% de las embarazadas adolescentes tienen algún nivel de desesperanza. La mayor cantidad de embarazadas adolescentes con desesperanza es de 15 años y el nivel de esta es mínimo.

Se observó que no hay una relación entre ser resiliente y la escolaridad, aunque el mayor número de embarazadas adolescentes resilientes cuenta con bachillerato y el mayor número de embarazadas adolescentes no resilientes con escolaridad secundaria.

Existe una asociación entre el estado civil y ser resiliente en las embarazadas adolescentes estudiadas. Todas las embarazadas adolescentes casadas son resilientes, mientras que las embarazadas adolescentes no resilientes, mayormente son solteras. Es decir, en mayor o menor medida, es importante la presencia de la pareja.

El apoyo social, familiar y del personal de salud debe ser brindado durante toda la gestación a las embarazadas adolescentes para aumentar su resiliencia; no obstante, todavía la adolescente embarazada es sometida a mayor violencia, discriminación, rechazo familiar, social, incluso por personal de salud.

No influye el nivel socioeconómico con el nivel de desesperanza en las embarazadas adolescentes estudiadas. Se observó nivel mínimo de desesperanza en casi todos los niveles socioeconómicos.

La resiliencia es fundamental para sobreponerse a las adversidades y el embarazo en adolescentes, puede ser considerada una adversidad de la vida.

XII. RECOMENDACIONES

Diseñar programas familiares, sociales, culturales e institucionales, que propicien apoyo a las embarazadas adolescentes, durante su control prenatal, sin cuestionamientos o represalias y que contribuyan a manejar los sentimientos de las embarazadas, sus capacidades y a mejorar nivel de resiliencia.

Es necesario que las adolescentes tengan un proyecto de vida, que realicen actividades de manera cotidiana que contribuyan con sus sentimientos, su autoestima, y fortalezcan su resiliencia.

Involucrar a sociedad, a la familia y a las instituciones en la prevención del embarazo en adolescentes, ya que sabemos que, en la génesis de este problema de salud pública, guardan relación los patrones culturales, costumbres, necesidades y entornos sociales.

XIII.BIBLIOGRAFÍA

- 1) Álvarez L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 2009; 8 (17): 69-79.
- 2) Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Reporte final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires Argentina: Ediciones Journal S.A: 2008.
- 3) Programa de Acción Específico. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Versión electrónica, en proceso su publicación impresa.
- 4) Becoña IE. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. Asoc. Española de psicología clínica, 2006; (3): 1-146.
- 5) Trujillo M. La resiliencia en la psicología social. Facultad de Estudios Superiores Iztacala [Internet]. 2015 [Citado el 22 marzo 2019]; (1): 1-6. <https://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-AF.pdf>
- 6) Alegria YD. Uso del concepto de resiliencia en la literatura pública y las políticas públicas. Univ. de Chile [Internet]. 2015 [Citado el 25 marzo 2019]; (1): 1-97 <http://mgpa.forestaluchile.cl/Denis%20Alegria.pdf>
- 7) Stefano V, Japcy MQ, Moreno SP. Resiliencia en adolescentes. Rev. Colombiana de Psicología. 2017; (16): 1-134
- 8) Ospina ED. La Medición de la resiliencia. Inv. y Educ. En Enf. 2005; (25): 1- 65.
- 9) Briones G. Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. México: Trillas; 1990.
- 10) Monterrosa-Castro A., Ulloque-Acosta L., Arteta-Acosta C. Estrategias para mejorar el nivel de resiliencia en adolescentes embarazadas. Redalyc [Internet]. 2017 [Citado el 11 de abril 2019]; (1): 1-12. <file:///C:/Users/ADMIN/Desktop/Downloads/16422Texto%20del%20art%C3%ADculo-92505-1-10-20181101.pdf>
- 11) Amar JJ, Kotliarenko MA, Abello R, et al. Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños. Investigación y Desarrollo. Redalyc. 2003; (11): 1-197.
- 12) García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de

