

## Embarazo en universitarias, el caso de la UAEH, 2014

*Pregnancy in college, the case UAEH, 2014*

**Asael Ortiz Lazcano**

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

[lazcano@uaeh.edu.mx](mailto:lazcano@uaeh.edu.mx)

### Resumen

El embarazo en adolescentes es un problema de salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las universitarias, suele creerse, no corren ese riesgo; sin embargo, los datos demuestran que cada vez más universitarias de distintas regiones del mundo, sobre todo Latinoamérica, se embarazan, lo que pone en tela de juicio la calidad de la educación que reciben en sus universidades. El presente trabajo analiza el fenómeno del embarazo en universitarias de acuerdo a un censo realizado en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El objetivo de dicha investigación es relacionar el índice de culpabilidad sexual con la actividad sexual, así como con la falta de uso de métodos anticonceptivos en mujeres universitarias de entre 15 y 23 años de edad al momento de embarazarse. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un breve cuestionario sobre conducta sexual y otras variables de corte sociodemográfico, así como entrevistas. Se intentó demostrar que el sentimiento de culpa en relación con el sexo genera inactividad sexual o falta de uso de métodos anticonceptivos. En parte, los datos obtenidos confirman dicha hipótesis, ya que sí existe relación entre la culpa sexual y el inicio de las relaciones sexuales, así como también entre la culpa sexual y la falta de uso de algún método anticonceptivo en mujeres sexualmente activas. Asimismo, se investigó sobre qué tanta información tienen acerca de los métodos anticonceptivos y su frecuencia de uso.

**Palabras clave:** embarazo, universitarias, culpa sexual.

## Abstract

Teen pregnancy is considered a health problem according to the World Health Organization (WHO), and tend to regard the university are far from those behaviors. However, data show that increasing university in different latitudes, especially in Latin America, are in the group of pregnant women, which puts into question the type and quality of education received in their universities. This paper discusses the university pregnancy, according to a census taken at the Autonomous University of the State of Hidalgo, and to analyze in detail this phenomenon.

The objective of this research seeks to relate the rate of sexual guilt with sexual activity; and the use and non-use of contraceptive methods in college women between 15 and 23 years when pregnancy occurs. The data were obtained by applying an abbreviated questionnaire sexual behavior and other sociodemographic variables court, and a second working section with interviews. He tried to show that most sexual guilt produces a sexual inactivity or inhibit the use of contraception when sexual activity. The data obtained confirm the hypothesis partly because there is a correlation between guilt and early sexual intercourse and sexual relationship between guilt and use non-use of contraception in sexually active women also found. There was also information that corroborates that both knew of contraceptive methods, and frequency of contraceptive use.

**Key words:** pregnancy, university, sexual guilt.

**Fecha recepción:** Junio 2015

**Fecha aceptación:** Agosto 2015

---

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, y que se caracteriza por una serie de cambios orgánicos asociados con la pubertad, así como con el desarrollo de funciones de carácter reproductivo en ambos sexos. Estos cambios van acompañados de profundos ajustes psicosociales que son

impactados por cuestiones socioculturales, posturas ideológicas de tipo familiar, religioso, académico, entre otras.

Diversas investigaciones científicas refieren que el comportamiento sexual y reproductivo en las adolescentes muestran que cada vez inician su vida sexual activa a edades más tempranas, y que en su mayoría lo hacen desprovistas de información objetiva, oportuna y clara sobre el manejo de la sexualidad, las responsabilidades de la maternidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos modernos (Stern, 2012). Este escenario, sin duda, las expone a un mayor riesgo de experimentar un embarazo no deseado, un aborto provocado o el contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Para la OMS, el embarazo durante la adolescencia es un evento de riesgo debido a sus repercusiones en la salud de la madre y el producto, generando asimismo secuelas psicosociales e impacto en el proyecto de vida de las jóvenes. El embarazo en las adolescentes representa un problema de salud pública dado que están atravesando por una etapa de crisis en la cual la familia juega un papel importante. Para algunos autores es una etapa trascendente en donde se ancla el éxito o fracaso de los jóvenes (Reyes, 1993; Stern, 2012).

A pesar de los estudios científicos y avances alcanzados en torno a la salud sexual y reproductiva, aún es elevado el número de embarazos no planeados que ocurren en la población adolescente, lo cual representa un desafío para el país y, en específico, para el estado de Hidalgo. De acuerdo a los datos más recientes a nivel nacional, los programas sociales y las clases de sexualidad en las escuelas son insuficientes. En la década del año 2000, la tasa de fecundidad entre las adolescentes de 15 a 19 años fue de 70.4 por cada mil mujeres. El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) refiere que 61.5 % de las jóvenes de 15 a 19 años no utiliza ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; además de que 60 % de los embarazos en ese rango de edad no fueron planeados ni deseados. La cobertura de anticonceptivos en mujeres con pareja o casadas fue de 72.5 %, mientras que entre las indígenas solo se cubrió 58.3 %: 63.7 % entre las mujeres de actividades agrícolas (campesinas) y 60.5 % sin ningún grado de estudios.

