

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

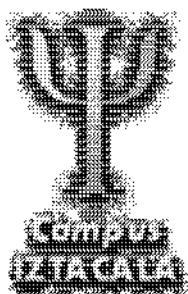
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIAL Y FAMILIAR
EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE**

TESIS TEÓRICA

**QUE PARA OBTENER ÉL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
ALEJANDRO ANTONIO MARTÍNEZ ROSALES**

**COMISIÓN DICTAMINADORA: MTRA. MARGARITA MARTÍNEZ RIVERA.
MTRA. MARIA ANTONIETA DORANTES GÓMEZ.
LIC. JORGE GUERRA GARCÍA.**



TLALNEPANTLA, EDO DE MÉXICO.

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DEDICACIONES ESPECIALES



A TI MAMA.

Te dedico este libro profesional como el mejor proyecto de mi vida, ya que cuando inicié el camino de los estudios, siempre tuviste la esperanza de que algún día terminara una carrera. Muchos fueron nuestros obstáculos a pesar de no estar juntos, muchos fueron tus apoyos y consejos que hasta la fecha sigues diciéndome y que nunca dejaras de hacerlo. Hubo momentos especiales y delicados en tu vida que hubiesen determinado mi presente proyecto y que nunca hubieses visto, sin embargo agradezco a dios y a tus ganas de vivir por ver este momento importante de mi vida. Pienso que algunas personas y familiares especiales para ti, te han dado mejores resultados. Pero esos presentes no tienen la fuerza y nunca se compararan con este título ya que es muy especial para ti. Me faltan muchas palabras para agradecer a ambos, ya que cada uno me dio las bases para no perderme en la vida. Hoy concluyo una fase que todo hijo o hija le da como orgullo a sus padres, Doy gracias a dios por dejar que tenga todo en la vida y sobre todo a ti MAMA.



A MI PAPA.

Hoy termino un compromiso, que juntos empezamos ya que siempre estuviste en los momentos difíciles y fuertes. Eres mi brazo derecho, que a pesar de todo nunca ha dejado de tener lealtad y rectitud. Principios que me has enseñado en esta vida, ejemplos que me forjaron en valorar lo importante de las iniciativas que debe cumplir un hombre en la vida de su existencia y que con orgullo enseñare a mis hijos. Agradezco tus regaños porque me fortificaron siempre, nunca deje de prestar atención a tus sabios consejos por que eres un hombre grande entre los grandes de este mundo. Te dedico este libro como el mejor pago a tus desvelos y a tu infatigable lucha de trabajo que me protegieron cuando era un niño, hoy me convierto en un hombre completo dispuesto a continuar y ha demostrar lo que tú me enseñaste. Gracias PAPA.



A MI ESPOSA E HIJOS.

Te dedico esta tesis, como testimonio de nuestros propósitos cuando decidimos ser pareja y esposos, al principio de nuestras vidas fue difícil superar nuestra relación ya que tuve fallas y tu nunca me abandonaste agradezco la tolerancia valiosa que siempre me otorgaste. Tu presencia y compañía marcaron mi amor y respeto hacia a ti, ya que también fuiste mi mayor ejemplo a lo largo de la carrera. Eres testigo invaluable en la creación de este proyecto, porque siempre revisabas cada letra y línea. Nunca cuestione tus observaciones profesionales.

Querida esposa, hoy pasamos hacer el ejemplo de nuestros hijos algún día serán ellos quienes lean estas líneas y sigan nuestro camino.

Queridos hijos, gracias por ser el motivo de fuerza de esta tesis ya que sacrifique mucho tiempo valioso para estar con ustedes. Cada día que tenía que vivir con ustedes a veces no podía, por trabajar y realizar este nuestro trabajo sé que no hay excusas.

GRACIAS POR SER MI FAMILIA.

AGRADECIMIENTOS



AGRADEZCO A LOS COMPAÑEROS MÉDICOS, POR SUS MOTIVACIONES PARA TERMINAR ESTE PROYECTO.

A MI ESCUELA UNAM

GRACIAS MÁXIMA CASA, POR PERMITIR QUE YO TERMINE MI OBJETIVO DE SER UN PROFESIONAL Y UNIVERSITARIO.

A MIS SINODALES

GRACIAS PROFESORES POR APOYARME Y DARME LA OPORTUNIDAD DE TERMINAR MI CARRERA.

A MIS FAMILIARES

GRACIAS POR SUS CONSEJOS Y SU APOYO QUE EN UN MOMENTO DE MI TRAYECTO PROFESIONAL NECESITE. Y GRACIAS A MI ABUELA MARIA POR HABERME PERMITIDO VIVIR EN SU CASA.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. 8

CAPÍTULO 1. EXPECTATIVA ESTADÍSTICA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. 14

- 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD.
- 1.2 EXPECTATIVAS ESTADÍSTICAS DE LA MADRE ADOLESCENTE.
- 1.3 EL EMBARAZO ADOLESCENTE DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL.
 - 1.3.1 *Madres adolescentes.*
 - 1.3.2 *Los lazos del desarrollo de pubertad.*
 - 1.3.3 *El aprendizaje de las relaciones sexuales en la adolescente.*
 - 1.3.4 *Formación de la pareja adolescente.*
 - 1.3.5 *Amor y pareja.*
 - 1.3.6 *La comunicación familiar ante la formación de pareja.*
 - 1.3.7 *El embarazo temprano.*

CAPÍTULO 2. MUJER E HISTORIA. 35

- 2.1 TEORÍA HUMANISTA Y MUJER.
 - 2.1.1 *Teoría humanista.*
- 2.2 ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.
 - 2.2.1 *Sexualidad y reproducción.*
 - 2.2.2 *La identidad.*

CAPÍTULO 3. FACTORES PSICOSOCIALES Y FAMILIARES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. 48

- 3.1 FACTOR FAMILIAR ANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.
- 3.2 FACTOR SOCIAL QUE PREDISPONE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.
- 3.3 SOCIEDAD Y FAMILIA, ANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.
 - 3.3.1 *Embarazo y mujer.*
- 3.4 ABORTO Y MORTANDAD ADOLESCENTE.
- 3.5 CONSECUENCIAS DISFUNCIONALES EN LA PAREJA ADOLESCENTE.
- 3.6 ESTIMA BAJA EN EL EMBARAZO PRECOZ.
- 3.7 TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

CAPÍTULO 4. ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE 72

- 4.1 LA FAMILIA INTEGRAL COMO OPCIÓN PRIMORDIAL PARA LA ADOLESCENTE.
- 4.2 MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL FACTOR SOCIAL PARA CONTROLAR EL EMBARAZO ADOLESCENTE.
- 4.3 INSTITUCIONES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA.
- 4.4 ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN PARA LA MADRE ADOLESCENTE Y SU PAREJA.
- 4.5 AUTOESTIMA Y MOTIVACIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.
- 4.6 ASERTIVIDAD Y COMUNICACIÓN EN PAREJA ADOLESCENTE Y LA FAMILIA.
 - 4.6.1 *Expresiones asertivas de los diferentes afectos en la pareja adolescente.*
 - 4.6.2 *El entrenamiento en habilidades sociales.*
- 4.7 SUPERACIÓN Y METAS PERSONALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

CONCLUSIONES. 103

BIBLIOGRAFÍAS. 110

RESUMEN

El presente trabajo está enfocado al Análisis de los factores: familia y sociedad, como determinantes del embarazo temprano. Este proyecto, se suma a diversas investigaciones que han realizado algunas universidades e instituciones de la salud reproductiva. El embarazo “precoz o no deseado”, ha sido el interés de los censos estadísticos, que en ciertos países de Latinoamérica investigan sobre la conducta sexual de los adolescentes. El estudiar el embarazo adolescente, enfoca o incluye, analizar las relaciones interpersonales de las adolescentes en materia de educación sexual y reproducción. Estos elementos establecen un ambiente unidimensional y bidimensional en cuanto al estilo de vida y comportamiento que tienen las adolescentes. En un sentido de interacción con su entorno, que modificará el desarrollo psicológico del nuevo ser humano. Parte de una descripción de lo real, en cuanto a las expectativas estadísticas que se manifiestan del embarazo adolescente denominado temprano o no deseado. Esta expectativa estadística, establece que las adolescentes de América Latina inician su actividad sexual a partir de los 15 años hasta los 19 años. Se revisa la teoría humanista, para poder entender el comportamiento humano dentro las transiciones del comportamiento interpersonal. Aunado a esto, se investigo el desarrollo de la mujer en la historia y su sexualidad y reproducción como fundamento de su desarrollo. Al igual que analiza el factor social y familiar, integrando situaciones disfuncionales en la familia y lo social. Por ultimo, se revisan las alternativas de prevención como soluciones psicológicas para una posible intervención del psicólogo.

INTRODUCCIÓN.

En los últimos años, se especula que los adolescentes mexicanos, a tempranas edades inician una vida sexual y laboral, abandonando sus estudios. Este problema me llevo a formular esta pregunta de investigación; ¿Por qué hay embarazos no deseados en las adolescentes mexicanas? Para contestar esta pregunta, partiremos de que el embarazo y la maternidad así como la paternidad en adolescentes, es un fenómeno que ha ido adquiriendo una mayor atención por parte de las políticas publicas, en el mundo y en México, debido a los diversos impactos negativos que ello significa para el desarrollo de estas y estos menores.

Ahora, nuestra nación tiene tantos habitantes, que no sólo destaca entre nosotros sino en el ámbito internacional como una de las ciudades más pobladas del mundo. En 1983, por ejemplo, éramos que 9.7 millones de habitantes, 11.2% de la población total del país. Como el Distrito Federal es la entidad menor que tenemos los mexicanos, ese año, en un kilómetro cuadrado (km²) nos tocó convivir a 6 533 personas. Ésta es la llamada densidad demográfica. Algunos de los que aquí viven no son originarios del Distrito Federal sino que, en busca de mejores condiciones de vida, muchos emigraron de otros estados a la capital. Los nacidos aquí, siete millones en (1983), representan el 70% del total de capitalinos; los de otros estados el 29%. Más de una tercera parte de los residentes del Distrito Federal (37.5%) forma la población, (Benítez, 1983) económicamente activa, la cual se integra con los habitantes de 12 a 60 años o más.

En México, durante 1988 ocurrieron aproximadamente 380.500 nacimientos en mujeres menores de 20 años. Y los datos indican que un porcentaje importante de ellas no aplazará el momento de volverse a embarazar, con las consecuencias negativas que muchas veces esto implica sobre la esfera de la salud, la psicológica, la educativa, y dentro de integración social para la madre adolescente, su hijo y su pareja, (Avery, 1986). Así que el objetivo del presente trabajo es analizar los factores sociales y familiares en el embarazo adolescente, para entender sus causas y las consecuencias que esto ocasiona a la joven y al hijo. Resulta innumerable la lista de factores que se han estudiado para explicar el embarazo en la adolescencia.

