

Estilos de vida en embarazadas adolescentes

Lifestyles of pregnant adolescents

Ma. Sobeida L. Blázquez-Morales,¹ Dra. Irma Aída Torres-Férman,² MASS Patricia Pavón-León,¹ MASS Ma. del Carmen Gogascoechea-Trejo,¹ MASS Carlos R. Blázquez-Domínguez³

sobeida_blazquez@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. Los estilos de vida de cualquier persona constituyen la manera en que ésta se comporta en su cotidianidad, por lo que de ellos, dependen los riesgos a los que se exponen los individuos y que condicionan las posibilidades de enfermar o morir. Los estilos de vida de las adolescentes embarazadas son producto de los cambios propios de la etapa, de la gestación y del contexto en el cual se encuentran inmersas. **Objetivo.** Identificar los estilos de vida en un grupo de adolescentes embarazadas. **Material y Métodos.** Estudio observacional, descriptivo, transversal; muestra no probabilística constituida por 30 adolescentes embarazadas que acudían a consulta externa de control prenatal en un hospital. Se aplicó un instrumento denominado "Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud" para evaluar los estilos de vida. Las variables independientes fueron las características sociodemográficas y la dependiente los estilos de vida. **Resultados.** El 60% de la muestra manifestó estilos de vida no saludables y el 40% estilos de vida saludables. **Conclusion.** Poco menos de la mitad de la muestra estudiada no se actualiza en temas de salud, más de la mitad no lleva a cabo acciones de responsabilidad con su salud, no realiza ejercitación física y tampoco tiene una alimentación adecuada. El soporte interpersonal se realiza habitualmente y las actividades para manejar el estrés nunca se llevan a cabo.

Palabras claves: *adolescentes, embarazo, estilos de vida.*

SUMMARY

Introduction. The styles of living of any person represents the different forms of behavior, and, from these manners derives the risks of getting sick or died. In young pregnant women their way of living are related to the different stages of pregnancy and to the environment where they are immersed. **Objective.** To identify the lifestyles of a group of teenage pregnancies. **Material and methods.** An

observational, transversal and descriptive study was developed in a no probabilistic sample of 30 pregnant women attending to a hospital outpatient clinic for prenatal control. A survey name "Style of living, health support" was applied to assess manner of living. The style of living was the dependent variable, and the independent variable was the social and demographic characteristics. **Results.** 60% of the interviewed women show healthy style of living, and the 40% refer not very healthy ways of living. **Conclusion.** Less than 50% of the young pregnant women do not any get information related to pregnancy. More than 50% do not become aware of any conscientious action related to healthy styles. They do not appreciate any type of exercise, and they do not get an appropriate nutrition. The interpersonal support it is done, however activities for stress control are not carrying out.

Keywords: *adolescent, pregnancy, lifestyles.*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el término adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose tres fases: "adolescencia temprana" de los 10 a los 14 años, en donde ocurren la mayoría de los cambios biológicos; "adolescencia media" de los 15 a los 19 años, en donde predomina la interrelación sociológica; y la denominada "adolescencia tardía", contemplada de los 19 a los 21 años, en donde generalmente se presenta el logro de la identidad.¹

La adolescencia se considera como un tránsito a la vida adulta, la sociedad prepara al adolescente y le ofrece los recursos necesarios para que, una vez completada su formación, entre a desempeñar un papel en la sociedad. Los cambios biológicos y psicológicos que suceden en esta etapa, así como, las características geográficas, culturales y sociales que rodean al adolescente, sus características de personalidad y biológicas, darán como resultado un estilo de vida determinado, en la adolescencia los jóvenes se

⁽¹⁾ Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

⁽²⁾ Facultad de Medicina "Dr. Alberto Romo Caballero" Tampico, Tamaulipas, México.

⁽³⁾ Hospital Escuela Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

enfrentan por primera vez con conductas que suponen un riesgo para a salud.

En este trabajo se adoptó una caracterización ecléctica del término adolescencia, influida por las definiciones revisadas y tomando en cuenta algunos de los elementos constantes que dan cuerpo a la idea.

Quedando definida la adolescencia para esta investigación como: El período de la vida en donde el individuo busca su autonomía y su independencia económica, adquiere la capacidad de reproducción y en donde se considera que la tarea principal es la consolidación de la propia identidad, al descubrir quién es el individuo, primero en relación a él mismo y en segundo lugar, quién es en relación a la familia y a la sociedad.