De acuerdo con datos de la OMS, anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz, representando aproximadamente el 11 % de todos los nacimientos en el mundo. Para reducir el número de embarazos precoces recomienda contar con leyes y actividades comunitarias que apoyen la edad mínima para contraer matrimonio, así como un mejor y mayor acceso a la anticoncepción (OMS, 2012).

Con respecto a América Latina, el documento *Prevención del Embarazo Adolescente* publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, indica que de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial por cada mil nacimientos que ocurren en América del Sur, 74 provienen de mujeres adolescentes, también se establece que los embarazos en adolescentes representan aproximadamente 18 % de todos los embarazos en el área andina (ONU, 2012).

Para el caso mexicano y de acuerdo con los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, 2012), se concluye que 90 % de la población de adolescentes (12 a 19 años de edad) a nivel nacional conoce o ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo, pero no existe certeza de que conozcan la manera adecuada como se utilizan. El porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado su vida sexual alcanza el 23 %, siendo los hombres el 25.5 %, y las mujeres el 20.5 %. Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7 % de los hombres y 33.4 % de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, aunque el preservativo masculino se ubica entre los métodos más utilizados por los adolescentes con 80.6 por ciento.

Del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9 %) alguna vez ha estado embarazada y 10.7 % estaba atravesando por un embarazo al momento de la entrevista. La tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37.0 nacimientos por cada 1000 mujeres, superior a la observada en 2005 para la ENSANUT 2006 de 30.0 nacimientos por cada 1000 mujeres. Los resultados muestran que ha habido un incremento en los nacimientos en mujeres adolescentes de 2005 a 2011, pasando de una tasa de 30.0 a 37.0 respectivamente por cada mil mujeres, datos que indican que la promoción de la salud y educación sexual entre los adolescentes es de gran relevancia. Sin embargo, en la misma encuesta se apunta que: “Es importante señalar que ante la caída de la

fecundidad general, el aporte relativo que hacen las adolescentes a la fecundidad total es cada vez mayor y este fenómeno adquiere, por tanto, mayor importancia” (ENSANUT, 2012).

Con respecto a la incidencia o tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para 2012, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) describe los datos plasmados en el cuadro I. Se observa que Durango es el estado que presenta la tasa más alta de fecundidad en adolescentes de 15 a los 19 años de edad con 79.6 de cada mil y, por el contrario, la tasa de incidencia más baja la tiene el Distrito Federal con 36.4. El estado de Hidalgo se ubica de forma ascendente en el lugar 16, con una tasa de 58.3 embarazos por cada mil mujeres entre las edades de 15 a 19 años.

Tomando en consideración los estratos manejados por el INEGI así como el porcentaje de incidencia, siete estados son los que tienen la tasa más alta de fecundidad, la cual está entre el 64.8 y el 79.6. Dichos estados son: Chiapas, Guerrero, Chihuahua, Coahuila, Nayarit, Sinaloa y Durango.

**Cuadro I**  
**Tasas de fecundidad en mujeres mexicanas de 15 a 19 años**  
**de acuerdo a su entidad federativa, 2012.**

Entidad	Tasa	Entidad	Tasa
Nacional	58.65	Nacional	58.65
Aguascalientes	59.90	Morelos	54.22
Baja California	59.99	Nayarit	73.90
Baja California Sur	61.39	Nuevo León	59.45
Campeche	58.11	Oaxaca	50.22
Chiapas	66.79	Puebla	56.54
Chihuahua	72.47	Querétaro	44.45
Coahuila	72.67	Quintana Roo	60.66
Colima	44.53	San Luis Potosí	48.90
Distrito Federal	36.39	Sinaloa	74.92
Durango	79.56	Sonora	64.77
Guanajuato	50.32	Tabasco	60.72
Guerrero	69.18	Tamaulipas	64.31
Hidalgo	58.32	Tlaxcala	50.27
Jalisco	50.21	Veracruz	59.25
México	54.55	Yucatán	48.79
Michoacán	54.48	Zacatecas	56.69

Fuente: INEGI, 2012.