Algunos de ellos son la falta de información sobre salud sexual y reproductiva. El tipo de mensajes que transmiten los medios de comunicación, las familias disfuncionales, el consumo de drogas, la reproducción de patrones culturales y la falta de expectativas de desarrollo para los jóvenes, entre otras. Este trabajo pretende ofrecer una mejor comprensión de este fenómeno y del perfil de las menores que lo enfrentan, fortaleciendo los factores de protección; en lo familiar, social e individual dentro de lo psicológico. Todo esto en el cambio hacia estilos de vida más saludables y generando expectativas más promisorias para los jóvenes, (Gagnon, 1975).

No obstante, que se han tenido logros importantes en materia de salud, como es la disminución de la tasa de fecundidad, de la tasa de mortandad materno-infantil, y de la cobertura de las atenciones médicas, otros aspectos como el tratamiento psicológico en el ejercicio responsable de la sexualidad, no han sido incorporados, como sería deseable, a la cultura de la sociedad mexicana, (Dawson, 1986).

La sexualidad humana, en forma histórica ha tenido distintos cambios dentro del surgimiento de las sociedades. Hasta hace poco -antes de la comercialización masiva de productos anticonceptivo la actividad heterosexual estaba determinada por la reproducción.

Hoy podrían ser esferas separadas si se tiene acceso a la información y a los métodos anticonceptivos. Sin embargo, la educación en sexualidad y la educación en reproducción humana están presentes en la sociedad, pero desgraciadamente separadas. Al inicio de esta investigación, no había mucho que investigar puesto que toda la información estaba reservada en el sector salud de nuestro país.

En este sentido, a partir de 1994, se impulsa una nueva concepción de la salud sexual y reproductiva, con una visión más integral de esta temática, y se hace evidente el reconocimiento de que la sexualidad está separada de la reproducción y que ésta, es una decisión personal y libre de las parejas. Actualmente, vivimos en una sociedad donde el machismo controla el desarrollo humano y ha establecido determinaciones de estilos de

vida en nuestra cultura mexicana, debido a los problemas de la unidad familiar y de lo social.

Lo cual motiva a tratar de controlar diversos problemas, como: violación, abuso sexual, incestos, y trastornos sexuales en cada individuo de nuestra sociedad mexicana. Por tal motivo, nuestra sociedad ofrece muy pocas alternativas. Todas las personas existimos en un contexto social determinado por los recursos de atención médica y de atención preventiva de salud. Se nos limita, ofreciéndonos solamente métodos anticonceptivos. Pero no se brinda, información en cuanto a reproducción, (Green, 1975).

Si contamos con información, la reflexión y las decisiones libres que tomemos relativas a la sexualidad y la reproducción, nos deberían permitir, contar con atenciones en materia de reproducción sexual. Pero si para nosotros como adultos no son factibles, para los jóvenes, el sexo es todavía un misterio. Esto no significa que los jóvenes teniendo relaciones sexuales ya sepan ejercer su sexualidad y todo sobre este tema.

En realidad, hay temas que provocan en los jóvenes cierta inquietud; hay muchachas que saben todo sobre como controlar un embarazo, y llegan a opinar que la virginidad no importa, pero cuando se trata de embarazo propio las cosas cambian, sobre todo, cuando surgen los factores emocionales de tener un hijo o no tenerlo, cambiando el principio de deseo a no deseado, (Avery, 1986).

Esta circunstancia aparentemente sencilla pero complicada, se debe porque la sexualidad y la reproducción no son elementos de conducta y fisiología, sino elementos de aprendizaje psicológico.

Como lo determina Baltimore (1997), *la sexualidad es una base natural que todos los seres humanos ejercemos, pero la reproducción es un aprendizaje que provoca el factor familiar y social, y que desgraciadamente no están vinculadas*. La sexualidad no se limita solamente al cuerpo sino que incluye las relaciones sexuales, los prejuicios, y el amor. Ahora la sociedad ha creado historias personales y colectivas sobre afición y placer, así como critica

de la moral en la vida reproductiva. Ahora la reproducción adolescente, motiva a plantear definiciones sobre el desarrollo psicosexual humano, (Maciak, 1978).

Altschuler (1971), define que la infancia y la adolescencia es una transición delicada en el ser humano. Postula que entre las mujeres de 12 a 17 años hay cambios psicológicos muy establecidos y regidos por la familia. Mientras que en los varones entre 13 y 20 años, no está tan establecido por influencia de la familia, sino por lo social. Etapa en la cual se presenta una progresiva diferenciación fisiobiológica y psicosexual, considerándose como el periodo más delicado del desarrollo humano. Pues de esto dependen las características posteriores de ser adulto (Ekstrand, 1989).

Ahora, para entender que la sexualidad y reproducción adolescente son circunstancias importantes, la teoría humanista nos explica que el desarrollo humano es un proceso de interacciones que se establecen a través de lo social, (Morris, 1987); al estudiar el desarrollo sexual, de la adolescente, se analiza que las relaciones interpersonales generan cambios en las decisiones de establecer una reproducción, modificando su contexto social en elementos unidimensional de ser parte de un grupo o bidimensional de dos grupos; esto entendiéndose cuando los adolescentes participan con jóvenes de su edad o mayores que ellas.

De este modo se ha constituido una perspectiva que sitúa el carácter de la adolescente en el ámbito de la relación entre el individuo y la sociedad. Es decir, en el ámbito de la interacción, en donde las relaciones sociales se cambian, y con ello las posibilidades del desarrollarse en sociedad cumpliendo sus metas. Esta nueva perspectiva genera que el embarazo adolescente, tenga más posibilidades de consecuencias, (Demauro, 1990).

Sin embargo, se ha profundizado insuficientemente el impacto que tiene el embarazo para la vida de las adolescentes. Si antes se le situaba en la posibilidad de perder la vida, hoy se entiende como predepresión prenatal. Muy frecuentemente en las adolescentes el saber que están embarazadas genera un impacto que repercute en sus vidas transformando lo deseado a indeseado.

Este acontecimiento produce una ruptura (en tanto su percepción de la juventud está conectada a una noción de tiempo de diversión y de la falta de responsabilidad), les significa asumir un nuevo rol, ser madres, y con ello limitar drásticamente sus potencialidades de desarrollo personal, (Atwood, 1987).

El hecho es que el cambio puberal o el estado de maduración sexual influyen en la aparición y en la declinación de ciertos intereses y actitudes. Durante el periodo de crecimiento; comprendiendo las dos primeras décadas de la vida, hay una diferenciación e integración progresiva de la personalidad. Para Rogers (1961), la meta de la vida es llegar a la autorrealización.

Con esto la adolescencia está caracterizada por un desarrollo biopsicosocial que se refleja en la conducta de la adolescente ante el ambiente familiar y social (Dilapi, 1989). El factor social genera en las adolescentes retos, que motivaran a establecer relaciones interpersonales, tales como atracción, recompensa y solución de problemas (Darley, 1973).

Dentro del factor familiar las adolescentes, tienen gran influencia que las determina en lo social. El clima afectivo de la familia establece la relación entre padres e hijos, creando vínculos sólidos en lazos afectivos, el consolidar las bases interpersonales de seguridad y estabilidad personal.

Si por el contrario, la dinámica familiar se deteriora, la vida de los hijos afrontaran consecuencias y problemas dentro de lo interpersonal, que como consecuencia se determinara en un embarazo temprano en el caso de las hijas.

El afrontar problemas en el caso de una adolescente embarazada, genera conflicto personal, que marcara las limitaciones en lo social, (Delafuente, 1996). Ahora cuando los padres no tienen un criterio de educar a sus hijos de forma clara oscilan de un lado a otro. Teniendo posturas rígidas e indulgentes y dentro de esto las consecuencias serán hijos inseguros y desorganizados en el ámbito interpersonal. Así, el factor familiar tiene gran influencia en

las adolescentes que en un principal momento controlara lo sexual y social. El clima afectivo de la familia se centra entre padres e hijos.

Estos factores nos confirman que el embarazo adolescente no es sólo un problema de salud pública sino educativo al nivel de reproducción y cultural dentro de un genero de rol. Ahora, las adolescentes siempre conocerán el riesgo de un embarazo, pero sino se les previene de manera adecuada terminaran en un embarazo temprano no deseado.

Por tal circunstancia el objetivo de este trabajo es analizar el factor familiar y social del embarazo precoz en la adolescente, (Bell, 1981). También es importante considerar, que el papel del psicólogo dentro de este trabajo con adolescentes se ve obligado a buscar nuevas perspectivas de tratamiento. Ya que actualmente las instituciones de atención preventiva en programas de tipo psicoeducativo y muy poco en la intervención terapéutica.

Se enfocan básicamente en, el primer capítulo a la expectativa de las últimas investigaciones en el análisis de embarazos en adolescentes mexicanas. El segundo capítulo, analiza a la mujer y su desarrollo en la historia desde el marco humanista así como la definición de sexualidad y reproducción. El tercer capítulo, se refiere al factor social y familiar como determinantes del embarazo no deseado. Así como la relación disfuncional al iniciarse una pareja joven que enfrenta las problemáticas interpersonales de ambos integrantes de esta unión. Por último el cuarto capítulo, está encaminado a las alternativas de prevención.

CAPITULO 1. EXPECTATIVA ESTADÍSTICA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

La maternidad adolescente es un fenómeno que ha preocupado a las organizaciones políticas y a las instituciones de salud. Debido a las estadísticas que se han realizado en nuestro país, informes arrojan datos de mortandad adolescente por embarazos no deseados y que la mayoría es menor de 19 años. Resulta innumerable la lista de factores que se han mencionado para explicar el embarazo en la adolescencia. Algunos de ellos son la falta de información sobre salud sexual y reproducción sexual, por ejemplo: el tipo de mensajes que transmiten los medios de comunicación, familias disfuncionales con desintegración, el consumo de drogas antes de la relación sexual, la imitación de patrones de conducta liberal y la falta de expectativas de superación para un desarrollo pleno en las jóvenes.

El principal objetivo de este trabajo es analizar los factores que desarrollan el alto índice de embarazo adolescente. Sin duda se requieren más estudios para tener una comprensión mayor de este fenómeno y del perfil de las y los menores que lo enfrentan. Es necesario insistir en programas que pongan énfasis en lo preventivo sobre la reproducción. Fortaleciendo los factores familiar y social que inciden, en las expectativas de vida más saludables y generando una educación sexual más promisoría para las jóvenes.

Los logros más importantes en materia de salud, se han visto reflejados en la disminución de la tasa de fecundidad, y de mortalidad materno-infantil, así como en la cobertura de los servicios de atención médica. El ejercicio responsable de una sexualidad, no ha sido incorporado, en la cultura de nuestra sociedad, (UNICEF, 2001). Como dato importante en 1994, se llevó a

cabo un congreso internacional en El Cairo, sobre población y desarrollo. La cual enfatizo que la salud sexual y reproductiva son diferentes.