El estilo de vida en los adolescentes adquiere una importante relevancia al tomar en cuenta que éste constituye los hábitos que en el adulto se consideran como parte de sí mismo, es decir, integran los elementos que lo configuran como un ser social.^{2,3}

El estilo de vida de cualquier persona, constituye la manera en que ésta se comporta en su cotidianidad, por lo que de él dependen los riesgos a los que se expone y que condicionan las posibilidades de enfermar o morir. Se sabe que durante la etapa de la adolescencia, el sujeto tiende a imitar conductas de sus grupos familiares, sociales y, principalmente, se inclina a copiar estilos que se promueven por los medios de difusión o comunicación social.⁴

Los estilos de vida abarcan cuestiones referentes a la casa en la que uno vive, los alimentos que se consumen, las actividades recreativas que se realizan, la distribución del tiempo libre, entre otras. Cuando se es niño, los padres ejercen gran influencia en la socialización de los estilos de vida, guiando la alimentación, la distribución del tiempo libre, la forma de vestir, etc., sin embargo, cuando se llega a la adolescencia, los jóvenes toman varias decisiones por sí mismos. El término "estilos de vida" es muy amplio, sin embargo, en este estudio nos centraremos en los estilos de vida relacionados con la salud.

La etapa de la adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales, ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad, la cual se adquiere en la siguiente etapa, la de adultez joven. Mientras eso llega, el adolescente usa desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora. El adolescente juega a descubrir la sexualidad adulta; generalmente en la niñez tienen contacto con una sexualidad incompleta, esto es, según haya sido manejada por sus padres, situación que antagoniza con las fuerzas biológicas

de maduración y las tendencias culturales del medio en que la adolescente se desarrolla. Por lo tanto, a mayor represión de la sexualidad infantil, mayor explosión de la conducta sexual en la adolescencia.⁵

Es importante destacar las fuentes a través de las cuales el adolescente recibe información sobre sexualidad, ya que éstas tienen distintas consecuencias en el comportamiento sexual del joven; la influencia más directa, temprana y permanente es la del grupo familiar, aunque ésta no es la más importante, desde el punto de vista del adolescente; la información acerca de sexo y métodos anticonceptivos la obtienen del grupo de pares, intercambiando generalmente información errónea.

La mayoría de los adolescentes no tiene aún la suficiente capacidad cognoscitiva y emocional que les permita asumir las consecuencias de las relaciones sexuales; por ello, requieren aprender a comunicarse, a tomar decisiones, a establecer objetivos y a saber cómo hacer frente a la presión de sus compañeros.^{6,7} Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura, donde compañeros, televisión, cine, música y revistas transmiten frecuentemente mensajes visibles o secretos en los cuales las relaciones sexuales, sin que estén casados, son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.⁸

Según estimaciones del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2003) la población mundial de adolescentes entre 10 y 19 años se encuentra próxima a los 1,200 millones de personas, lo que representa un 19% del total de la población mundial. La población actual de adolescentes y jóvenes en el mundo es, la más grande que ha existido de acuerdo a las estadísticas hay aproximadamente 3 mil millones de personas menores de 25 años y 85% de ellas vive en los países pobres. Cada año, 14 millones de adolescentes tienen hijos, y presentan 2 a 5 veces más probabilidad de morir por el embarazo y parto que las mujeres de 20 a 30 años. Múltiples factores, contribuyen al embarazo en la adolescencia. Uno de ellos es la pobreza, como causa y como efecto. Esta lleva al embarazo como una forma de conseguir cierta seguridad económica y personal, a la vez que se acompaña de una menor escolarización y por consiguiente de menor información y educación sobre la sexualidad y la reproducción. Las creencias erróneas sobre los métodos anticonceptivos y una mayor dificultad para acceder a ellos, son algunas de las consecuencias de esta situación.⁹

En México, según datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2003), en 2000, la población total era de 99,192,897 habitantes, correspondiendo 48,798,876 a la población femenina; de éstas 22,118,591 eran mujeres en edad fértil; reportándose que del grupo de jóvenes de entre 15 y 19 años, que ya tenían hijos

son: 742,958, y de las adolescentes, de entre 12 y 14 años, que ya eran madres: 18,298, dando un total de 761,256 mujeres menores de 19 años con hijos; lo que corresponde a 13.81% de adolescentes con hijos; en relación con el total de adolescentes del país, este porcentaje se elevó en 2%, de 1998 a la fecha. Razón por la cual el embarazo en la adolescencia ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia en la sociedad. Asimismo, el aumento del número de adolescentes embarazadas se agrava por el hecho de que actualmente el 58.5% de las jóvenes embarazadas son solteras, situación que afecta negativamente la calidad del embarazo.