Son trece estados los que se ubican en el rango de 54.6 a 64.8 en la tasa de fecundidad: Puebla, Zacatecas, Campeche, Hidalgo, Veracruz, Aguascalientes, Baja California, Nuevo León,

Quintana Roo, Tabasco, Baja California Sur, Tamaulipas y Sonora. Y nueve estados se ubican en un nivel de 44.5 a 54.6: Yucatán, San Luis Potosí, Jalisco, Oaxaca, Tlaxcala, Guanajuato, Morelos, Michoacán y México.

Por último, tres son las entidades federativas que se ubican en el rango más bajo que el INEGI señala de 36.4 al 44.5: Distrito Federal, Querétaro y Colima. Tras analizar estos datos es indiscutible que el diagnóstico y manejo del embarazo imprevisto en la adolescente constituye un tema importante, y que va a la alza en el caso mexicano, asociado a pobreza, falta de acceso a los métodos anticonceptivos y falta de información.

### **Factores del embarazo en la adolescente**

Algunos investigadores han encontrado que una variable de peso para que una adolescente se embarace es el inicio precoz de las relaciones sexuales, las cuales están ligadas en cierta medida con el noviazgo, aunque no siempre es así. Otros investigadores han encontrado que el inicio precoz de la actividad sexual también obedece a factores tales como pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, tener una orientación deficiente en cuanto a metas personales, bajo rendimiento académico, escasas oportunidades y escuelas deficientes (Klerman, 1993).

Otro factor a tomar en cuenta es la influencia que reciben de compañeras y hermanas; la adolescente rodeada de hermanas y amigas con vida sexual activa tiende a ser más permisiva con respecto al sexo premarital y la conducta sexual. Esto tiene un impacto fuerte en las niñas núbiles, pues se incrementan sus intenciones de tener sexo. Las adolescentes con padres jóvenes también corren mayor riesgo de tener un embarazo precoz. Klerman advierte que para que una mujer se separe de sus familiares, amigas y vecinas y se proponga: 'voy a vivir de manera distinta', debe contar con una determinación extraordinaria (Klerman, 1993). Por lo tanto, las adolescentes rodeadas de hermanas y compañeras embarazadas o con hijos tienden a experimentar sentimientos positivos o ambivalentes hacia la maternidad precoz.

En ese sentido, la actividad sexual sin el uso de métodos anticonceptivos, o sin emplear de manera correcta algún método anticonceptivo, contribuye de forma importante a incrementar las tasas de embarazo en adolescentes. Algunas adolescentes aunque no desean embarazarse y

rechazan siquiera la posibilidad, sostienen ideas erróneas que potencian su probabilidad de quedar embarazadas, por ejemplo, creer que el embarazo es resultado solo de la actividad sexual frecuente, o incluso que en la primera relación sexual no puede haber embarazo, o que cuando están menstruando el embarazo es imposible.

Otros factores vinculados a la maternidad entre adolescentes son tener una madre joven y experimentar sentimientos positivos o ambivalentes hacia la paternidad. En ese sentido, Cox descubrió que los factores que contribuyen al alto índice de embarazos en adolescentes se relacionan con la convivencia con madres jóvenes, las actitudes permisivas, la falta de control paterno y la presencia de una hermana madre (Cox, 2007). La influencia que tiene esta hermana quizá esté vinculada con el papel positivo que desempeña la madre adolescente dentro del hogar, con actitudes más favorables hacia el inicio temprano de la vida sexual y las actividades compartidas, o tal vez solo sea una permisividad amplia. También impactan algunos factores socioculturales, como ciertas normas de la comunidad y la sociedad que favorecen la maternidad temprana, las cuales interactúan con las influencias de los compañeros y alteran las habilidades sociales y la capacidad de autorregulación, el sentimiento de autoeficiencia y los valores sexuales de cada persona. Algunos factores tales como la depresión, la desesperanza, la pobreza, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y físico, y el consumo de sustancias tóxicas, incrementan el riesgo de embarazo temprano en la vida de las adolescentes. El proceso integrador central de los factores intrafamiliares, socioculturales y personales tiene un significado personal, e impacta de forma importante en la vida subjetiva de la adolescente (FEIM, 2003).

El embarazo en la adolescencia es un evento que causa gran preocupación en varios países debido a las consecuencias negativas relacionadas con él. Dichas consecuencias se han observado, sobre todo, en el marco de la demografía y la salud, representando costos psicosociales y consecuencias individuales importantes en los jóvenes que lo enfrentan.