- la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77.
- 13) Psicomemorias.com [Internet]. México: Creative Commons; 2017 [Actualizado 2017; citado el 15 abril 2019]. Disponible en <https://www.psicomemorias.com/articulos/>
 - 14) Melillo A, Suarez ON. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas, Buenos Aires, Paidós, 2001.
 - 15) Infocop.es [Internet]. España: Infocop online; 2019 [Actualizado 06 de junio 2019; citado el 16 abril 2019]. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2058
 - 16) Dávila LO, Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. Centro de Estudios Sociales. 2004;(21): 1-104
 - 17) INEGI, CONAPO. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Panorama sociodemográfico de México: Principales resultados, 2011
 - 18) Mortimer J. The changing adolescent experience: societal trends and the transition to adulthood, 1991.
 - 19) Suárez L. Otra mirada al embarazo en la adolescencia, 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2011000100020&lng=es&nrm=iso
 - 20) Piaget J, El pensamiento del adolescente. En: De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Barcelona. Paidós, 1985.
 - 21) Quiroga S, Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto. Buenos Aires. EUDEBA, 1999.
 - 22) CEPAL. Panorama Social de América Latina 2012. Santiago, Chile: Naciones Unidas, 2012.
 - 23) Pacheco C. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida, *Salud Publica Méx*, 2016; 58:56-61.
 - 24) Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años, 2008.

- 25) Armendáriz A, et al. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua, 2011.
- 26) Huanco A, et al. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital del Ministerio de Salud de Perú. Rev Chil Obstet Ginecol, 2012; 77(2) 122-128.
- 27) García M, et al. Embarazo adolescente ¿Una población de riesgo? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2010.
- 28) Blanco G, et al. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico-epidemiológico en el Policlínico Parraga: Arroyo Naranjo. Rev. Ciencia médica [revista en la Internet]. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2010000200015&lng=es
- 29) Panduro B, et al. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecol obstet Mex, 2012; 80(11) 694-704.
- 30) Osorio M, et al. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle de Cuaca Colombia. Colombia Medica, 2011; 42(3) 303-308.
- 31) INEGI. Natalidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990 a 2011. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas>.
- 32) Campbell M, et al. A Comparison of the Psychometric Strengths of the Public-domain Zung Self-rating Depression Scale with the Proprietary Beck Depression Inventory-II in Barbados. West Indian Med J 2012; 61 (5): 483.
- 33) Zavala G, Depresión en Mujeres en perimenopausia de una comunidad Rural de Huimanjillo. Arc. de Med. 2009; 5(4)23-37
- 34) Cantero-Tellez E, et al. Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión, Rev Med Ins Mex Seguro Soc. 2009; 47 (6):627-636.
- 35) Villas F, Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. Salud Mental, 2011; 34:403-407.
- 36) Cova S. Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en

- adolescentes del sexo femenino. Rev Chil Pediatr 2008; 79(6): 607-613
- 37) Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias, 2012.
 - 38) Acero M, et al. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. 2013; 31:103-110.
 - 39) Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 364. El embarazo en la adolescencia. 2014.
 - 40) CEPAL. Panorama Social de América Latina 2012. Santiago, Chile: Naciones Unidas, 2012
 - 41) Campos A, Determinantes de la salud en adolescentes gestantes. Puesto de salud Miraflores alto Chimbote. Crescendo Ciencias de la salud. 2014; 1:271-83.
 - 42) Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el promajoven. Secretaría de Educación Pública, 2012.
 - 43) Mendoza D, et al. Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana. En: La Situación Demográfica de México, 2011.
 - 44) Fuentes M. Embarazo adolescente: Fenómeno Expansivo. México Social, 2013.
 - 45) Luciano R, Etnicidad, cargos y adscripciones religiosas en dos comunidades indígenas del Estado de México. Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2005.
 - 46) Monterrosa C. Ulloque L. Arteta Acosta. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. Revista Chil obstet ginecol. 2015; 80(6): 462-474
 - 47) Andrade S, Lowell D, Ortega M. Autoestima y desesperanza en adolescentes de una institución educativa. Revista Internacional de Ciencias de la Salud. 2017; 14(2): 179-187.

XIV. ANEXOS

XIV. 1. Escala de Desesperanza de Beck.

Escala de Desesperanza de Beck.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y
DE GÉNERO
INVENTARIO DE ANSIEDAD BECK
ESCALA DE DESESPERANZA BECK (Hopelessness Scale, HS)

Nombre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Puntuación: _____ Dx.: _____ No. _____

Expediente: _____

En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems atentamente, e indica cómo te has sentido y cuánto te ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

| | Verdadero | Falso |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Espera el futuro con esperanza y entusiasmo | (0) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 2. Puedo darme por vencida, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí misma | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así | (0) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer | (0) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar | (0) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 7. Mi futuro parece oscuro | (1) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio | (0) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| | | |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro | (0) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mi es más desagradable que agradable | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora | (0) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro | <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 18. El futuro me parece vago e incierto | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas | (0) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