Esta misma fuente, refiere que en el Estado de Veracruz, se presentaron 5 mil embarazos en adolescentes, de los cuales, en su mayoría ocurrieron en zonas rurales, entre la población indígena, que se encuentra en las zonas aisladas y más desprotegidas.¹⁰

Entre las consecuencias más importantes de la vida sexual de los adolescentes, se encuentran los embarazos. Las altas tasas de nacimientos entre las madres adolescentes son motivo de gran preocupación, dado que la salud de éstas y la del producto corren serios riesgos. Éstos se asocian generalmente a la presencia de mayores tasas de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. Desde el punto de vista médico, las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones graves como la toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, anemia grave, parto prematuro o placenta previa, entre otras. De igual manera, los hijos de mujeres adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer, que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. Por otro lado, las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos o estilos de vida no saludables, los cuales dejan al producto en mayor riesgo de presentar un crecimiento inadecuado, entre otras consecuencias. De la misma manera, cuanto más joven sea la madre, por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir en el primer año de vida.¹¹

Las consecuencias de los embarazos en las adolescentes son variadas y de gran importancia, porque repercuten no sólo en los factores psicosociales, afectivos, biológicos y económicos de la joven y del núcleo familiar, sino también en la sociedad en la cual se encuentra inmersa la familia, lo que origina problemáticas que trascienden, incluso, el ámbito nacional.

Por otro lado, y a pesar de haber logrado avances importantes en la atención de la salud de las adolescentes, el conocimiento de su problemática en algunas áreas es todavía deficiente y presenta obstáculos para la planeación e implementación de estrategias de intervención en los servicios de salud en México.

Los estilos de vida de las adolescentes embarazadas se consideran como uno de los componentes más significativos que atender, con la finalidad de prevenir las consecuencias biopsicosociales en el trinomio (madre-padre-hijo).

En el campo de las investigaciones sobre estilos de vida en la población en general se revisó un estudio llevado a cabo por Flórez y cols. en Colombia,¹² en donde se reportó que la muestra estudiada presentó estilos de vida ubicados en los niveles bajo, medio bajo y medio alto y nunca en un nivel alto o superior. Con respecto a estudios sobre estilos de vida en adolescentes embarazadas, se consideró una investigación en la cual se elaboró e implementó un programa educativo para la salud dirigido a la promoción y la prevención en jóvenes gestantes, en la cual en un primer momento se llevó a cabo la detección de los hábitos relacionados con el cuidado de la salud en este grupo de riesgo. Este estudio reportó que los estilos de vida de las adolescentes embarazadas fueron no aceptables en el 80% de la muestra incluida y después de la intervención se modificó al 70%.¹³

En el presente estudio se consideró como objetivo general la identificación de los estilos de vida en un grupo de adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa de control prenatal en una institución de salud de segundo nivel orientada a brindar atención ginecoobstétrica principalmente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó estudio observacional, transversal y descriptivo para identificar los estilos de vida en un grupo de adolescentes embarazadas. Debido al tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos, se utilizó una muestra no probabilística la cual estuvo constituida por 30 jóvenes embarazadas, que asistieron a consulta externa de control prenatal en el hospital escuela de la Universidad Veracruzana, donde se realizó el estudio. Como criterios de inclusión se consideraron las adolescentes de 14 a 19 años de edad, independientemente de las semanas de gestación que tenían al momento del estudio, o de si presentaban alguna complicación del embarazo, y que aceptaron participar en el estudio.

Recolección de la información. Para recabar la información en este estudio se utilizaron dos instrumentos, el primero fue la presentación y firma del "Formato de Consentimiento Informado", el cual como su nombre lo indica, daba la información completa sobre la investigación a realizar y hacía énfasis sobre la confidencialidad de la información. El segundo fue un formato que se elaboró ex profeso para este

estudio denominado "Hoja de Identificación" que recabó datos generales de las jóvenes. También se aplicó el "Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud", instrumento diseñado por Walker y colaboradores en 1990 y adaptado por Flórez en 1994, empleado para evaluar hábitos relacionados con el cuidado de la salud. La validez de este instrumento se midió con el coeficiente Alpha de Cronbach y el método de división de mitades, el resultado de ambas pruebas indicó alta confiabilidad (0.73 a 0.87). Este cuestionario está dividido en seis factores o indicadores: autoactualización, responsabilidad con su salud, ejercicio, nutrición, soporte interpersonal y manejo de estrés. Se compone de 50 ítems, con cuatro opciones de respuesta: N (nunca), V (a veces), F (frecuentemente), R (rutinariamente), donde los valores corresponden a N=1, V=2, F=3, R=4, con una puntuación mínima posible de 50 y máxima de 200. La evaluación global del cuestionario, se realizó tomando en cuenta lo siguiente: un puntaje alto (más del 60%) indica estilo de vida saludable, y un puntaje bajo (menos del 60%) corresponde a estilo de vida no saludable.