### **Posturas de la presente investigación sobre el embarazo en adolescentes**

La presente investigación busca relacionar el índice de culpabilidad sexual con la actividad sexual, así como el uso y no uso de métodos anticonceptivos en mujeres universitarias de entre 15 y 23 años de edad al momento de ocurrir el embarazo. Se excluyó a aquellas alumnas que vivían

en pareja, casadas, en concubinato o amasiato, y con el conocimiento de sus familiares. Por otro lado, se obtuvo información sobre algunas jóvenes que se hospedan en la ciudad de Pachuca y su zona metropolitana, que viven con su novio, amigo o compañero, con quien comparten los gastos y mantienen relaciones íntimas sin que estén enterados sus padres, quienes creen que viven solas o con compañeras de estudios.

### **Algunos resultados del censo aplicado a alumnas embarazadas**

Al momento de embarazarse, 85.7 % de las alumnas estaban solteras y solo 14.3 % dijeron que vivían en pareja. Es importante mencionar que aquellas alumnas que estaban casadas legalmente o vivían en concubinato, amasiato, u otra relación diferente pero consensuada y con el conocimiento de sus padres, fueron omitidas de esta investigación porque su percepción del embarazo era otra al suscitarse dentro de una relación de pareja.

Para la presente investigación se tomó en cuenta a la mayoría de las alumnas, es decir 14.3 %, ya que vivían en Pachuca o sus alrededores con su pareja sin autorización ni conocimiento de sus padres. Incluso algunas alumnas de los grupos focales refirieron saber de compañeras suyas que vivían con sus novios sin que sus padres lo supieran. Dijeron que cuando sus padres van a visitarlas los engañan llevándolos a las casas de otras compañeras que sí viven solas o acompañadas por otras mujeres. Es importante mencionar que la mayoría de las alumnas que dijeron tener culpa sexual (82.3%), iniciaron su actividad sexual después que el resto de las alumnas embarazadas.

Otro dato interesante es que 93.3 % siguen teniendo solo un hijo, mientras que 6.7 % ya tiene dos o más hijos. Con respecto a su situación laboral al momento del embarazo, 89.1 % no tenía un empleo remunerado, situación que no ha variado mucho ya que actualmente 85.7 % no tiene trabajo asalariado a pesar de que ya son madres. En su lugar, utilizan sus relaciones familiares, específicamente su familia de origen, como principal vehículo para mantenerse a ellas y sus hijos. Por otra parte, la edad promedio en la que tuvieron su primer novio fue a los 14.5 años; de acuerdo con diversos teóricos, si se tiene novio a edad temprana aumentan las posibilidades de tener relaciones sexuales y, por ende, un embarazo no deseado (Klerman, 1993). Con relación a las parejas sexuales, 12.6 % dijo que se embarazó de su primera pareja sexual, 65.5 % refirió que

se embarazó de su segunda pareja sexual, 13.4 % mencionó haber tenido tres parejas sexuales, 7.6 % dijo haber tenido cuatro parejas sexuales y solo 0.9 % mencionó haber tenido 5 o más parejas sexuales. Sin embargo, si se relaciona la edad en la que se tiene el primer novio con la edad en la que se tiene la primera relación sexual, el resultado es positivo (0.436), es decir, mientras más temprano se tenga un noviazgo, más pronto se tiende a tener la primera relación sexual.

De igual forma, si se correlacionan las variables de la edad del primer novio y el sentimiento de culpa sexual, el resultado es positivo débil: 0.191, es decir, a menor edad de inicio de las relaciones sexuales se presenta menos culpa sexual. Por otro lado, la relación que hay entre la edad de la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos es negativa: -0.284, lo que sugiere que las mujeres que iniciaron su actividad sexual a menor edad, ligeramente tenían menos información sobre métodos anticonceptivos.

La edad promedio al momento del embarazo fue de 19.4 años, sin embargo, si revisamos la edad media de las mujeres europeas que dan a luz a su primer hijo, y la edad media de la maternidad, esta ha aumentado. En general, para 1999 las mujeres tenían su primer hijo a los 28 años en Luxemburgo, los Países Bajos, Suiza y el Reino Unido, y para 2012 se incrementó a cerca de los 30 años. Por su parte, en países como Irlanda, las mujeres de nivel universitario lo hacen alrededor de los 33 años. Un dato revelador es que en las parejas, 47.1 % de los hombres son más jóvenes que sus parejas, 16.0 % de hombres y mujeres tienen la misma edad, y 37.0% de las mujeres son menores que el hombre. Como dato complementario se observa que las parejas de las alumnas de 15 a 19 años eran mayores que ellas, y que las de 20 a 23 años tenían el porcentaje más alto en parejas más jóvenes que ellas. Dicho resultado invita a analizar por qué si estas mujeres tienen más edad y mayor nivel de escolaridad, se embarazan de hombres más jóvenes.