Se debe reconocer que la sexualidad en estos tiempos es más precoz y la reproducción ha sido una de las preocupaciones que ha afectado la decisión de las jóvenes. El hablar de salud reproductiva, nos plantea que existen muchos riesgos en jóvenes que se inclinan por la maternidad temprana. Esto ha puesto a prueba la eficiencia de la planificación familiar, porque se enfoca solamente a la salud de la mujer adulta, y nunca se habían prevenido situaciones de embarazo en las adolescentes. Por lo que se llega a la conclusión de que las instituciones tienen la responsabilidad de crear medidas preventivas. Ahora bien, en el plan nacional de desarrollo en el programa nacional de acción a favor de la infancia 1995-2000. Se considera a la salud reproductiva como uno de los ejes estratégicos para el desarrollo social del país. Es por ello, que las nuevas aportaciones de investigación, de distintos sectores del gobierno realizan esfuerzos para transformar y educar a nuestra población mexicana.

En este marco, surge el programa para la prevención y atención integral del embarazo en adolescentes, que promueve el “*Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia SNDIF*, en colaboración con el *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF*”, como actividad prioritaria para el sistema a partir de 1997. En el presente capítulo, se presentan las estadísticas que son fundamento del presente trabajo.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD.

Hay un panorama desolador, una realidad “*que cierra más puertas de las que abre*” y un sistema poco apto para reflexionar en términos que sobre pasen el mero diagnóstico de una creciente población de mujeres jóvenes sin destino. Se descubre, que la información de millones de mujeres apenas sobre pasados los quince años, juegan a las muñecas con hijos que no supieron evitar. Con este impacto hay miles de niñas dedicadas a la prostitución, manipuladas por rufianes que las venden o explotan como si fueran animales o cosas, (Atwood, 1987).

Aunado a esto: las violaciones, la explotación en el trabajo y la falta de apoyos. Son la evidencia de que se sigue repitiendo el ciclo desolador de madres educando a hijas para la felicidad de otros. Teniendo como base la abnegación, la resignación, y los estudios que quedan a medias, originando una sacralización de la maternidad, y un sueño del matrimonio basado en una idealización en canciones románticas. Ha llegado el momento de enfrentar decididamente esta situación, y en particular la epidemia de embarazos precoces.

Algunas publicaciones, presentan esta realidad desoladora: como ejemplos, en cada país latino americano; en sus diversos periódicos en particular, expresan lo siguiente:

- **Republica Dominicana:** “*aumenta el embarazo en las adolescentes*”.
- **Venezuela:** “*las niñas-madre. Un problema social representa las madres precoces en Venezuela*”.

- **México:** *“Hijos de madres adolescentes: 12% de los niños que nacen en México”*.
- **Perú:** *“Niñas madres: unas veces seducidas y otras veces violadas”. Crece índice de madres de 15 a 19 años”*.
- **Chile:** *“Relaciones prematrimoniales: ¿drama mundial?” El drama de jugar con muñecas vivas.*
- **Brasil:** *“Madres-niñas. Gravidéz en la adolescencia. Aumenta en Brasil”*.

Ahora, en el 2004. Podemos seguir encontrando en las innumerables publicaciones que circulan en América Latina informaciones y datos como los siguientes:

- *“La juventud constituye un grupo de creciente importancia demográfica en América Latina y el Caribe. Hay 82 millones de habitantes de 15 a 19 años”*.
- *“Los adolescentes sexualmente activos tienen una actitud ambivalente ante el sexo y la procreación y están mal informados acerca de la anticoncepción”*.
- *“El número de nacimientos entre los adolescentes ha aumentado enormemente”*.
- *“Ocho por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años dan a luz cada año en América Latina, desde el 15% en El Salvador a un mínimo de 6% en Chile y Uruguay”*.

Pero esta realidad, ignora el número real de embarazos adolescentes porque las estadísticas no registran los abortos realizados en forma clandestina, (Baltimore, 1997). A estas consecuencias desastrosas del embarazo en la

adolescencia, sobre el que no cabe extenderse en este trabajo, que es necesario agregar el aumento de las ETS y del SIDA. La OMS informa que “*en todo el mundo, 20% de las personas con SIDA tienen entre 20 y 30 años de edad*”, lo que demuestra que contrajeron la infección durante la adolescencia, (Calderone, 1978).

Ahora bien; ante este panorama, hay una pregunta que surge de lo revisado: ¿Qué medidas se están tomando para evaluar y transformar esta situación?. Reseñemos las más: Entre el 6 y el 10 de noviembre de 1989, se celebró en Oaxaca, México, la conferencia internacional sobre: fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe, patrocinada por The Population Council y The Pathfinder Fund, con asistencia de William and flora Hewlett Foundation, (UNICEF, 1991). Se reunieron profesionales de diferentes disciplinas (Medicina, Sociología, Etnología, psicología, entre algunas) con la esperanza de establecer prioridades para el año 1990.

Esta reunión internacional, acordó que “*ya se había producido una voluminosa documentación en materia de fecundidad adolescente*”. Por lo que era importante, evaluar progresos, identificar posibles soluciones y elaborar conclusiones finales. Esta importante reunión, destacó el énfasis de los servicios para jóvenes promoviendo “*desmedicalizarse*”(“*necesidad de desmedicalizar los servicios anticonceptivos y tratar al adolescente de manera integral, atendiendo por igual su salud mental, física y psicológica*”)

Estas observaciones tienen sentido, naturalmente, para aquellos países que tienen el privilegio de disponer de programas para adolescentes. En América Latina podríamos señalar que sólo existen tres o cuatro países en esas

condiciones, y que sus programas solos alcanzan a una población juvenil limitada de que algunos muestran más interés que en las acciones concretas y afectivas. Por consiguiente, la reunión explica, que hay un número de obstáculos que dificultan el desarrollo para la aplicación de un programa preventivo, entre los que destacan la actitud de los adultos conservadores: madres, padres, educadores, políticos, que están convencidos de que un servicio preventivo promueve a la promiscuidad y la iniciación sexual temprana. Situación totalmente contradictoria.

Y por si fuera poco este argumento está apoyado por la política de la iglesia católica, que mantiene su tradicional encuadre monolíticamente represivo en materia de educación sexual, y que obstaculiza toda posible información objetiva y verdadera negando el acceso y el uso de métodos anticonceptivos más controlados y admitidos. Ahora, se plantea que la educación sexual debe ser informada por investigadores o profesionales, a fin de que se determine los comportamientos sexuales en los adolescentes.

1.2 EXPECTATIVAS ESTADÍSTICAS DE LA MADRE ADOLESCENTE.

En otro foro internacional sobre fecundidad adolescente, que se llevó a cabo en septiembre de 1990 en Arlington, Estados Unidos, se llegó a la siguiente conclusión; de cada año casi 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz. Y que en América Latina el 50% de las jóvenes ya tienen un hijo a los 20 años.

A esta altura, se entiende que la problemática juvenil que más preocupa se centra en un hecho incuestionable: de un embarazo precoz en la vida sexual de

las adolescentes; esta precocidad está afectando el destino de quienes serán mujeres adultas en el año 2000. Teniéndose este indicador, se establece que la precocidad es un hecho irreversible.

En este sentido, hay dos aspectos poco atendidos de esta problemática: la precocidad y la vida sexual de las adolescentes, que generalmente preceden a un embarazo no deseado. Actualmente se han obtenido en investigaciones recientes datos; en el cual se observa que en los últimos censos de nuestro país hay un incremento de parejas jóvenes y madres solteras.

Esta circunstancia, nos plantea que el embarazo en la mujer mexicana normalmente se iniciaba a partir de los 20 años en adelante, y observando los últimos estudios estadísticos, nos percatamos que la actividad sexual empieza a partir de los 12 años y 15 años de edad, (UNICEF, 2001).

De modo que el embarazo temprano en las adolescentes mexicanas, se ha convertido en una situación muy frecuente y preocupante. Los datos obtenidos por CONAPO (2000), nos indican que, cada año en el país de México se registran más de 500 embarazos adolescentes por día, cifra que la ubica en un 25% de los embarazos no planeados.

Otro dato investigado en (1998), muestra que se registraron más de 547 muertes de adolescentes mayores de 15 años por complicaciones ginecológicas. Situación que corroboró que la población de embarazadas son adolescentes menores de 15 años, (GIRE, 1999).

Por consiguiente el dato importante obtenido en 1998 demostró que estadísticamente, de cada 4.904 habitantes mexicanas, 511 son mujeres

adolescentes, y que el 10% de estas mismas ya tienen hijos mayores de 2 años. Situación que muestra que, el embarazo adolescente en México, está en aumento, y no se han tomado medidas preventivas.

1.3 EL EMBARAZO ADOLESCENTE DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL

Decíamos que estamos ante un hecho incontrastable. El sentido común, ratificado por las estadísticas, nos dice que las relaciones prematrimoniales están en aumento rápidamente y en pocos años, la tendencia actual, será que escasas mujeres lleguen vírgenes al matrimonio; así nuevas costumbres van siempre acompañadas de un cambio correlativo de la valoración social. Hace cuarenta años era vergonzoso haber perdido la virginidad; ahora, en grupos juveniles, en muchos casos resulta vergonzoso el conservar la virginidad.

Esta expectativa ha generado cambios en el pensar de las jóvenes, las presiones a las que se ven sometidas las parejas juveniles son de signo inverso; porque un gran número de chicas inicia su vida sexual muy tempranamente. No porque lo hayan decidido libremente, sino porque han cedido a la presión que sobre ellas ejerce el grupo social al cual pertenecen, (Clellan, 1945). He aquí uno de los problemas, ¿por qué la iniciación sexual de las jovencitas, aparentemente libre, sigue siendo vivida como una experiencia física y psíquicamente dolorosa y traumática, capaz de generar secuelas disfuncionales en matrimonios tempranos?

Se entiende que la iniciación sexual suele ser, para la mayoría de las chicas, una experiencia “consentida” pero “forzada”. La idea mas generalizada es que si la jovencita inicia precozmente su vida sexual, lo hace porque quiere, o

porque le gusta. Esta explicación se calca, simplistamente, de la conducta típica de los varones que tradicionalmente, se inician precozmente.

Se razona esta situación como un traslado mecánico, pensando que, si ahora las chicas actualizan el comportamiento, será porque las mueve el mismo tipo de motivación y de pertenencia social. Algunas convicciones de la mayoría de las adolescentes nos muestran que éstas, ni desean, ni quieren iniciar relaciones prematrimoniales. Es más establecen una resistencia a todo lo que desconocen y cuando ya no pueden, ceden, (Clifford, 1978).

Es razonable suponer que más allá de reales o hipotéticos aumentos desproporcionados en cuanto a cifras absolutas de los embarazos de mujeres adolescentes presenta una persistencia notable y una tendencia ascendente de su importancia relativa en el aporte de hijos. Esta nueva perspectiva frente al embarazo adolescente, amplió indudablemente las posibilidades de comprender el origen y sus consecuencias.