0-3 mínimo

4-8 leve

9-14 moderado

15++ severo

XIV.2. Escala de Resiliencia

INSTRUMENTO PARA RESILIENCIA

FECHA: _____

FOLIO: _____

CUESTIONARIO PARA RESILIENCIA

A continuación encontrarás una serie de enunciados que expresan comportamientos, sentimientos y situaciones de la vida cotidiana que pueden o no parecerse a los que tienes a menudo. En frente de cada uno de ellos marca con una X la frecuencia con que los que se han presentado en tu vida diaria. Los valores están en una escala del 1 al 5, con los siguientes significados: 1= nunca, 2=casi nunca, 3= a veces, 4= por lo general, 5= siempre

Por favor contesta con sinceridad y responde todos los enunciado, tu participación será de gran importancia para nuestro trabajo, si tienes alguna duda no dudes en acercarte a la persona encargada. **¡Gracias por participar!**

| No | ENUNCIADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Reconozco las habilidades que poseo. | | | | | |
| 2 | He contado con personas que me aprecian | | | | | |
| 3 | Planeo con anterioridad mis acciones | | | | | |
| 4 | Me siento incómodo cuando me alejo, por un período largo, de mi familia | | | | | |
| 5 | Cuando afronto una situación difícil conservo mi sentido del humor | | | | | |
| 6 | Dedico tiempo al desarrollo de habilidades artísticas | | | | | |
| 7 | Apoyo a mis amigos en sus momentos difíciles | | | | | |
| 8 | Me conformo con la explicación que da el profesor de la clase | | | | | |
| 9 | Pongo en práctica mis competencias en situaciones difíciles | | | | | |
| 10 | En situaciones adversas tengo, al menos, una persona que me apoya | | | | | |
| 11 | Las actividades diarias que realizo van acorde con mi proyecto de vida | | | | | |
| 12 | Me siento bien cuando tengo que afrontar dificultades sin ayuda de los demás. | | | | | |
| 13 | Al vivir una experiencia dolorosa, trata de relajarme viendo comics, o juntándome a personas con sentido del humor. | | | | | |
| 14 | Modifico a mi gusto los lugares donde permanezco la mayor parte del tiempo. | | | | | |
| 15 | Cuando alguien se equivoca a mi favor, evito sacarlo del error. | | | | | |
| 16 | Me incomoda cuando los demás cuestionan mis opiniones | | | | | |
| 17 | Soy consciente de las debilidades que tengo | | | | | |
| 18 | Me siento satisfecho con las relaciones que establezco. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 19 | Realizo un cronograma de actividades para el logro de objetivos personales o académicos. | | | | | |
| 20 | Me abstengo de dar mi punto de vista sobre algún asunto para no ir en contra del grupo | | | | | |
| 21 | Soy incapaz de reírme de los momentos difíciles que he vivido | | | | | |
| 22 | Invento formas de disminuir la tensión generada por un problema | | | | | |
| 23 | Cuando llego a un lugar quiero ser el primero que atiendan. | | | | | |
| 24 | Cuestiono mis creencias y actitudes | | | | | |
| 25 | Trato de entender puntos de vista diferentes al mío. | | | | | |
| 26 | Las personas con quien mantengo relaciones, expresan sentirse a gusto conmigo. | | | | | |
| 27 | Además de la carga de la escuela, dedico tiempo extra a profundizar los contenidos vistos en clase. | | | | | |
| 28 | Participo en clases para dar mis opiniones en público | | | | | |
| 29 | Trato de sacarles sentido del humor a las críticas negativas que hace los demás de mí. | | | | | |
| 30 | Cuando me hacen falta los recursos apropiados para hacer un trabajo, desisto de él. | | | | | |
| 31 | Digo mentiras para no quedar mal ante otros. | | | | | |
| 32 | Me dejo llevar fácilmente por los consejos de mis amigos. | | | | | |
| 33 | Me da rabia cuando me contradicen en mis apreciaciones | | | | | |
| 34 | Mis relaciones afectivas se caracterizan en que doy mucho afecto y recibo muy poco | | | | | |
| 35 | Dedico algunas horas semanales al estudio de lo visto en clase | | | | | |
| 36 | Es importante el concepto que los otros tengan de mí | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 37 | Uso la risa como alternativa para tranquilizarme en situaciones tensionantes. | | | | | |
| 38 | Prefiero enfrentarme a situaciones conocidas | | | | | |
| 39 | Reflexiono sobre mis propios valores y de ser necesario los cambio | | | | | |
| 40 | Puedo resolver con rapidez los inconvenientes que se me presentan | | | | | |
| 41 | Considero que mi opinión es más importante que la de los demás | | | | | |