Por otra parte, 83.2 % de las alumnas universitarias que han estado embarazadas refieren que no planearon su embarazo, y solo 16.8 % consideran que sí lo habían previsto aunque no para ese momento ya que lo imaginaban en un mediano plazo. El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) alerta que 60 % de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años de edad no fueron

planeados ni deseados, mientras que en el grupo de las universitarias analizadas aumentó hasta 83.2 por ciento.

Es interesante observar que las alumnas que vivían con sus novios o amigos con derechos sin notificar a sus padres, 47.1 % había planeado embarazarse, mientras que solo 11.8 % de las que vivían solas lo hizo. Es importante observar que de los embarazos planeados, 85 % las mujeres dicen haberlo planeado junto con el novio o pareja, una de cada diez dice que lo planeó ella sola, y una de cada veinte dice que lo planeó la pareja y no ella. También se observa que de las alumnas que vivían consensualmente con algún compañero, en tres de cada cuatro casos el embarazo fue planeado por ambos, mientras que solo una de cada cuatro refiere que ella lo planeó. En el caso de las alumnas que estaban solteras, 91.7 % refieren que ellas planearon el embarazo de forma conjunta con sus novios o parejas, mientras que 8.3 % afirma que el embarazo fue planeado por su novio o pareja.

Con respecto al apoyo económico que reciben para sus hijos, 68.1 % de las alumnas refieren que sí recibieron apoyo por parte de su novio o pareja, y 67.2 % que sus parejas continúan apoyándolas, lo que valida que del 100 % de embarazos planeados en 95 % los hombres apoyaron a sus parejas y continúan haciéndolo. Del 100 % de los embarazos no planeados, 62.6 % de los hombres apoyan económicamente a sus parejas. Otro dato interesante es que 26.9 % de los hombres tienen hijos con otras mujeres, sin embargo, esto tiene que ver en mayor medida con los hombres que no planearon tener hijos.

Por otra parte, se hicieron algunas preguntas para conocer la incidencia de ciertas teorías sociales sobre la sexualidad, la culpa sexual, entre otras. Se les preguntó lo que pensaban acerca del sexo antes de embarazarse. Cerca de cuatro de cada cinco estudiantes (78.6 %) dijo que es un derecho que ellas tenían para disfrutar, 18.6 % refieren culpa moral o religiosa, y casi la totalidad de este grupo no planeó su embarazo.

En este sentido parece coincidir con el planteamiento de Luster y Small (1994), quienes clasificaron los factores que determinan la factibilidad de uso de métodos anticonceptivos en tres grandes grupos: personales, familiares y extra familiares. Dentro de los factores personales se

encuentra los que ellos denominaron “falta de aceptación del comportamiento sexual”. En este caso, las alumnas con culpa sexual aunque poseen conocimiento sobre métodos anticonceptivos, se preocupan más por los efectos negativos introyectándolos en el área moral o religiosa, así que no utilizan consistentemente ningún método de control de la natalidad.

Cuando se preguntó a las alumnas con quién vivían, 74.1 % refirió que con sus padres o familiares muy cercanos, lo cual supone una economía que no les permite tener una vivienda independiente; 50 % de las mujeres que dicen estar casadas viven con sus padres o sus suegros y 34.7 % de las que dijeron vivir en unión consensual o concubinato también viven con sus padres o los padres de sus parejas, mientras que 94 % de las universitarias solteras viven con sus padres o algún familiar cercano a su familia de origen.

Al indagar con respecto a los ingresos de la madre, 45.4 % refirió que no percibe ingresos económicos, 12.6 % dijo que percibe menos de un salario mínimo, 23.5 % dijo que su madre percibía entre uno y dos salarios mínimos, y 10.9 % que percibe entre dos y tres salarios mínimos, lo que suma 92.4 %, sugiriendo una situación económica baja. Las investigaciones realizadas en Estados Unidos sobre el embarazo en adolescentes demuestran que la pobreza y los cambios en las costumbres y conductas sexuales, aunado al uso poco constante de anticonceptivos, han provocado un alto índice de embarazos entre las adolescentes. Los factores vinculados con el embarazo de las adolescentes, ya mencionados, van desde pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, disponer de oportunidades educativas limitadas, provenir de familias monoparentales y tener relaciones familiares deficientes.

Con respecto a los ingresos de los padres, 14.4 % no perciben ingresos, 15.1 % perciben menos de un salario mínimo, 27.7 % perciben entre uno y dos salarios mínimos, y 20.2 % ganan entre dos y tres salarios mínimos, sumando 77.4 %. Este panorama parece sugerir que efectivamente los embarazos provienen principalmente de mujeres en baja condición económica, aunque habría que validar este supuesto con el resto de las universitarias que no se han embarazado.