Como variables independientes se consideraron las características sociodemográficas: edad, religión, estado civil, escolaridad, residencia, ocupación y tipo de familia. La variable dependiente fue el estilo de vida, definida conceptualmente como "aquellos patrones de conducta individual, que tienen determinada consistencia en el tiempo, bajo condiciones más/menos constantes, y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad dependiendo de su naturaleza".¹⁴ Esta variable fue evaluada a través de los indicadores: Autoactualización (percepción que la adolescente tiene con respecto a su actitud hacia la vida, tomando en cuenta el estado de ánimo, las capacidades y debilidades, la ubicación y el realismo); Responsabilidad con la Salud (acciones que la adolescente manifiesta hacer con respecto al cuidado de su salud, como informarse, pedir consejos a profesionales capacitados y tener cuidados de su estado físico); Ejercicio (cualquier actividad física que se realice, sea cual fuere la finalidad); Nutrición (acciones que el sujeto lleva a cabo respecto de su alimentación diaria); Soporte Interpersonal (relación que la adolescente manifiesta mantener con su familia y grupo de amigos en cuanto a contacto físico y manifestación de emociones); Manejo del estrés (acciones que la adolescente realiza para controlar la ansiedad).¹⁵

Para llevar a cabo la evaluación de los resultados se diseñó una base de datos en Excel y se realizó un análisis descriptivo de la información mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 30 adolescentes

embarazadas, con una edad promedio de 17 años (Mín.15, Máx.19), donde el mayor porcentaje se ubicó en el rango de edad de 15 a 17 años (56.6%). En cuanto a la creencia religiosa expresada por las adolescentes se observó que 27 (90%) practicaban la religión católica; el 80% de las jóvenes eran casadas; la mayoría (66.6%) contaban con escolaridad básica (primaria y secundaria); la ocupación de las jóvenes, al momento de ser entrevistadas, 23 (76.3%) eran amas de casa, y 7 (23.3%) empleadas. Con respecto al tipo de familia, se identificó que 17 (56.6%) de las embarazadas pertenecían a una familia extensa (padres, hijos y otro familiar consanguíneo habitando en la misma casa) y 13 (43.4 %) vivían sólo con su pareja (familia nuclear). (Cuadro 1)

CUADRO 1. Características sociodemográficas de las adolescentes incluidas en el estudio.

Características	Frecuencia n=30	%
Rango de edad:		
15 a 17 años	17	56.6
18 a 19 años	13	43.4
Religión:		
Católica	27	90.0
Otra religión	3	10.0
Estado Civil:		
Casadas	24	80.0
Solteras	6	20.0
Escolaridad:		
Básica	20	66.6
Media	9	30.0
Superior	1	3.3
Ocupación:		
Amas de casa	23	76.3
Empleadas	7	23.3
Tipo de familia:		
Familia extensa	17	56.6
Familia nuclear	13	43.4

Fuente: Hoja de identificación.

Los resultados de la variable Estilos de Vida se pueden observar en el cuadro 2. En el indicador Autoactualización se observó que la opción frecuentemente obtuvo la mayor frecuencia, con un porcentaje de 41%, el segundo punto en frecuencia correspondió a veces, con 35.4%, seguido por rutinariamente, con 21.3%, y por último la opción nunca con 3% del total de las respuestas.

En relación a responsabilidad con la salud, la respuesta nunca, presentó la mayor frecuencia con 52.7%, seguida de la opción a veces con 25.3%, la alternativa frecuentemente obtuvo 16.4% y la elección rutinariamente 5.6%.

El indicador Ejercicio, presentó la alternativa nunca como la de mayor frecuencia con 57.3%, la segunda elección en frecuencia, fue a veces con 26.7%, seguido de la opción frecuentemente con 10.7% y rutinariamente, resultó con el porcentaje más bajo 5.3% del total de las respuestas de las jóvenes.