Sin embargo, se ha profundizado insuficientemente el impacto que tiene el embarazo para la vida de las adolescentes. Si antes se lo situaba en la posibilidad de perder la vida, hoy se sabe que el salir embarazada les puede hacer “dejar de vivir la vida”, (Charles, 1987). Esta sensación de “haber dejado de vivir la vida” muy frecuentemente provoca un impacto en sus vidas a la llegada de un embarazo no deseado. Este acontecimiento produce una ruptura en sus vidas y les hace entrar en el mundo adulto, (en tanto su percepción de la juventud está conectada a una noción de tiempo de diversión y de falta de responsabilidades), situación que significa asumir un nuevo rol, ser madres, y con ello limitar drásticamente sus objetivos de desarrollo personal.

En la adolescencia el proyecto de vida es muy delicado, constantemente están descubriendo y formulando un conjunto de fines y aspiraciones personales. Las muchachas de hoy por razones vinculadas a la socialización que han recibido en la familia, generan ideas de construir proyectos personales diferentes al de sus madres.

Este conjunto de fines personales, requiere de la acción sobre la realidad. Depende de lo que se hace y lo que se deja hacer, y de la capacidad protectora del medio social sobre las jóvenes. Para una adolescente en la actualidad eso implica, capacitarse para ingresar al mundo laboral, también evitar aquello que podría obstaculizar el logro de sus aspiraciones (abandono del hogar, por ejemplo). El medio en que se desenvuelve una adolescente puede perturbar su proyecto personal.

Una familia muy desintegrada protegerá menos a una muchacha de un embarazo a edad temprana, asimismo una adolescente perteneciente a una familia que puede asegurar el financiamiento de sus estudios, estará más motivada a evitar cualquier acontecimiento que altere su proyecto de ser una profesional, (Delamater, 1987).

Hay quienes han denominado “síndrome de fracaso” al conjunto de efectos negativos que el embarazo no deseado produce en las distintas esferas de la vida de las adolescentes, especialmente en las menores, entre los cuales se incluye: la imposibilidad de completar las funciones de la adolescencia, abandono de la actividad escolar por vergüenza o prohibición.

Teniendo que organizar su vida sexual y limitar su fecundidad, estableciendo una familia y una vocación para cubrir las necesidades propias y las del hijo, y asegurando que éste alcance su potencial vital. El embarazo adolescente afecta la posibilidad de un proyecto de pareja y familia. Ser madre implica alterar el itinerario que la sociedad ha definido como “proyecto” de mujer. Primero se debe ser esposa, luego madre.

En una condición subordinada, la mujer encuentra en la maternidad el atributo que le otorga mayor legitimación social. Pero la maternidad es valorada en función de reproducción sexual, que en el marco de la familia es ligada al espacio de la pareja. Por otro lado, las adolescentes que han sido madres también se les hace más difícil planificar su familia, y definir cuántos hijos desean tener. Y es altamente probable que enfrenten un segundo embarazo antes de cumplir 20 años de vida.

Como se ha observado, las menores de 18 años presentan una alta tendencia a una gestación diferente, o sea tener un embarazo psicológico antes de estarlo. La maternidad a edades muy tempranas involucra siempre a otra persona en sus consecuencias: la hija o hijo, (Farkas, 1976).

Estos niños están más indefensos ante la vida, y presentan un mayor riesgo, que parece estar menos ligado a su biología. Asumir la maternidad es difícil para una mujer de cualquier edad, sin embargo, si esta tarea llega cuando recién se han cumplido los 15 o 16 años, las dificultades son mayores. Si bien es cierto que pueden estar biológicamente capacitadas, es dudoso que lo estén desde el punto de vista psicológico y social. Las madres adolescentes generalmente no están capacitadas laboralmente y están muy presionadas por

la situación económica. En este sentido, el embarazo precoz conlleva un fracaso en la inserción en la esfera del trabajo, en alcanzar una participación en la sociedad más allá de la esfera privada.

El embarazo en la adolescencia es un acontecimiento que altera drásticamente las potencialidades de desarrollo personal y social de quienes lo experimentan. Las representaciones sociales en torno a la sexualidad definen el modo de enfrentar situaciones determinadas.

El embarazo de adolescentes sería entonces, la consecuencia natural preocupante de las transgresiones hechas por la mujer en su sexualidad, para ella está prohibida la práctica sexual premarital, y es tarea suya evitar la preñez. A juicio nuestro, el grupo de muchachas que enfrenta un embarazo puede ser definido como “mujeres adolescentes populares embarazadas”. Ello las determina como un grupo específico vulnerable, constituido a partir de atributos comunes.

En tanto “mujeres”, se les ubica como grupo étnico definido, transaccional entre la niñez y el mundo adulto; en tanto “populares, se les asigna desgraciadamente en una posición subordinada en la estructura social”. Y embarazadas, se les ubica en una situación alterada.

1.3.1 Madres adolescentes.

Como anteriormente se mencionó, debemos analizar las secuelas adicionales que comporta el embarazo. Para una muchacha perteneciente a una edad menor de 15 años. Para empezar, los riesgos de tipo médico son mayores que en la mujer adulta, sobre todo en las adolescentes muy jóvenes comprendidas entre 13 y 16 años, por ejemplo: los bebés que tienen estas madres, muestran por lo general un peso inferior al normal y las posibilidades de muerte durante la lactancia, son casi el doble que en los hijos de mujeres mayores de 20 años, (Shapiro y Starfield, 1981).

Por otra parte, las madres adolescentes suelen tener gestaciones más complicadas; con particular incidencia de abortos, toxemia y hemorragia, así como mayor riesgo de muerte que las gestantes mayores de 20 años, (McGee, 1982). Por tanto, no es de extrañar que las madres adolescentes constituyan un contingente importante en las estadísticas de personas indigentes o en precaria situación económica. Y que muchas vivan prácticamente de los subsidios y prestaciones oficiales, (Moore, 1979). Afortunadamente, de todas formas, parece que en la actualidad la mayoría de las madres adolescentes se gradúan de bachiller a pesar de los obstáculos con que tienen que enfrentarse, (Upchurd y McCarthy, 1989).

Las adolescentes solteras que se descubren embarazadas tienen que hacer frente, también a situaciones psicológicamente difíciles. Muchas no cuentan con el apoyo del padre de la criatura o, si lo tienen, es insuficiente. Deben decidir si abortar; lo que a veces provoca considerable angustia y sentimiento de culpabilidad, o dar a luz. Caso en el cual han de resolver si se quedan con el hijo o consienten en su adopción. Como se observa en este análisis, es importante revisar algunos puntos de la adolescencia.

1.3.2 Los lazos del desarrollo pubertad.

Las adolescentes sienten una especial preocupación por su atractivo personal, es decir, en la imagen de sí misma. Actualmente estamos en una sociedad que día a día se está transformando; y esto ante los adolescentes modifica sus valores interpersonales; influido por el cine y la televisión.

Hecho que es captado por ellos con gran rapidez, en este sentido las adolescentes al preocuparse por su físico modifican su identidad, para él o para ella. Otro motivo, es que los adolescentes no han desarrollado aún un amplio sentido de su autoestima, la cual se determina por la preocupación respecto a la imagen de su propio cuerpo. Y que se complica por el hecho de que su transformación física está pasando por una odisea propia; cambiando de tamaño, forma, y otras características casi inexplicables que forman parte de la pubertad, (Ekstrand, 1989).

En la tarea de aprender novedades acerca del cuerpo, la adolescente además de preocuparse en su aspecto externo, empieza un aprendizaje sobre las cosas nuevas que ocurren en su persona. Esto no resulta tan fácil, porque existen muchos aspectos de la pubertad que le provocan ansiedad. Por la falta de información, (Demauro, 1990).

En el interés de conocer su cuerpo, la adolescente empieza a preocuparse por su apariencia física. Muchas adolescentes, tienden a inspeccionarse muy detalladamente. Estas observaciones motivan un aprendizaje interactivo de su propio cuerpo ubicándola en la integración de sus fantasías sexuales, con

respuestas fisiológicas de nuevas sensaciones, en el cual le preparan para una verdadera relación sexual; Morris (1997) explica, todo este autodescubrimiento, al prepararla para utilizar su cuerpo en la experiencia sexual y por consiguiente el establecer una interacción con el entorno psicosocial, (Gagnon, 1989).

1.3.3 El aprendizaje de las relaciones sexuales en la adolescente.

El aprendizaje acerca de las relaciones sexuales comienza, al principio de la adolescencia. Y las adolescentes ante estas habilidades interpersonales, descubren el emparejamiento heterosexual. Generalmente, el grado de compromiso emocional e intimidad sexual en sus relaciones, aumenta a medida que las adolescentes se hacen mayores y más experimentadas, (Chilman, 1979).

La mayoría de las adolescentes idealizan las relaciones románticas, que a lo largo de los años algunas de estas idealizaciones, interiorizan la actividad sexual dejando atrás la idealización de las relaciones románticas; ya que su primer coito en edad temprana resulta particularmente notable.

Porque la mayoría de las adolescentes de hoy, han desechado el antiguo concepto de virginidad que aprobaba la aceptación sexual en el matrimonio. A lo cual la religión insiste en que las chicas se conserven vírgenes, a favor de un modelo más permitido.

1.3.4 Formación de la pareja adolescente.

Para que dos jóvenes decidan formar una pareja, deben haber pasado ya por las etapas más importantes de su vida, –la infancia y la adolescencia –. Sabemos que desde el nacimiento, cada individuo aprende de la familia la preparación para el desprendimiento, (Annon, 1976).

El comenzar con la separación de los padres, posibilita a la vez la relación con otras personas, ampliándose las nuevas relaciones de la pareja adolescente, (Arentewicz, 1983). La adolescencia no marca el final, este proceso de desprendimiento, cumple con las tres grandes tareas de esta edad: a) definición de los propios valores morales y éticos, b) definición de elección vocacional, y c) elección de una pareja, (Calderone, 1978).

El formar una pareja, explica Elías (1969), *implica: separarse física y psicológicamente de los padres, para formar una unidad nueva en la sociedad*. Tarea que requiere de la participación de ambos integrantes. Por su parte los padres de la pareja nueva, apoyaran y estimularan el éxito de ellos. Para iniciar un matrimonio, al haber completado sus tareas de independencia durante la adolescencia, y poder comprometerse con nuevas metas a cumplir con esta nueva etapa de su vida, la pareja debe:

- Cambiar el papel de considerarse hijos, por el de hombre y mujer, esposos y posteriormente padres.
- Intercambiar habilidades de cuidados y protección de su cónyuge.
- Compartir tareas y obligaciones.
- reforzar la experiencia de ser pareja, en las áreas afectiva, sexual, social e instrumental.

El aprender a vivir en pareja adolescente, no es una tarea fácil; es una situación desconocida en la que cada uno pone en función lo que aprendió de la vida de sus propios padres, (Fisher, 1980).

1.3.5 Amor y pareja.

El amor y la pareja toman forma con la definición jurídica de matrimonio. Antes esto se regía por un arreglo entre las familias de los contrayentes. Un contrato que determinaba la distribución y conservación del patrimonio familiar, decisión que ellos no asumían.