Al cuestionarles acerca de cuál es el estado civil de su padres, se observa que 24.3 % están divorciados, separados, o nunca vivieron juntos; 75.7 % están casados o viven juntos, y 34.7 %

no viven juntos por cuestiones de trabajo, migración, etcétera, lo que habla de una cantidad importante de hogares liderados por mujeres, siendo estos aproximadamente uno de cada tres (35 %).

Además y en cierta medida, puede ser importante la influencia que reciben por parte de compañeras y hermanas, es decir, que tienen actividad sexual, así como el factor de tener una madre que trabaja y, por lo tanto, vigila menos a su hija. Klerman (1993) afirma que la estudiante debe mostrar una extraordinaria determinación para que se separe de sus familiares, amigas y vecinas, y decida: “voy a vivir de manera distinta”. Así, las adolescentes rodeadas de hermanas y compañeras embarazadas o con hijos tienden a experimentar sentimientos positivos o ambivalentes hacia la maternidad precoz.

Las opiniones de los padres y las madres en torno a las relaciones sexuales en jóvenes aún no casados, son muy parecidas entre sí. Un 47.9 % de los padres afirman que tener una vida sexual en esta etapa de la vida es incorrecto, 23.5 % dijeron que se puede tener pero sin embarazarse, 11.8 % refieren que eso es decisión de cada individuo, y al parecer solo 16.8 % mencionan que deben abstenerse hasta el matrimonio.

Las opiniones de las madres son muy similares, 47.8 % dijeron que se pueden tener relaciones sexuales pero sin que haya hijos, 21 % consideran que debe haber abstención hasta el matrimonio, y 17.1 % mencionaron que es una conducta incorrecta.

Al preguntar a las jóvenes sobre las reacciones que tuvieron sus padres al momento de enterarse que estaban embarazadas, específicamente con respecto a la madre, 76.4 % mostró algún signo de molestia o enojo, 16 % refirió alegría, 3.4 % le dijo a su hija que la ayudaría a afrontar la situación y 4.2 % lo tomó con calma. Los padres mostraron reacciones similares, 78.4 % se molestó, 9.2 % dijeron que las apoyaban y 9.2 % dijeron que les daba alegría.

Con respecto a la educación sexual recibida en la escuela, 94.1 % de las alumnas dijeron haberla cursado, sobresaliendo que 94 % de ellas utilizaban métodos anticonceptivos antes de

embarazarse. Se les preguntó si consideraban que sabían cómo se utilizan los métodos anticonceptivos de manera correcta, a lo cual 21 % respondió que no.

Las entrevistadas en 65.5 % manifestaron haber utilizado algún método anticonceptivo antes de embarazarse, y solo una de cada tres (34.5 %) no estaba utilizando ningún método anticonceptivo. Cabe mencionar que el uso de métodos anticonceptivos guarda relación con el ingreso familiar: existe una correlación positiva (0.380) entre estos factores, es decir, mientras mayor sea el ingreso familiar, las alumnas universitarias alguna vez embarazadas utilizan más los métodos anticonceptivos.

Asimismo, se observa que de las mujeres que no planearon su embarazo, la gran mayoría (93.5 %) refiere que no sabía utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos. Es este mismo bloque el que en su mayoría sentía una carga emocional de tipo religioso o social por tener relaciones sexuales cuando estaba prohibido en casa. Smith plantea que las mujeres con culpa sexual y que utilizan métodos anticonceptivos estos tienden a perder eficacia; muestran una orientación emocional negativa hacia la sexualidad, la cual expresan con culpa sexual y erotofobia (Smith, Eggleston, Gerrard y Gibbons, 1996; Gerrard, 1987). Como refiere Gerrard, la culpa sexual es una predisposición caracterizada por la expectativa de sentirse culpable al transgredir estándares personales de conducta sexual relacionados con normas religiosas o morales.

Para Gerrard, la culpa inhibe la conducta sexual y el uso de los métodos anticonceptivos; se manifiesta como una resistencia a la sexualidad, la cual es inhibida, castigada. Incluso se interrumpen los procesos cognitivos relacionados con el sexo, al pensar en el castigo como consecuencia de la infracción de normas sociales, religiosas o morales (Gerrard, 1991). Por lo tanto, se supone menos probable que las mujeres con un alto nivel de culpa se involucren en conductas sexuales o que utilicen métodos anticonceptivos. Y aunque los utilicen, pueden hacerlo de manera incorrecta y, en consecuencia, tener un embarazo no deseado. En el caso de las alumnas universitarias con culpa sexual, dicha teoría se cumple acertadamente.