| 42 | Me cuesta trabajo expresar mis sentimientos a las personas con quien establezco relaciones | | | | | |
| 43 | Tengo motivación para el estudio | | | | | |
| 44 | Juzgo a los demás con base a nuestro primer encuentro | | | | | |
| 45 | Me cuesta trabajo tener sentido del humor cuando enfrento situaciones dolorosas | | | | | |
| 46 | Intento no caer en la rutina, realizando actividades diferentes a los demás días. | | | | | |
| 47 | Me cuesta trabajo diferenciar los actos buenos de los malos. | | | | | |
| 48 | Me cuesta trabajo resolver satisfactoriamente los conflictos que se me presentan | | | | | |
| 49 | Me doy cuenta de las cualidades que tienen las otras personas | | | | | |
| 50 | En mis relaciones, expreso abiertamente mis pensamientos y sentimientos | | | | | |
| 51 | Participo en actividades que están fuera del ámbito académico | | | | | |
| 52 | Los valores que poseo deben ser iguales a los de mi grupo | | | | | |
| 53 | A pesar de tener un problema grave, trato de mantenerme alegre. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 54 | Se me hace fácil adaptarme al cambio | | | | | |
| 55 | Soy colaborador (a) con las personas que me rodean | | | | | |
| 56 | Cumplo al pie de la letra las reglas que se me imponen | | | | | |
| 57 | Puedo identificar los defectos de las demás personas | | | | | |
| 58 | En mis relaciones afectivas tengo en cuenta los deseos del otro. | | | | | |
| 59 | Pertenezco a grupos deportivos, culturales, de capacitación u otros que difieren de la carga académica. | | | | | |
| 60 | Cuando vivo una experiencia significativa vuelvo a revisar mis principios. | | | | | |
| 61 | Cuando tengo un problema, me siento deprimido | | | | | |
| 62 | Busco otras funciones a los objetos que utilizo | | | | | |
| 63 | Me integro a grupos que brindan ayuda a los necesitados | | | | | |
| 64 | Cuando algo no sale como yo espero, recapacito sobre los errores que pude haber tenido. | | | | | |
| 65 | Identifico los aspectos positivos de situaciones vividas con anterioridad | | | | | |
| 66 | En las relaciones significativas que mantengo, me intereso por conocer los ideales y objetivos del otro. | | | | | |
| 67 | Mis compañeros me eligen para dirigirlos en actividades. | | | | | |
| 68 | Necesito la aprobación de los demás para tomar decisiones importantes. | | | | | |
| 69 | Me siento estresado al enfrentar situaciones adversas. | | | | | |
| 70 | Cuando tengo un problema planteo diferentes alternativas de solución | | | | | |
| 71 | Desconfío de las personas que se acercan a pedirme ayuda caritativa. | | | | | |
| 72 | Reflexiono sobre mis creencias. | | | | | |
| 73 | Me cuesta trabajo darme cuenta de los errores que he cometido anteriormente. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 74 | Me intereso por el bienestar de las personas que conozco. | | | | | |
| 75 | Cuando soy líder en un grupo, propongo ideas para el logro de objetivos. | | | | | |
| 76 | Me siento mejor cuando trabajo de forma independiente. | | | | | |
| 77 | Hago chistes acerca de situaciones de mi vida cotidiana | | | | | |
| 78 | Presento mis trabajos en clase de forma novedosa | | | | | |
| 79 | Sacrifico momentos que me generan placer para obtener, más adelante, grandes satisfacciones. | | | | | |
| 80 | Se me dificulta adaptarme a nuevos lugares | | | | | |
| 81 | Echo la culpa a los demás por los problemas que me suceden | | | | | |
| 82 | En las relaciones que establezco tengo en cuenta el bienestar propio | | | | | |
| 83 | Me gusta enfrentar retos | | | | | |
| 84 | Las orientaciones del docente son imprescindibles para mi aprendizaje | | | | | |
| 85 | Trato de mejorar los aspectos negativos de mi mismo. | | | | | |
| 86 | Me disgusta cuando me exigen mucho en clases. | | | | | |
| 87 | Prefiero trabajar en grupo | | | | | |
| 88 | Organizo actividades que me ayuden a mi crecimiento personal | | | | | |
| 89 | Cuando reflexiono sobre mi forma de ser, tengo en cuenta las apreciaciones de los demás. | | | | | |
| 90 | Espero a que otros me ayuden a resolver los problemas. | | | | | |

XIV.3. Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018

Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018 y Tabla de Clasificación.

A continuación se presenta el conjunto de preguntas que se deben realizar a cada hogar para aplicar correctamente la regla AMAI 2018 para estimar el Nivel Socioeconómico.