El indicador Ejercicio, presentó la alternativa nunca como la de mayor frecuencia con 57.3%, la segunda elección en frecuencia, fue a veces con 26.7%, seguido de la opción frecuentemente con 10.7% y rutinariamente, resultó con el porcentaje más bajo 5.3% del total de las respuestas de las jóvenes.

Nutrición, el cuarto indicador, la opción a veces representó el porcentaje mayor con 43.3%, seguida de la alternativa rutinariamente con 22.8%, la elección frecuentemente ocupó el tercer lugar en frecuencia con 17.2%, y por último la respuesta nunca con 16.7%.

Nutrición, el cuarto indicador, la opción a veces representó el porcentaje mayor con 43.3%, seguida de la alternativa rutinariamente con 22.8%, la elección frecuentemente ocupó el tercer lugar en frecuencia con 17.2%, y por último la respuesta nunca con 16.7%.

El indicador Soporte interpersonal mostró que las elecciones a veces y frecuentemente fueron las que alcanzaron la mayor frecuencia con 33.8% en ambas, la opción nunca logró un porcentaje de 22.4%, resultando en segundo lugar; y por último se encontró la alternativa denominada rutinariamente con un 10%.

El indicador Soporte interpersonal mostró que las elecciones a veces y frecuentemente fueron las que alcanzaron la mayor frecuencia con 33.8% en ambas, la opción nunca logró un porcentaje de 22.4%, resultando en segundo lugar; y por último se encontró la alternativa denominada rutinariamente con un 10%.

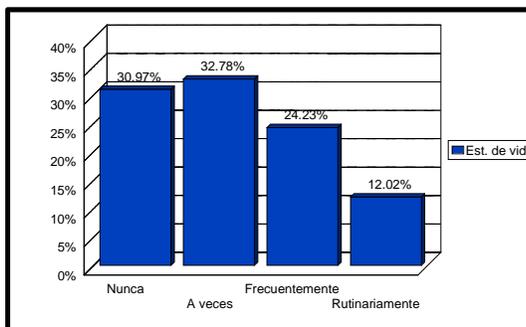
Manejo del estrés, último indicador del instrumento, mostró la opción nunca con el porcentaje más alto 34.8%, la elección a veces con 31.9%, la respuesta frecuentemente con 26.2% y

Manejo del estrés, último indicador del instrumento, mostró la opción nunca con el porcentaje más alto 34.8%, la elección a veces con 31.9%, la respuesta frecuentemente con 26.2% y

CUADRO 2. Porcentaje de respuesta por indicador de la variable Estilos de Vida.

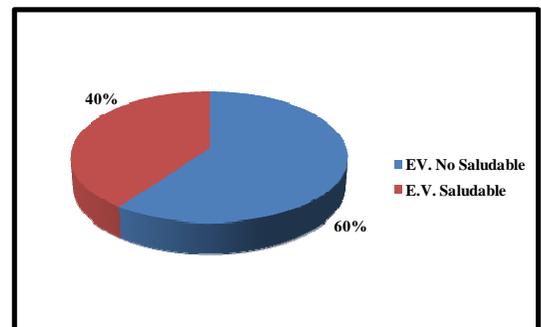
	Autoactualización	Responsabilidad con la salud	Ejercicio	Nutrición	Soporte interpersonal	Manejo del estrés
Nunca	2.3	52.7	57.3	16.7	22.4	34.8
A veces	35.4	25.3	26.7	43.3	33.8	31.9
Frecuentemente	41.0	16.4	10.7	17.2	33.8	26.2
Rutinariamente	21.3	5.6	5.3	22.8	10.0	7.1

GRÁFICA 1. Distribución global en las respuestas obtenidas en el instrumento "Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud"



Fuente: Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud

GRÁFICA 2. Distribución global en la variable "Estilo de Vida" (E.V.)