Ahora esta decisión es de los hijos y es de suma importancia para ellos. Pero resulta que una determinación inesperada sumerge a la mujer en un conflicto existencial, porque generalmente la educación y crianza de los hijos es determinadas por la madre. Y en la actualidad existen compromisos en donde la participación de ambos es diferente en cuanto a obligaciones y derechos, por parte del varón y ella. Pero aun así, la mujer no tiene iguales posibilidades de desarrollo profesional que el hombre, lo cual puede ocasionar en ella un sentimiento de rivalidad frente a los privilegios del papel masculino, (Willi, 1990).

Ante esto, la pareja adolescente tiene el compromiso de hacer cosas para sí. La madre y el hijo son uno cuando la mujer está embarazada. Integridad que después del nacimiento establecerá una relación de mutua dependencia entre la madre y el hijo, y que alcanzará su clímax hacia la mitad del primer año, con la adquisición de nuevas habilidades de estimulación y el progreso del desarrollo psicoafectivo.

Y los hijos encuentran ante la presencia de los padres un proceso de identidad como cuando eran muy pequeños. Habitualmente, en este proceso de identidad, los hijos en la futura etapa de la adolescencia, implican una elaboración de procesos de *independencia* o de lo contrario, de *dependencia hacia sus padres*. La reafirmación de esta nueva personalidad, se logra a través de la separación gradual de los padres” y la convivencia con ellos. Lo que obliga a los padres a revivir su propia adolescencia, (Estrada, 1987).

Las decisiones que toma la pareja adolescente en lo sexual, es un reflejo de la disposición psicológica basado en su historia personal de cada uno: de sus valores personales, su razonamiento moral, y el manejo de las consecuencias negativas tales como: aventuras o amores románticos, (Burkhart, 1981).

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostración referente a la toma de decisiones propias, y de consolidar sus valores propios.

1.3.6 La comunicación familiar ante la formación de pareja.

Con esto los padres de la adolescente comparten, los problemas de la pareja adolescente. En el *florecimiento de la sexualidad*, el padre podrá expresar quizás una situación de competitividad frente al hijo o hija. Sintiendo a veces incómodo frente a las decisiones de la adolescente. Por lo cual es necesario aceptar la pareja elegida por sus hijos, aceptando hacerse a un lado, y aceptando también la separación de los hijos. Para que estos tengan la libertad de formar a su vez, una nueva familia. Esto puede traducirse en que los padres no pueden elegir, ni sentir por los hijos, y nadie puede hacer las cosas por ellos.

Hay personas que centran sus vidas en torno a otros individuos, y no creen que puedan ser ellos mismos. Tolerando el sentir falso de los padres que según los sigue amando y buscan la felicidad para ellos. A veces los padres, se sienten terriblemente dañados por la pérdida de una hija, (Beattie, 1991).

El proceso natural del ser humano, va de la dependencia a la independencia. Por eso la frase: *infancia es destino*, contiene una gran variedad de resultados en lo psicológico (no ser vistos, escuchados) por sus padres, en la adultez puede generalizar y tender a presentar esos mecanismos de autoprotección, como por ejemplo: cuidar más a otros que así mismos.

Culpando a los demás de lo que sucede, y *resolviéndole* los problemas a los otros. Por consiguiente, la influencia de los padres a través de la comunicación adquiere dos importancias: comunicación positiva y comunicación negativa.

En la comunicación positiva, los papeles de los padres son de forma constructiva y formativa. En la otra, se enfoca a la desorientación y la irresponsabilidad de los deberes, así como la falta de valores, (Jurg, 1993).

1.3.7 El embarazo temprano.

El embarazo temprano o precoz, se refiere a la circunstancia de la no planeación de una maternidad inesperada; por lo que fue necesario conocer los puntos anteriores sobre el desenvolvimiento de la adolescencia y su importancia ante el desarrollo de una sexualidad básica.

Se revisaron algunos contextos del papel importante que juega la familia, así como de sus integrantes. Todo esto, para conocer y comprender lo importante que es la familia para una adolescente, que a temprana edad enfrenta el hecho de ser madre.

Quizá este embarazo temprano, por así llamarle, sea determinado por algunos subfactores que están dentro del contexto familiar y social; como serían los siguientes: el no romper con una relación de noviazgo, violencia intra familiar, drogas durante la adolescencia, y la ruptura de los padres, (Berer, 1993).

Los fuertes traumas emocionales provocan que la sexualidad sea un escape de los problemas en la familia y las posibles consecuencias sean una muerte temprana de la adolescente o de su bebe. El embarazo como fuga a problemas o ultima salida, sigue generando un fuerte índice de madres solteras en etapa prenatal con confusiones y carga moral. El investigador inglés Murray, (2002) dice: *“El sexo atrae o aterra, y cuando sentimientos encontrados son fuertes provocan comportamientos inadecuados en las adolescentes madres”*.

En muchas culturas y razas, las relaciones sexuales originan enfrentamientos de todo tipo con divisiones familiares, venganzas, humillación, deshonor, traumas, condenas, enfermedades y muerte. Las investigaciones demuestran que México ha avanzado en materia de sexualidad, pero no en materia de información reproductiva. Ahora, las mexicanas tienen en promedio dos hijos; a diferencia de dos décadas atrás cuando eran madres de seis o más. Y, sin embargo, queda mucho camino por andar y educar en el terreno sexual. Siguen los embarazos en jovencitas a temprana edad, por falta de información en reproducción sexual.

La doctora en psicología Ochoa (2002), advierte sobre la imperiosa necesidad de desmitificar el sexo, y de facilitar a los jóvenes todas las herramientas necesarias para que puedan llevar una reproducción sana, plena y natural. Según informa, algo que podría tranquilizar a muchos padres con respecto al tema, es que en las culturas donde la educación sexual se enseña debe instruirse desde la infancia, y preparar a los jóvenes que inician sus relaciones sexuales ha temprana edad.

Un número muy significativo de padres de familia, cree que escondiendo la información y los medios para acceder a ella, las experiencias sexuales en sus hijos se retrasarán. Pero esto no es cierto, la precocidad generalmente va unida a la consecuencia de un embarazo temprano.

CAPITULO 2. LA MUJER EN LA HISTORIA.

En la historia de la mujer se ha luchado por establecer sus derechos y tener cierta igualdad con el hombre. En 1945, después de la segunda guerra mundial las naciones unidas se empeñaron en mejorar la condición de la mujer. Promoviendo cambios y creando conciencia acerca de la situación de la mujer en todo el mundo.

En termino de esta posguerra, cuando la mujer ya disfrutaba del derecho del voto, logrado en 31 países, “la igualdad de derechos de hombres y mujeres” se consagró en el preámbulo de la carta de las naciones unidas. El cual establecía legalmente la igualdad de los sexos como derecho humano fundamental.

Sin embargo, la discriminación contra la mujer, por antecedentes culturales y tradiciones sigue persistiendo en gran parte del mundo. En 1975 se establece el primer plan de acción mundial para el adelanto de la mujer.

El programa que se planteó en dicha conferencia reconocía la importancia mundial de las cuestiones de la mujer. En la asamblea general de las naciones unidas se proclamó nuevamente en el periodo de 1976-1985; y plantea “el comienzo de un esfuerzo internacional por corregir los errores de discriminación de la mujer en la historia”.

2.1 TEORÍA HUMANISTA Y MUJER.

Continuando con lo anterior, el modelo humanista en relación con la mujer y analizando lo que Rogers (1968), explica: *“la discriminación social no tiene que desviarse de los valores individuales del ser humano, señalo que los factores sociales de igualdad, intervienen en el surgimiento de los problemas de la mujer”*. Ante estas circunstancias, no sorprende que pese al progreso logrado en la condición de la mujer en los últimos años, sigue siendo una quimera para la gran mayoría de las mujeres.

Como se señalaba en una metáfora, “todas las mujeres son iguales, pero en algunas mujeres son mas iguales que otras”. Esta metáfora refleja acertadamente la discrepancia entre la igualdad que tiene la mujer por ley y su condición real en la sociedad. Pero investigaciones en el derecho de la familia y la legislación sobre igualdad informan que no siempre se ha llegado a una mejoría de la condición de la mujer ni de su calidad de vida.

Las causas fundamentales de esta discrepancia en la condición de la mujer son tan variadas como complejas. En primer lugar se siguen promulgando leyes discriminativas o injustas. En segundo, las reformas jurídicas y los gobiernos suelen carecer del empeño institucional y económico para hacerlas cumplir. Ya que los prejuicios se arraigan profundamente en lo social las leyes nuevas relativas a las cuestiones de la mujer se aplican con lentitud sin una constante presión del público como tercer orden. Es posible que se repudien oficialmente las creencias culturales y las tradiciones que discrimina a la mujer, pero éstas continúan floreciendo en el ámbito popular.

En cuarto lugar, el derecho personal, y el religioso es incompatible con el derecho civil y terminan por aceptar las políticas gubernamentales. En quinto lugar, la mayoría de los países carecen de datos establecidos sobre los derechos de la mujer y la forma en que funcionan con la sociedad, (Reiss, 1980).

Por lo tanto, el modelo humanista relacionado con la mujer establece; que algunas características principales de la asistencia social se deben centrar en acciones preventivas y el aprovechamiento óptimo de proporcionar recursos a la mujer y su comunidad.

Para consolidar la cobertura de los servicios propuestos por el gobierno, y se extienda a toda la población mexicana. Analizando esta explicación, el paso consistiría en ofrecer a la mujer servicios legales y atenciones medicas eficaces para tener la protección de sus derechos.

2.1.1. Teoría humanista.

La teoría humanista se centra en el ser humano, analizando su identidad y fuerza de voluntad. La primera establece que las posibilidades de un individuo y sus experiencias la mente, y los estados alterados de la conciencia, que son parte de la personalidad de un individuo que refleja los rasgos heredados y aprendidos, (Dilapi, 1989). Así mismo, la psicología humanista establece que la segunda perspectiva es satisfactoria. Por que establece que la vida es un proceso constante de esfuerzo para realizar nuestro potencial humano, de abrimos al mundo circundante, y de encontrar el placer de vivir, (Dryfods, 1997).

El psicólogo Carl Rogers (1960), explica: “todos los organismos nacen con ciertas capacidades y potencialidades”. Y Maddi (1980), analiza; que esas capacidades pertenecen a un molde *genético*, al cual se agregan la forma y la sustancia con el paso de los años. Para Rogers, la meta de la vida sería realizar este molde genético, en convertirse en aquello para lo cual uno tiene una capacidad intrínseca.

A esto, le denomina: impulso hacia la autorrealización, en otras palabras tendencia a la realización. Esta tendencia, es característica de todos los organismos. En ciertas palabras, el desarrollo del ser humano, se forma en el auto concepto de sí mismo. Cuando un individuo desarrolla sus capacidades innatas, se convierte en un individuo con funcionamiento pleno, (Ensminger, 1987).