En cada una de las categorías de respuesta se presenta el total de puntos que aporta al modelo para calcular el Nivel al que pertenece el hogar.

PREGUNTAS

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

RESPUESTA

PUNTOS

Sin Instrucción 0 Preescolar 0 Primaria Incompleta 10 Primaria Completa 22
Secundaria Incompleta 23 Secundaria Completa 31 Preparatoria Incompleta 35
Preparatoria Completa 43 Licenciatura Incompleta 59 Licenciatura Completa 73
Posgrado 101

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda? RESPUESTA PUNTOS

00

1 24 2 ó más 47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

RESPUESTA PUNTOS

00

1 18 2 ó más 37

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿Este hogar cuenta con internet?

RESPUESTA

PUNTOS

NO TIENE 0 SÍ TIENE 31

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿Cuántas trabajaron en el último mes?

RESPUESTA PUNTOS

00 1 15 2 31 3 46

4 ó más 61

6. En esta vivienda, ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

RESPUESTA PUNTOS

00 16 2 12 3 17

4 ó más 23

TABLA DE CLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Una vez que se hayan realizado las preguntas del cuestionario, se deberán sumar los puntos obtenidos para cada uno de los hogares, y se utilizará la siguiente tabla para determinar el Nivel socioeconómico al que pertenece.

| Nivel Socioeconómico | Puntos |
|-----------------------------|---------------|
| A/B | 205 o más |
| C+ | 166 a 204 |
| C | 136 a 165 |
| C- | 112 a 135 |
| D+ | 90 a 111 |
| D | 48 a 89 |
| E | 0 a 47 |

XIV.4. Carta de Consentimiento Informado.

El formato de consentimiento informado debe reflejar la información proporcionada a los sujetos de investigación, el lenguaje que se emplee a lo largo del documento deberá estar al nivel de un estudiante con nivel de educación primaria. El formato debe comprender dos secciones, la primera en la que se proporciona la información del estudio, y la segunda, en la que el participante acepta participar al firmar el formato junto con dos testigos.

Primera parte. Información

1. En este documento se informará al participante de la investigación sobre el carácter voluntario de su participación.
2. Información sobre qué es una investigación.
3. El objetivo o propósito del estudio.
4. El /los tratamientos del estudio.

La forma y probabilidad de asignación a cada tratamiento, en caso de que sean estudios comparativos.

6. Los procedimientos que se llevarán a cabo.

7. Los riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.
8. Los beneficios esperados; si no hubiera beneficios directos para el paciente se debe de especificar este aspecto.
9. Las alternativas de tratamiento.
10. Los compromisos del investigador.
11. Los compromisos que asume el sujeto de investigación.
12. La gratuidad de todos los fármacos, productos y los procedimientos.
13. El tratamiento médico que se proporcionará en caso de daños derivados o lesión relacionada con el estudio.
14. Debe hacerse constar que la participación es voluntaria, puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de expresar las razones de su decisión o sin pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.
15. El permiso para acceder en forma directa a los registros de la investigación.
16. Se deberán incluir los nombres de monitores, auditores y proporcionarlos al CEI y a la autoridad sanitaria competente, señalando sus alcances, respetando la confidencialidad de la persona.
17. Información acerca de que los datos de identificación se mantendrán en forma confidencial asegurando que, si los resultados del estudio se publican, la identidad se mantendrá en forma confidencial y resguardada.
18. Las circunstancias por las cuales se puede dar por terminado el estudio.
19. La duración del estudio.
20. El número aproximado de participantes en la investigación.
21. Nombres y datos de contacto del investigador principal y el presidente del CEI. Se deberá firmar el formato por el sujeto o su representante y dos testigos, se entregará un duplicado de la hoja informativa, así como la hoja de firmas.

XIV.4.1. Carta de Consentimiento Informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INVESTIGACIÓN.

Yo, _____ he leído y comprendido la información

anterior y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante, padre, tutor Fecha

Testigo 1

Testigo 2

He explicado al Sr(a)_____ la naturaleza y los propósitos de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación en seres humanos.

Firma del investigador

Fecha

XIV.4.2. Carta de Asentimiento Informado.

MODELO ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola mi nombre es **Godwin González Estrada** y estudio la **Especialidad de Salud Pública** en la **Universidad Autónoma del Estado de México**. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca de **“LOS PILARES DE LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN A DESESPERANZA EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD URBANO TOLUCA, 2019”** y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en **contestar una encuesta que te proporcionaré.**

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará **a conocer más sobre el tema y poder tomar medidas oportunas para prevenir este problema.**

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____.