Fuente: Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud

DISCUSIÓN

En la descripción sociodemográfica de la muestra, la edad de las jóvenes pertenecía al intervalo de menor edad (15 a 17 años), rango que coincide con lo reportado por el INEGI¹⁰ y por Padrón,¹⁶ sin embargo, en el estudio realizado por Alonso, el grupo de edad que predominó fue el de 17 a 19 años.¹⁷ Con respecto a la religión, la mayoría expresó practicar la católica, situación que ejerce escasa o nula influencia en su comportamiento sexual, tomando en cuenta que en las adolescentes, sin importar el culto que practiquen, toda recomendación que provenga de la religión es ignorada e incluso rechazada. Esto podría deberse a que los representantes de la religión, al igual que los padres y maestros, son vistos como figuras de autoridad, las cuales son generalmente rechazadas por las jóvenes.¹⁶

En lo referente al estado civil de la mayor parte de la muestra, se reportó que las jóvenes manifestaron ser casadas o en unión libre, datos que no coinciden con los expresados por el INEGI,¹⁰ quién reporta que 55.4% de las jóvenes embarazadas son solteras. Dicha situación podría estar mediada por la participación de las familias de ambos adolescentes, quienes generalmente obligan a los jóvenes a una unión o matrimonio "forzoso", lo que en muchas de las ocasiones y debido a la falta de habilidades de los chicos para resolver conflictos, superar problemas económicos, tener un escaso conocimiento de ellos mismos, entre otros muchos factores, contribuye a expresar estilos de vida no saludables que solo pueden ser el reflejo de una dinámica familiar conflictiva.^{1,18,19,20} La escolaridad de las adolescentes está de acuerdo con la edad de las mismas, sin embargo, algunas de ellas presentaron ausencias escolares por complicaciones biológicas del embarazo, lo que se piensa puede repercutir en su rendimiento escolar o incluso en el abandono de la escuela, situación muy frecuente en estos casos.^{1,10}

Con respecto al lugar de residencia, se pudo observar que la mayor parte de las jóvenes que manifestaron radicar en Xalapa, Veracruz, viven en zonas suburbanas de la ciudad. Lo que concuerda con lo mencionado por algunos organismos internacionales, en cuanto a que las adolescentes de zonas rurales o suburbanas tienen más factores de riesgo para presentar un embarazo.^{21,22}

Las adolescentes estudiadas dijeron vivir en familias extensas y ser "amas de casa", condiciones que pueden deberse a que la joven sigue viviendo con sus padres o, en su caso, con los suegros, donde generalmente es obligada a desempeñar el rol de ama de casa, con la finalidad de seguir siendo apoyada económicamente.^{16,21,23}

Por otro lado, y en cuanto a la variable independiente Estilo

de vida, los resultados arrojaron que las acciones de Autoactualización se realizan rutinariamente, dato que no coincide con los estudios revisados,²⁴ los cuales reportan que las jóvenes generalmente no llevan a cabo acciones de autoactualización, porque el proceso de adopción de estilos de vida saludables y conductas preventivas está relacionado con la personalidad del sujeto y, en esta etapa, dicho elemento está en consolidación, por lo que se piensa que los datos obtenidos en este estudio pudieron deberse al tamaño pequeño de la muestra.

Es importante mencionar que la responsabilidad con la salud de acuerdo con algunos estudios, está directamente relacionada con las configuraciones cognitivas, y que éstas son formadas individualmente o compartidas culturalmente con base en la realidad que modela el entendimiento del significado.²⁵

En el caso de las adolescentes, las configuraciones cognitivas se trastornan debido a las crisis propias de la etapa, quizás es por ello que en los resultados en este estudio más de la mitad de las jóvenes manifestaron nunca llevar a cabo acciones de responsabilidad con la salud.

En lo que corresponde a la ejercitación física, el análisis arrojó que nunca se lleva a cabo, debido probablemente a la percepción distorsionada de su autoconcepto y autoestima.²⁶ La Nutrición adecuada según los resultados demostró que sólo se llevó a cabo a veces, situación que concuerda con los estudios revisados,¹ debido a que en la adolescencia la adquisición o el abandono de hábitos depende más de la moda que de decisiones propias, lo que en la mayoría de las situaciones impide la adopción de estilos de vida saludable en los jóvenes.

El indicador Soporte interpersonal resultó ser realizado a veces y frecuentemente, sin embargo, éste sólo se refirió a la relación que establecen con su grupo de amigos, y no así con sus familiares. En las investigaciones revisadas²⁷ se menciona lo mismo, y lo adjudican a que las adolescentes se sienten amenazadas en sus necesidades básicas (seguridad, protección, aceptación, pertenencia a un grupo, dar y recibir afecto). Por lo que el apoyo que necesitan percibir lo buscan en su grupo de amigos, debido a que generalmente son rechazadas por la familia. El Manejo de estrés se reportó como nunca realizado, situación posiblemente atribuible a dos factores, el primero es el no estar consciente de presentarlo, y el segundo, por no tener la información o las herramientas adecuadas para manejarlo.¹³