Este tipo de personas se dirigen por sí mismos, aunque sus decisiones, no siempre son las mejores, deciden sin intervención ajena lo que quieren hacer y ser. Un individuo conoce y aprende de sus experiencias (sus propios sentimientos, el mundo circundante y las personas que le rodean) y por lo mismo darse cuenta de que: “*Está cada día más predispuesto a ser*”, (Carl Rogers, 1961). Con lo cual, el hombre es una persona con funcionamiento pleno a la que se le aprecia positivamente e incondicionalmente. Ello significa que se sientan estimados por los demás importando sus sentimientos, actitudes y conductas. Pero a menudo todo esto, es establecido por los padres, llamado aprecio positivo condicionado. El marco humanista cuestiona el que solo ciertos aspectos del individuo, sean estimados y aceptados. La aceptación, el afecto y el amor que uno recibe de los demás, depende de que se comporte de determinada manera y de que llene ciertas condiciones, (Elías, 1969).

Jaylane Smith, explica: que no es extraño, que el aprecio positivo condicionado sea una tendencia a cambiar el autoconcepto para incluir las cosas que hemos de ser, a convertirnos en la persona que los demás desean que seamos, y que al hacerlo, el auto concepto se desligara de la capacidad innata, nuestra vida comienza a alejarse del modelo genético, (Smith, 1999).

Cuando la gente pierde de vista su potencial, tiende a volverse cohibida, rígida y defensiva, se siente amenazada y con ansiedad, sufre mucho malestar e inquietud. Por otra parte, como su vida ha estado dirigida a lo que las otras consideran como bueno, quieren dirigir a otros, y no encuentran gran satisfacción en lo que hacen. Así tenemos que cada adolescente, se caracteriza por sus actitudes variadas hacia la realidad, y cualidades de su personalidad. Entre ellas tienen la mayor significación de las particularidades de la personalidad, que le caracterizan al adolescente como miembro de la sociedad.

Por lo cual el concepto que se forma de sus experiencias le permitan adecuarse a los diferentes ambientes ya que es un ser social, porque siempre es miembro de la sociedad y representa un grupo. Siempre ocupa, una situación determinada en el sistema de relaciones sociales mutuas y concretas con las demás personas, (Dunn, 1997).

Esta situación en la sociedad y sus relaciones interpersonales con otras personas, determinan sus actitudes personales hacia la realidad, a las cuales corresponden formas individuales, (Eidemberg, 1945).

Por esto, la conducta es considerada siempre desde el punto de vista de las relaciones sociales, en cuyo sistema se encuentra inmerso, ya que el individuo,

siempre actúa como miembro de una sociedad. Así mismo, la adolescente es muy sensible a la valoración que de ella hacen los que le rodean. Al no tener un concepto firme sobre si misma la adolescente, con frecuencia duda de la valoración sobre sus éxitos y fracasos, y la actitud que tienen hacia a ella los que le rodean, (Fisher, 1980).

De aquí parte la conocida “sensibilidad” de los adolescentes: sus cambios de humor, sus reacciones “inmotivadas”, (desde el punto de vista de los adultos), a las palabras y conducta de los demás y a determinadas circunstancias de la vida, (Erikson, 1990).

La gran sensibilidad en la reacción a las influencias colectivas de los camaradas y de los adultos es muy ventajosa para la educación del adolescente. La edad escolar juvenil o primera juventud, abarca desde los 15 años hasta los 18 años, o sea, el período de estudios, en los cursos de segundo y tercero de la escuela secundaria. Al final de este período, la adolescente adquiere la madurez indispensable para un estudio posterior y para la elección de una carrera, para entrar en un camino independiente de la vida. Este, es el período de la autodeterminación del individuo, (Leonor, 1997).

La nueva situación de los jóvenes en la sociedad, las particularidades del individuo en los últimos cursos de la escuela y la situación de los escolares de más edad en la colectividad escolar tienen una significación importantísima para la formación de la personalidad y para todo el desarrollo psíquico en esta edad, (Gagnon, 1979). Una vez dando una visión de las características que en vuelven a la adolescente pasara a la vida en pareja que con lleva a una

relación social. A continuación se analizan, los procesos de galanteo en la pareja.

2.2 ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.

Es preciso mencionar, que la amistad durante la adolescencia va cambiando de acuerdo a como cambian las actitudes, los intereses, los valores, etc. Un tipo muy especial de relación y que tiene mucha importancia para los adolescentes es la amistad heterosexual, pero antes de llegar a ésta, el proceso de selección de amigos pasa por varias etapas. Para describir estas se hará referencia a la teoría interpersonal (Sullivan, 1979), quien describe con claridad en el cambio de las actividades y actitudes en grupos de muchachos del mismo sexo durante la preadolescencia, hasta la formación de parejas hombre-mujer.

En la adolescencia hay tres etapas: a) preadolescencia, b) adolescencia temprana, c) adolescencia tardía. En la preadolescencia hay necesidad de una intimidad, la cual se centra sobre un individuo particular del mismo sexo, “relación isofílica” en lugar de “homosexual”. Para hacer notar que no se trata de la orientación de la preferencia sexual, sino de la calidad de relación que se da con una persona del mismo sexo, que sirve como parámetro de comparación, entre otras funciones que tiene este amigo especial.

Este es el periodo durante el cual el muchacho tiene un amigo (a) “íntimo” (a) o confidente a quien pueda revelar sus dudas y preocupaciones sin temor a ser rechazado (a). Bien puede ser que el íntimo apego a uno como “yo”, sea una defensa en contra de la “difusión de identidad”.

Cuando los cambios corporales y la aparición de los impulsos sexuales, ponen en peligro la estabilidad de la propia identidad y de la imagen que la muchacha tiene de sí misma. Lo cual le ayuda a entender que llegara a ser mujer significándole dos cosas: no ser una niña y no ser una adolescente; Y llegar a ser una mujer significa: ser independiente ante sus ideales, (Siegel, 1982).

Es decir, cuando la mujer está con una persona debe estar libre de sus prejuicios experimentando y afrontando la situación que la ubica como tal. Estos cambios de madurez y responsabilidad van fortaleciendo a la pareja, a través del intercambio de experiencias y reafirmando de esa manera la autoestima y el autoconcepto de su realidad como mujer; lo cual explica en parte, que la intimidad se da entre dos jóvenes de distinto sexo y a veces de sexos opuestos.

Cabe aclarar que esta intimidad es un acercamiento o intimidad emocional y psicológica, aunque también se establece por el contacto físico con matices de exploración y experimentación. Para concluir esta fase, es importante aclarar que el apego isofílico que se da durante ésta, es saludable e integrador y no algo patológico y debilitante, (Simmons, 1975).

La adolescencia temprana, esta fase se caracteriza por el surgimiento de la necesidad de gratificación sexual asociada con la satisfacción genital. El paso se da del interés por una persona idéntica a uno mismo, al interés por una persona diferente de uno mismo. Es decir, el interés heterofílico, es ayudado generalmente por el hecho de que el otro de los dos en la pareja, se encuentra en el mismo estado de transición. Con frecuencia todo un grupo de jóvenes,

estará pasando al mismo tiempo de intimidades isoflicas a un interés por el sexo opuesto. Se hace notar, que el concepto que un adolescente tiene de su valor personal y de su autoestima, pueden pasar por momentos difíciles ante el surgimiento de la necesidad de gratificación sexual, especialmente cuando los intereses genitales son considerados como inmorales.

La aparición de estas necesidades puede hacer que el adolescente se sienta confuso y avergonzado. Así también la necesidad de intimidad y la necesidad de gratificación sexual, pueden entrar en conflicto. El joven necesita desarrollar una nueva habilidad para cuando quiere intimar y al mismo tiempo ser sexualmente correcto, (Sarrel, 1979).

Para resolver este conflicto el joven hace uso frecuente, del doble código moral, separando a las mujeres con quienes puede obtener gratificación genital de aquellas con quienes puede obtener intimidad afectiva. A lo cual, no lleva a un óptimo desarrollo psicológico; ya que este doble código no le permite al adolescente desarrollar un repertorio adecuado de conductas interpersonales que faciliten la expresión de sus propias necesidades vinculadas con las de otra persona, (William, 1995).

La adolescencia tardía, es el periodo de los encuentros heterosexuales; donde se establece un repertorio plenamente maduro de conductas interpersonales. Esta etapa, puede ir desde el encuentro o cita casual con un joven del sexo opuesto, hasta llegar al cortejo, compromiso y/o matrimonio. Aún cuando las parejas lleguen a convivir de manera más estable, las elecciones que se hacen no son necesariamente permanentes, el joven no se compromete con una

persona para toda la vida sólo por el hecho de salir “en serio” con esa persona, (Weinstein, 1989).

Antes de que se dé la etapa de formación de parejas heterosexuales, se puede observar la integración de camarillas heterosexuales, que le sirven como plataforma de despegue para llegar a relaciones de dos.

Y aún cuando los adolescentes están todavía muy ocupados en encontrarse a sí mismos y en alcanzar su propia identidad puede haber mayor madurez emocional y más confianza en sí mismo. Ya al final de la adolescencia cuando el muchacho ha alcanzado una identidad más definida, puede integrar auténticas relaciones de pareja.

2.3 SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.

La sexualidad y reproducción, son dos elementos de bienestar humano. En donde la salud sexual es una cuestión de enseñanza por parte de la medicina, y la reproducción es un criterio de información por parte del sector salud. Esta definición de salud, significa que la gente tiene la capacidad para tener hijos, así como para regular su fertilidad en forma segura y efectiva.

También significa que se puede evitar el resultado del embarazo no deseado con utilización de métodos anticonceptivos. Desde el punto de vista del bienestar prenatal (Sommer, 2000), esto, significa que las parejas pueden comprender y disfrutar de su sexualidad libre del miedo de un embarazo no deseado y de contraer enfermedades. A partir de esto se establecen acuerdos por el gobierno mexicano, enfrentando los conflictos en las sociedades en

donde hay embarazos no deseados, (INEGI, 1999); este argumento de la salud sexual, se ubica en identificar los cambios físicos y hormonales, así como por entender el derecho reproductivo de toda actividad adolescente, en materia de control prenatal.

Anteriormente, sólo se hablaba de crecimiento poblacional, y prevención de fertilidad; pero nunca se mencionaba la palabra reproducción; ya que esto no tenía nada que ver con el problema de aumento de la población, sino de la anticoncepción reproductiva, (Resis, 1980).

El término eufemístico de planificación familiar, que en realidad era anticoncepción, era políticamente arbitrario al término “Servicios de métodos Anticonceptivos”. Por lo tanto la sexualidad, se mantuvo reprimida y como tabú hasta hace pocos años. En este sentido, en muchos poblados del territorio mexicano la información de planificar y controlar la natalidad no es aceptable.

A su vez los médicos que inventaron el dispositivo intrauterino, estaban pensando en metas económicas; o para generar más intervenciones ginecoobstetricas e implementar el DIU, a lo que por consecuencia no a todas las mujeres les funcionó. No estaban pensando en ayudar a las personas en su vida reproductiva.

Bajo esta perspectiva el acuerdo internacional concentra el problema sobre demografía y esto hizo que los gobiernos mundiales empezaran actuar sobre esta perspectiva.