Las entrevistadas en un 67.4 % dijeron que sus parejas utilizaban algún método anticonceptivo, 35.3 % que no lo utilizaba. 80.1 % son parejas de las mujeres que no planearon sus embarazos y que dijeron sentir culpa sexual, lo que parece reafirmar la tesis de Smith, en la que incluso no se preocupaban por utilizar algún método anticonceptivo.

Al preguntarles si pensaban formar una familia en un corto plazo, 78.2 % de las estudiantes respondieron negativamente y solo 21.8 % lo hicieron afirmativamente. De las que dijeron que sí lo habían pensado, 72.2 % iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años, y tuvieron sus novios principalmente antes de los 18 años. Esto puede sugerir que se trata de mujeres con estereotipos tradicionales, para quienes el matrimonio y la maternidad juegan un papel importante. En consecuencia, para ellas llegar a la edad casadera, que oscila alrededor de los 19 años de edad, supone el inicio de su vida sexual y la llegada del primer hijo.

De igual forma, dichos datos corroboran que estos embarazos son producto del inicio precoz de la vida sexual activa, la cual está ligada en cierta medida con el noviazgo, tal como se confirmó con los datos recabados. Algunos estudiosos refieren como factores de riesgo el tener novio a edad temprana, pertenecer a una condición socioeconómica baja, carecer de orientación suficiente encaminada hacia futuros logros, mostrar dificultades académicas, y disponer de escasas oportunidades y escuelas deficientes (Klerman, 1993). Todo ello es el caldo de cultivo de embarazos adolescentes no planeados.

En el caso de las universitarias, específicamente aquellas que tenían culpa sexual y que no utilizaban métodos anticonceptivos o que no sabían utilizarlos adecuadamente, y además sus novios tampoco utilizaban métodos anticonceptivos, 72 % de sus padres perciben menos de tres salarios mínimos mensuales. Esto valida de forma amplia la tesis de Klerman (1993).

Con relación al concepto de culpa sexual, 41.2 % de las mujeres manifestaron que si ellas cometieran adulterio se sentirían culpables o pecaminosas. La mayoría de estas mujeres pertenece al grupo antes descrito, el circunscrito en la culpa sexual. De igual manera, 10.3 % de este grupo considera que la pornografía corrompe, 16.4 % dijo que las relaciones prematrimoniales arruinan a las parejas felices, y que por eso 30.5 % afirma que lo mejor ante los deseos sexuales es

reprimirse. Cuando se les preguntó sobre prácticas sexuales inusuales tales como posiciones o lugares extravagantes, 72.6 % dijeron que eran adecuadas si son parte de la sexualidad, 23.9 % las calificó de no deseables y 2.7 % dijo que estaban bien si se hacían entre heterosexuales. De nuevo, las alumnas con culpa sexual, una de cada cuatro, en su mayoría dijeron que no son deseables, y las que llegaron a aceptar dichas prácticas las circunscribieron dentro de la heterosexualidad.

## Bibliografía

- Asociación Chilena de Protección de la Familia. APROFA. (2010). Encuesta de fecundidad, Región Metropolitana de Chile. Boletín APROFA. Santiago: Aprofa, enero - junio.
- Auchter, Mónica (2002) “El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años. Experiencia en la Ciudad de Corrientes”. Revista de Enfermería del Hospital Italiano. Buenos Aires. Año 6, núm.16, 2002, pp 5-9.
- Auchter Mónica, Galeano, Humberto y Zacañas Gladys (2004). Maternidad adolescente. Estudio comparativo con madres de más edad. Comunicaciones científicas y tecnológicas. Facultad de Medicina. Carrera de Enfermería. Cátedra Enfermería Materno infantil. Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.
- Cabero Luis y Roura I. (2011). SOS Embarazos Adolescentes, La esfera de los libros, S.I. Madrid España.
- Cáceres, J. y Escudero, V. (2004). Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados. Madrid, Pirámide.
- Consejo Nacional de Población (1998). Proyección de población en México. 1996-2050: CONAPO.
- Cox J., Holden M, Sagovsky R. (2007). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Edinburg, London.