Más de la mitad de la muestra presentó estilos de vida no saludables, probablemente atribuibles a los datos mencionados anteriormente además de que las jóvenes tienden a copiar conductas que promueven los medios de comunicación social, los cuales inducen comportamientos

no saludables, como el consumo de alcohol y tabaco, alimentación inadecuada, falta de ejercicio y relaciones sexuales sin protección.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que en las adolescentes embarazadas no les es prioritario adoptar conductas saludables, porque los cambios de la etapa y el mismo embarazo afectan gravemente la personalidad y ésta interviene directamente en la adquisición o no de conductas preventivas. Además de que los estilos de vida de las adolescentes están mediados por otros factores como por ejemplo familiares (imitar conductas), socioculturales (copiar estilos), psicológicos (baja autoestima), económicos (bajos recursos) y escolares (abandono de la escuela). Asimismo el embarazo y las transformaciones biológicas, anatómicas y funcionales que éste conlleva, así como los nuevos roles sociales, los sentimientos de frustración, ansiedad, y la inseguridad acerca de cuál será el resultado final del embarazo y el parto, como lo refiere.²⁹

En el estudio se identificaron algunos factores de riesgo presentes en las adolescentes gestantes, que coinciden con los señalados por algunos autores: ansiedad, miedo, estrés, frustración y trastornos en el desarrollo de la personalidad, ausencia o pérdida del apoyo percibido, ocultar y/o negar el embarazo, situación que media el no asistir al control prenatal con las implicaciones que esto conlleva, percibir amenaza en sus necesidades básicas como bienestar físico, seguridad, protección, aceptación, pertenencia a grupo, sensaciones de culpa, pena, rabia y angustia, pérdida de la autonomía, rechazo de la familia, problemas de tipo económico por reducidos o nulos ingresos, lo que ocasiona que pase a depender de su familia o de la de su pareja, quien generalmente presenta también una precaria economía.^{1,27,28,29,30,31,32}

Tomando en cuenta la información revisada y los resultados del presente estudio, se confirma que es necesario se aborde, en primer lugar, la prevención del embarazo en adolescentes, elaborando programas preventivos desde una perspectiva holística donde se consideren los factores protectores, como es el hecho de fomentar una buena relación con al menos uno de los padres u otro adulto que goce del aprecio de la joven, lograr una adecuada cohesión familiar y favorecer el mejorar la autoestima y la autoeficacia del adolescente.^{33,34}

Por otro lado, y de acuerdo con los resultados obtenidos, ante la presencia de un embarazo en adolescente, cuando éste ha sido plenamente comprobado, lo más importante en su manejo es que se afronte la situación desde una visión holística promoviendo el apoyo familiar, económico,

psicológico y social, poniendo especial atención a la promoción e inducción de estilos de vida saludables, con la finalidad de incidir en una etapa preventiva de la atención a la salud de las jóvenes gestantes y del producto de ese embarazo. Para poder lograrlo, es fundamental la participación de la familia, sin ella no será posible apoyar a la adolescente embarazada durante todo el proceso de la gestación, el parto y posteriormente la crianza de ese niño, el cual es considerado también como de alto riesgo, por lo que es importante monitorearlo durante su desarrollo.

Dentro de este escenario multifactorial de la situación del embarazo en los adolescentes, se propone que el estudio y el abordaje preventivo y resolutivo, debe ser multi y transdisciplinar. Incluir otras áreas de investigación, como la educativa y la social, tomando en cuenta que en ellas se consideran factores e indicadores muy importantes en la problemática del embarazo en las adolescentes.

En la presente investigación, se logró una aproximación a la situación del embarazo en adolescentes, la aplicación en una muestra de nuestra población nos da una visión a considerar, como un primer acercamiento de esta problemática en nuestro entorno, sin embargo, es conveniente realizar investigaciones con esta perspectiva, en muestras más grandes y con intervalos de edad más amplios, ya que los estudios revisados,^{12,30} han considerado muestras pequeñas, de entre 27 y 35 adolescentes.