Estableciendo cuatro puntos: planificación familiar, maternidad sin riesgo, sexo seguro, y un “slogan”. Estos pilares fundamentan el concepto de salud reproductiva desde un punto de vista de los servicios del sector salud. Claramente, esto no es suficiente porque la salud reproductiva, implica mucho más que la integración y el mejoramiento de los servicios de salud existentes.

Es importante integrar los servicios de apoyo psicológico para otorgar información de sexualidad reproductiva, al igual que se debe mejorar la calidad de los servicios, (Leonor, 1997). Esta relación entre los servicios y la atención a usuarios puede mejorar, y es probablemente aquí donde están las fallas más evidentes de control de la natalidad.

Hay que mejorar la calidad de atención desde el punto de vista de respetar al paciente y de tratar de satisfacer sus necesidades, tales como esa persona las percibe, y resolver su problema para mejorar su bienestar y sin buscar finalidades ajenas a la persona (Erikson, 1990).

Las implicaciones generales de este enfoque de salud reproductiva son en primer lugar, los conceptos de salud y de derecho reproductivo. La gente es el sujeto y no el objeto de las políticas; política y servicios deben responder a una demanda informada a nivel médico. Lo que crea una obligación, de educar y por otra, de responder a las necesidades de la población.

En segundo, los servicios deben estar orientados en el cliente y es el área de planificación familiar, (Berer, 1993). Resumiendo los derechos reproductivos y sexuales son un bien social que vale investigar al margen de la demografía y

verlo como un desafío en los países en que la población está creciendo, en los que la población está estable o en los que la población esta decreciendo.

El problema de la salud reproductiva no es un problema del tercer mundo. Es un problema del mundo y en los países desarrollados que tienen una población decreciente, el problema de la salud reproductiva está igualmente presente. Las mujeres sufren y son víctimas de los sistemas de salud igual que en los países en que la población decrece.

De manera que lo importante es que la salud reproductiva es un bien que hay que mirar por su valor en sí, además de que es una solución al problema demográfico. Esto significa que es un reto a valores muy profundos de distintas sociedades, tiene que ver con los valores culturales y en especial tiene que ver con antecedentes religiosos.

CAPITULO 3. FACTORES PSICOSOCIALES Y FAMILIARES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO.

Este capítulo identifica los factores social y familiar como posibles generadores del embarazo temprano, situación que se ha convertido en un fenómeno demográfico por la incidencia de embarazos en menores de 19 años de edad.

3.1 FACTOR FAMILIAR ANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

A muchos padres, les preocupa que sus hijos se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente. También se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos puedan contraer una enfermedad venérea. Esta preocupación, a veces no se manifiesta en una plática madura, en la que sus miedos se transformen en lecciones sexuales necesarias y preventivas para sus hijos, (Daniel, 2000).

Ahora bien, las tradiciones familiares pesan más que la ciencia en el momento de tomar decisiones; es decir, los jóvenes pueden tener toda la información necesaria, incluso asumirla y comprenderla, por eso no les hará cambiar ciertas actitudes a los padres.

Como explica el etnólogo, Jurg (1993): “la tradición familiar, la herencia de los padres, los consejos al oído desde pequeños, el imitar a los demás y la cercanía diaria con normas morales opera en zonas cerebrales muy profundas y ancestrales, difíciles de mover por los acontecimientos externos y

costumbres culturales”. Basándose en lo revisado en este tercer capítulo, se analiza que los cambios que ocurren en la familia pueden determinar una buena sexualidad o una mala sexualidad, la cual a su vez está determinada por la postura de los padres.

Ahora, la familia es de suma importancia porque en ella se centran las costumbres y los valores, y estos elementos son importantes para evitar que se siga incrementando estadísticamente matrimonios jóvenes.

3.2 FACTORES SOCIALES QUE PREDISPONEN UN EMBARAZO.

En la atracción sexual y elección de pareja intervienen muchos factores tanto biológicos como psicológicos; muy poco se habla si la atracción sexual es determinada por el factor social. Y más aún, si un embarazo temprano en jóvenes adolescentes fue motivo de la situación social, en el cual se desenvuelve; es sorprendente saber que existen códigos sexuales que todos entendemos, (Hass, 1979).

Dentro de la etapa de relaciones interpersonales, la adolescente a través de sus comportamientos en lo social y hacia su compañero establecerá ese lazo afectivo o noviazgo.

Helen Fisher (1999), antropóloga estadounidense explica: *“todas las personas de distintas partes del mundo tienen el mismo código sexual, sobre todo las emociones básicas”*. Ahora, el instituto Max Planck de Munich, (GIRE, 1998) en sus investigaciones: dejó claro, que existe un código de la seducción basándose en 102 hombres, a los cuales se les proyectaron imágenes de las

insinuaciones evolutivas de una actriz sentada en la barra de un bar que entre muchas otras actitudes, dejaba su nuca al descubierto, tocaba su cabello, se pasaba la lengua por los labios, etcétera; mientras los espectadores debían presionar una palanca cuando considerarán que la actriz hacia algún gesto atrayente.

Ante esto, explica la investigadora que: *“en el juego de la seducción, la mirada representa un papel determinante”*. En otro caso, con doscientos adolescentes de ambos sexos; se les encerró en una sala en la que había espejos trucados y videocámaras; en este experimento se demostró que el comportamiento en los treinta minutos es decisivo en el proceso de la atracción, si en ese tiempo no se establece contacto visual entre una pareja, ya no va a ocurrir nada entre ellos, de esta forma se puede decir que la mirada en un evento social es determinante.

Otro punto valioso, es la capacidad para relacionarse, ya que los chicos muestran interés colocándose frente a las chicas; considerando que el factor social es el aspecto psicológico de grupos sociales en los contextos de comunidad, en las que los niños crecen con impresiones afectivas (tanto agradables como traumáticas), que tienen lugar desde el seno familiar. Esta información al ser adultos, construye su patrón humano del autoconcepto que tenemos de nuestra pareja, (Halikas,1982).

Los estudios sociológicos afirman que en todo este proceso tiene mucho que ver la homogamia, es decir, el hecho de que las personas se sientan atraídas entre sí cuanto más parecidas son: Edad, cultura, nivel social, raza, religión, ingresos económicos e incluso por vivir en la misma ciudad o en la misma

colonia, (Jessor, 1977). El humanismo cree que para el mantenimiento de la relación, además, debe haber similitud en valores y en actitudes. Es decir; que los adolescentes tienden a buscar a una persona que tenga características de personalidad semejantes a las de sus padres, aún y cuando conscientemente no lo desean o no lo busquen.

Ahora los jóvenes de la llamada nueva generación, generalmente han sido educados con mucha libertad, su desarrollo ha sido precoz y el vivir con su pareja para muchos de ellos solo es disfrutar el momento, si surge algo estable está bien, pero no es su objetivo.

En los hijos de padres divorciados, la separación de sus progenitores puede provocar que se pierda la credibilidad hacia el matrimonio por lo que prefieren no arriesgarse y probar suerte fuera de la alianza legal. Personas que ya experimentaron el matrimonio, cuando ya han pasado por uno o más fracasos amorosos culminan en divorcios. Están convencidos de que un papel no es garantía de felicidad eterna, lo que los lleva a ver el concubinato como la mejor opción.

Por otro lado un factor que se debe considerar es el siguiente: el papel de las *drogas, y del alcohol en la actividad sexual adolescente*, ya que los adolescentes que comienzan a fumar marihuana o consumir alcohol (o ambas cosas) a edades tempranas, tienen más probabilidades de tener un embarazo temprano que, las que no consumen esas sustancias, dado que las adolescentes de menos de 16 años que comienzan a consumir marihuana o alcohol tempranamente, tienen más probabilidades de volverse sexualmente activas, (Mott y Haurin, 1988).

La explicación de esto es lo siguiente: mientras que sólo una minoría de las adolescentes de menos de 16 años que comienzan a consumir alcohol o marihuana, comienzan rápidamente a practicar el coito. La mayoría de las que no lo hacen es menor la práctica sexual que las adolescentes de la misma edad que consumen estas sustancias, y pierden la virginidad dentro del mismo periodo de edad.

Desde el punto de vista práctico, hay diferentes cuestiones que deben considerarse. Parece existir cierta validez en el concepto que Lewis (1973), denominó “*transición-propensión*” como medio para comprender la evolución psicológica del adolescente, especialmente en lo relacionado con la sexualidad. La cual se refiere a la disposición de una persona, para cambiar de condición a lo largo del proceso evolutivo (por ejemplo: la disposición de los adolescentes para experimentar con drogas o para hacerse sexualmente activo).

Esta disposición psicológica no existe en el vacío, por supuesto, depende en parte de la personalidad del adolescente. Los adolescentes *convencionales* que practican una religión de forma activa y valoran los logros académicos, por ejemplo: parecen ser menos propensos a la transición que los adolescentes *anticonvencionales* que están muy preocupados por establecer su propia autonomía, y sienten una relativa falta de interés por las instituciones convencionales como el colegio o la iglesia. Así pues, no es extraño que los adolescentes estén más dispuestos a consumir drogas ilegales y dedicarse también a otras actividades que a ellos les parezcan más *adultas*. En el factor

social, aumentan la probabilidad de tener relaciones sexuales, finalizando con un embarazo temprano y no deseado.

La adolescente embarazada y su pareja enfrentan un mundo extraño, que en un principio era conocido y protector; esta nueva fase, muestra la verdadera realidad de la sociedad y la familia; la adolescente que ahora se transforma en mujer y madre, experimenta y aprende de las nuevas experiencias de un matrimonio apresurado.

Por desgracia, este tipo de matrimonios tiene muchas probabilidades de terminar en un divorcio o abandono de familia: aunado al riesgo de suicidio entre las madres adolescentes que es alto. Hasta fechas recientes se sabía muy poco acerca de los padres adolescentes, o qué tipo de muchacho tenía más probabilidades de convertirse en padre. El estereotipo generalizado acerca de los padres adolescentes es bien conocido; la descripción típica es la de que son irresponsables, interesados sólo en su gratificación física personal, y más rápidos en escapar por la puerta que asumir la responsabilidad económica, emocional o familiar para cuidar de sus hijos.

3.3 SOCIEDAD Y FAMILIA, ANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

El embarazo adolescente, ante la sociedad tiene ciertas situaciones específicas; en primer lugar, como consecuencia muchas adolescentes se integran tempranamente a la búsqueda de un empleo, para sostener sus necesidades básicas, así como el tener servicio médico. Ahora, el estar embarazada en un periodo temprano de edad, origina otras consecuencias como; el aislamiento ante amigos y familiares, por otro lado, la sociedad ofrece alternativas para la integración de estas chicas como el empleo. La economía de una madre

adolescente, generalmente no es estable. Sin embargo, hay otra circunstancia. Cuando existe hacinamientos de población de extrema pobreza, las chicas estudian muy poco o abandonan los estudios por lo que hay mas propensión a salir a tener una pareja y salir embarazadas, (Lewin, 1988).

Cuando la joven embarazada decide vivir bajo el mismo techo de los padres, un nuevo proceso se pone en marcha, tratando de conjuntar una vida en común, adecuando sus costumbres, gustos y diferencias. La experiencia más significativa de todo ser humano es el amor; con amor fuimos creados y por el amor actuamos.