- Emans, Jean Herriot (2000). *Ginecología en pediatría y la adolescente*. México, McGraw-Hill Interamericana.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Instituto de Nacional de Salud Pública, México, D.F.
- Erikson, Erik (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona, ediciones Paidós Ibérica.
- Escobar Muñoz (1995). *Estudio cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes*. ARS Chile, Santiago de Chile
- Escobar Constanza, Pino Rubén, Muñoz Carolina, Torrent Catalina y Bosch Catalina (2011). *Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años*. ARS Chile, Santiago de Chile.
- Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (1999). *Encuesta Gente Joven México: Mexfam. Documento interno*.
- Freud, Anna (2004). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Gerrard, M. (1987). Sex, sex guilt, and contraceptive use revisited: The 1980s. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, pp. 975-980.
- Gerrard, M., Breda, C., y Gibbons, F. (1990). Gender effects n couples' sexual decision making and contraceptive use. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, pp. 449-464.
- Gerrard, M., Krylo, M., Reis, T. (1991). Self-esteem, erotophobia, and retention of contraceptive and AIDS information in the classroom. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, pp. 368-379.
- Ibarra, M.L. (2013). *Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer*. Rev. Cub. Psic.Cuba.
- Krause J.L. (1988). *Sexualidad Adolescente. Carta informativa Latinoamericana – Adolescencia y Juventud- año 4, núm. 12*, México.

- Klerman, Gerald (1993) Nuevas aplicaciones de la psicoterapia interpersonal. En revista American Psychiatric Press.
- Loe Leuisk, David (1999). Adolescencia, reflexiones psicoanalistas, editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina.
- Luster, T., y Small, S. (1994). Adolescent sexual activity: An ecological, risk-factor approach. *Journal of Marriage and the Family*, 56, pp. 181-192.
- Molina, R. Luengo, X. Guarda, P. González, E.y Jara, G. (2001). Adolescencia, Sexualidad y Embarazo. *Serie Científica Médica*, 2, pp. 6-29.
- Monroy, A (2000). Salud, sexualidad y adolescencia. Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de salud de los adolescentes. México, Pax.
- Morales, J. F., Blanco, A., Huici, C., y Fernández, J. M. (2004). Psicología social y conducta sexual humana. *Psicología Social Aplicada*. Madrid, McGraw-Hill.
- Murray, J., Harvey, S. M., & Beckman, L. (1999). The importance of contraceptive attributes among college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1327-1350.
- Muuss Rolf, E. (2006). Teorías de la adolescencia, Editorial Paidós, tercera edición, Buenos Aires, Argentina.
- Organización Panamericana de la salud, (1987); fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones; cuaderno técnico núm. 12, Washington, E.U.A.
- Ortigosa CE. Padilla PYJ. (2002). Necesidades educativas en Salud Perinatal en madres de adolescentes embarazadas. *Gin.Obst.Mex*. México, D.F.
- Rank, Otto (2004) El doble. JCE Ediciones. Buenos Aires, Argentina.
- Peña, I. Quiroz, M. Muñoz, W. Molina, M. Guerrero, M. y Masardo, A. (2001). Embarazo Precoz. *Revista de Trabajo Social*.
- Pérez, L. M. (2002). El Trabajo con Adolescentes Embarazadas. *Revista de Trabajo Social*.

Potts M. (1990). Los adolescentes y la fecundidad. Network en español. Family Health International. Vol. 5, núm. 1, U.S.A.

PROMAJOVEN (2012) Embarazo adolescente y madres jóvenes en México, una mirada desde el Promajoven. Secretaría de Educación Pública, Editorial y Servicios Culturales El Dragón Rojo,

Reyes Jiménez Ma. De Socorro. (1993). El embarazo en adolescentes, como consecuencia de la disfuncionalidad familiar. UNAM, Facultad de Psicología México D.F.

Rosenfield Allan. (2004) Manual de Reproducción Humana. FIGO, España.

Secretaría de Salud. (2000). Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Secretaria de Salud, México D.F.

Smith, G., Eggleston, T., Gerrard, M., Gibbons, F. (1996). Sexual attitudes, cognitive associative networks, and perceived vulnerability to unplanned pregnancy. Journal of Research in Personality, 30, 88-102.

Stern Claudio y García C. (1999). Hacia un Nuevo Enfoque en el Campo del Embarazo Adolescente. Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción. Ed. El Colegio de México.

Stern, Claudio (2008). Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. El Colegio de México, México, D.F.

Stern, Claudio (2012). El problema del embarazo en la adolescencia. El Colegio de México, D.F.

Fernández LS, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. (2004). Caracterización de la gestante adolescente. URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_2\\_04/gin02204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm)

INEGI (2013) Embarazo adolescente en México. Datos obtenidos de México en cifras, Tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad, [en línea], fecha de consulta marzo de 2013, en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mapatematico/default.aspx>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (1995). Salud del Adolescente. OPS / OMS. Informe Anual [Adolescence health's. OPS / OMS. Anual Inform]. Extraído el 20 de abril de 2004 de la World Wide Web: <http://www.eumar.com> [Links]

Organización Mundial de la Salud (2012) Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. En [http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_FWC\\_MCA\\_12\\_02\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf) página electrónica: revisada el 10 de enero de 2014.