Así como llevar a cabo estudios similares en otras instituciones del sector salud de la misma región, con la finalidad de comparar los resultados en cuanto a semejanzas y diferencias, de esta manera, elaborar programas preventivos, dirigidos específicamente a la población a intervenir, basados en las observaciones realizadas y en los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

1. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2006; 153:13-17.
2. Balaguer SI, Pastor RY, Moreno SY. Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Valenciana de Estudios Autonómicos* 1999; 26:36-56.
3. Castillo I, Balaguer I, García-Merita M, Valcárcel-Valencia P. El papel de la familia y de los pares en el estilo de vida de los adolescentes. *Encuentros en Psicología Social* 2004; 2 (1), 20-26.
4. Cid HP, Merino-E JM, Stieповich-B J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de

- salud. *Rev méd Chile*. 2006; 134:1491-1499. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006001200001&script=sci_arttext.
5. Sánchez GO. Para entender la conducta sexual de los adolescentes. *Acta Pediatr Méx* 2002; 23 (4): 207-209.
 6. Hayes Ch. *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*. 1ed. Washington, D.C.: National Academy Press; 1987.
 7. Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *RESPYN (México)* 2008; 9 (4): 1-10.
 8. Dávila LO. Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes: Última década, Chile. *CIPDA* 2004; 21:03-104.
 9. OPS. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington, D.C.; 2005.
 10. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Datos Poblacionales: Población total de México. Instituto Alan Guttmacher, México D.F.: INEGI, 2003.
 11. Oviedo-Cruz H, Lira-Plascencia J, Ibarguengoitia-Ochoa F, Ahued-Ahued R. Cuantificación del riesgo perinatal en adolescentes mexicanas: consecuencias del bajo peso materno. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:365-70.
 12. Flórez-Alarcón L. Evaluación del Estilo de Vida. *Boletín Latinoamericano de Psicología, Colombia*, 1998; 1-46.
 13. Flórez-Alarcón. L. Elaboración e implementación de un Programa de Educación para la Salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes. *Revista Electrónica Hispanoamericana de Psicología, Colombia*, 1998. En: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-142-elaboracion-e-implementacion-de-un-programa-de-educacion-para-la-salud-dirigido-.pdf>
 14. Roth E. Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista latinoamericana de Psicología* 1990; 22(1): 27-50.
 15. Walker SP, et al. Blood pressure in late pregnancy and work outside the home. *Obstetrics and Gynecology* 2001; 97(3): 361-365.
 16. Padrón-Arredondo G. Embarazo en adolescentes estudio sociodemográfico de 218 pacientes. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2005; 68(1):13-19.
 17. Alonso-Uría RM, Campo-González A, González-Hernández A, Rodríguez-Alonso B, Medina-Vicente L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(5-6). En: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n5-6/mgi095-605.pdf>.
 18. Cáceres-González J, Escudero-Carranza V. Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados. Madrid, España: Pirámide; 2002.
 19. Escobar, M. Estudio cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes (Tesis). Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Psicología: 1995.
 20. Sánchez M. Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia: un análisis en función del género. *Rev latinoam Psicol* 2005; 37(1):71-79.
 21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2000
 22. Arraigada I. Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)* 2002; 143-161.
 23. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población, Universidad Autónoma del Estado de México* 2004; 39:129-158.
 24. González-Rey F. *Psicología de la personalidad*. La Habana, Cuba: Ed. Pueblo y Educación; 1985.
 25. Garaigordobil-Landazabal M, Cruz MS, Pérez-Molero JI. Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología* 2003; 24(1):113-134.
 26. Pastor Y, García-Merita ML, Balaguer-Solá I. El autoconcepto y la autoestima en la adolescencia media: análisis diferencial por curso y género. *Revista de psicología social* 2003; 18(2):141-162.
 27. Rivas-Perdomo E, Álvarez R, Mejía G. Evaluación nutricional en un grupo de adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia. Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2005; 56(4):281-287.
 28. Fuentes, M. Lobos G. *Adolescente embarazada*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1994.
 29. Bonilla-Sepúlveda OA. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2010; 61:207-213.
 30. Molina SM, Ferrada NC, Pérez VR, Cid SL, Casanueva EV, García CA, Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica Chilena* 2004; 132:65-70.
 31. Mirabal-Martínez G, Martínez M, Pérez-Domínguez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enfermer* 2002; 18(3):175-83
 32. Dunn S, Putallaz M., Sheppard B, Lindstrom R. Social support and adjustment in gifted adolescents. *Journal of Educational Psychology* 1987; 89(4): 467-473.
 33. Grossman FK, Beinashowitz J, Anderson L, Sakurai M, Finnin L, Flaherty M. Risk and resilience in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 1992; 21(5): 529-550.
 34. Lane J, Gerstein D, Huang L. Risk and protective factors for adolescent drug use: Findings from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. 2001. En: http://www.oas.samhsa.gov/NHSDA/NAC97/Table_of_Contents.htm.