En la familia este sentimiento se expresa a través de la convivencia diaria, en las actividades compartidas por todos y cada uno de sus integrantes. A través de la convivencia diaria, la joven embarazada descubre las cualidades y las deficiencias de la familia, lo cual no debe ser un problema, simplemente es parte de un periodo de aprendizaje necesario para la formación de su independencia.

Ahora los padres de la joven embarazada, al separarse de su hija pueden generarles tristeza. Independientemente de la opinión de los otros hermanos en la familia que critican a los padres entorno a ella. El proceso de adaptación por parte de los suegros, lleva la aceptación de la joven; esto es cuando se escuchan comentarios como: “no pierdo una hija gano un hijo”.

En algunas familias, la joven embarazada decide vivir en la casa de alguno de los padres de los cónyuges, por lo que es conveniente que se establezcan cambios en la organización. Para establecer su identidad, la joven debe crear

sus límites, es decir, fijar sus reglas internas y apoyarse mutuamente, tratando de marcar fronteras en ella y su familia, (Feather, 1980).

Las necesidades de la familia son diferentes conforme la madre adolescente supera la experiencia; esto implica el responsabilizarse y de percibirse a sí misma. Además de la nueva actitud y relaciones que ello conlleva; es importante que la familia la comprenda, ya que por lo general estos procesos se viven como críticos.

3.3.1 EMBARAZO Y MUJER.

Actualmente en el país existen más de un millón de embarazos la mayor parte no deseados de muchachas adolescentes. Esta situación es frecuente que genere considerable angustia, graves repercusiones económicas e incluso peligro. Muchas chicas, quedan embarazadas y se lanzan a un matrimonio apresurado: la vida de la pareja adolescente, es muy delicada porque con el tiempo se ve afectada la vida sexual de ambos.

Hay mujeres que sufren una disminución de la libido, y por los problemas entre ellos no tienen deseo de tener relaciones sexuales. En otros casos temen lastimar de alguna manera al ser que se desarrolla en su interior, temor que frecuentemente comparte el joven padre. Pero la vida sexual de una pareja adolescente en otros casos, no siempre se ve afectada de manera negativa.

El deseo sexual de ambos depende de factores fisiológicos, psicológicos, y emotivos ya mencionados anteriormente. En contraste con la vida de soltero, el matrimonio adolescente plantea para cada uno diversas situaciones: en ella

empieza a surgir un sentido de responsabilidad y un cambio en sus decisiones, cambios que implican en seguir desarrollándose como persona en lo familiar y social. También se modifican las costumbres que ella tenía cuando era hija de familia, y que trata de compaginar con su nueva vida de la pareja elegida.

El joven adolescente, enfrenta la necesidad de tener un empleo y dejar las actividades de soltería. Para él empieza una nueva responsabilidad que involucra la independencia de sus padres, y que a través de sus decisiones llegaran ambos a la madurez como nueva familia en lo social, (Cuetkovitan, 1975).

La función de la maternidad y la paternidad termina cuando los hijos ya son independientes, porque se casaron o porque deciden vivir solos. Cuando la pareja sólo ha estado unida por los hijos la relación se pudo haber deteriorado a través del tiempo, (Kleck, 1975).

En el embarazo no deseado, si la relación de pareja ha sido descuidada, existe la posibilidad de que se presentan crisis familiares tales como: separaciones, divorcios y ocasionalmente otro tipo de problemas, como la huida de los hijos, situaciones que podrán ser resueltas según la fortaleza de la unión familiar que se haya generado, (Sarrel, 1979).

Algunas veces, estos acontecimientos hacen más fuerte la relación familiar y preparan el terreno para la separación de los hijos. En los casos en donde el conflicto no se puede resolver, la familia requiere de nuevas formas para relacionarse y afrontar los cambios que se tengan que decir; por ejemplo: Respetar los espacios físicos que con el tiempo se han vuelto personales.

Evitar un embarazo no deseado es un tema que debe tratarse en la pareja, y con un terapeuta familiar.

En el periodo del posparto hay otros factores que influyen en la relación de la pareja adolescente: la recuperación física de la mujer, cuidados del recién nacido, los complejos psicológicos que les afectan. Después del parto y durante la cuarentena, algunas adolescentes no comprenden que el útero sigue sangrando durante cuatro semanas aproximadamente, al termino de esta etapa se considera esperar un tiempo para encargar el segundo hijo. *Cuidados del bebé*, hay casos en que la madre adolescente se olvida de sus atenciones hacia su esposo concentrándose en los cuidados del bebé.

Esta etapa, se supera en la medida que la pareja entable una comunicación adecuada. Los complejos psicológicos, en la pareja adolescente son factores muy importantes, porque la adolescente, a veces considera que no se siente lo suficientemente capacitada para mantener un hogar, y suele solicitar el apoyo de su madre.

La familia, puede influir en la vida de la adolescente embarazada: Las expectativas de un mejor futuro y una buena realización, llevan aceptando el hecho de que una hija tenga un embarazo temprano y más aun cuando el nuevo integrante “yerno” no es del agrado para los intereses que los padres tienen destinados a su hija embarazada, (Offer, 1975).

En muchas familias mexicanas aun existe la idea de que los hijos deben salir completamente realizados en sus estudios y disfrutar de sus logros, así como el corresponder al esfuerzo de los padres hacia los adolescentes (Mott, 1988).

Es importante que exista una buena orientación y comunicación de los padres hacia los hijos para que no existan deseos frustrados en los padres.

La adolescente embarazada, en relación con la comunicación afectiva de la familia necesita mucho del apoyo de ellos y la experiencia plena para sobresalir en sus objetivos, (Sommer, 2000).

3.4 ABORTO Y MORTANDAD ADOLESCENTE.

Muchos adolescentes jóvenes, piensan que embarazarse no ha de ser tan fácil, o que no le va a pasar justo a ella, o que cuando lo hace la primera vez no pasa nada, (Moore, 1982). Es fácil quedarse en la negación antes que enfrentar un problema que puede ser nuestro. Desgraciadamente, los anticonceptivos pueden fallar. Puede ser que los adolescentes no los sepan usar correctamente, pero también que no hayan funcionado bien, (Smirnov, 1960).

Por otro lado, hay miles de mujeres muy jóvenes, y adultas que no han recibido la información sexual, ni la educación, ni la información necesaria para evitar un embarazo. Así otro motivo del aborto, es por la violación de un desconocido, pero también de conocidos. La violación es sobre todo una expresión de violencia, rabia, impotencia y agresividad con depresión. La víctima puede ser una mujer adulta, un menor infante, adolescente, y en ocasiones hasta un hombre; que en alguna de las ocasiones los senectos, no importando su clase social pueden ser víctimas, (Verny, 1984).

Ahora en muchos de los casos, evitar un embarazo no deseado puede ser complicado y frustrante. Por lo que muchas jóvenes buscan opciones para

evitar el ser juzgadas y regañadas por sus padres, dentro de esto, tales comportamientos son los siguientes: -Tener el hijo/a, y a sumir la responsabilidad de ser padres; -Teniendo el hijo/a, y darlo/a en adopción; - Interrumpiendo el embarazo. Desde este punto de vista, parece que el embarazo adolescente fuera el castigo que hay que asumir para aprender la lección, (Harper, 1988).

La maternidad no debe percibirse así, los especialistas opinan que lo ideal sería continuar el embarazo, pero dar al bebé en adopción, para que así tanto la joven como el joven no vieran afectada su vida con un embarazo no planeado y pudieran seguir con sus estudios o sus proyectos, (Christopher, 1980).

El problema es que llevar a término un embarazo para entregar el hijo o hija a desconocidos es un proceso muy doloroso para muchas mujeres. Además, hay muchos otros problemas relacionados con la adopción, de tipo legal y psicológico. El tema del aborto toca muchos aspectos y genera mucha polémica. Es importante identificar, algunos de los mitos que lo rodean, (Deuts, 1958).

Uno de los mitos más comunes es que solamente abortan las mujeres jóvenes y solteras. Esto es totalmente equivocado: aunque es cierto que las mujeres adolescentes y jóvenes son más vulnerables al embarazo no deseado, los datos muestran que en nuestro país, hay mujeres de todas las edades, casadas o solteras, que han pasado por esta experiencia (Lloyd, 1974).

En México, un 65% de las mujeres que abortan son casadas, y un 70% son madres de numerosos hijos, según estudio de la UNAM (1998). Otro mito

consiste en creer que si hubiera una mejor educación sexual y más servicios de anticoncepción, ya no existirían los abortos; desgraciadamente no sucede así.

Aún en los países que cuentan con los servicios de anticoncepción y educación sexual más avanzadas, se sigue recurriendo al aborto, ya que sigue habiendo mujeres que quedan embarazadas sin desearlo. Una mujer puede embarazarse aunque este utilizando métodos anticonceptivos, o su embarazo puede ser resultado de la violación. El aborto responde a una realidad social, (Otto, 1960).

Quizá una de las ideas más comunes acerca del aborto es que es muy peligroso y que causa daños físicos y psicológicos en la mujer. Lo que sucede es que cuando el aborto es ilegal, la mayoría de las mujeres que se provocan un aborto lo hace con personas que no están capacitadas y que lo practican en condiciones poco higiénicas inseguras. Así, clandestinamente, el aborto implica un riesgo para la salud e incluso las vidas de las mujeres. En cuanto a que el aborto cause traumas de tipo psicológico, resulta lógico pensar que cuando una mujer decide abortar y lo tiene que hacer en la clandestinidad, esto la dañe emocionalmente.

En sí, el aborto no es peligroso; son las condiciones en las que se hace las que lo pueden volver así, (Racovsky, 1960). En México el aborto es ilegal, esta penado por las leyes. Cada estado tiene su propio código penal en el que se encuentran los artículos que regulan la practica del aborto.

En el D.F estos códigos datan de 1931, mientras que en varios estados se han hecho modificaciones que han ampliado las causas por las que se permite el

aborto. Los casos en los que el aborto no se castiga en el D.F son: Cuando el aborto fue provocado de manera imprudencial (es decir cuando el aborto se debió a una caída, a un accidente), o cuando está en riesgo la vida de la mujer. La mayoría de los estados incluyen estas tres causas, y los estados han ampliado para incluir *peligro de mal formaciones físicas o mentales graves para el producto*, o cuando el embarazo cause grave daño a la salud de la madre, (Jacobson, 1950).

A pesar de las limitaciones impuestas por las leyes se calcula que en México se realizan 850,000 abortos cada año –a veces se habla de uno o dos millones de abortos, la cifra exacta es imposible de conocer. Una de las razones aducida por mucha gente que se opone a que el aborto sea más accesible a un mayor número de mujeres, el número de mujeres que abortan aumentaría considerablemente, (Lamb, 1976).

Hemos visto la serie de factores relacionados con el aborto legal. La realidad del aborto acarrea, además, problemas de justicia social. Las mujeres que tienen recursos pueden acudir con un médico confiable para interrumpir un embarazo, mientras que muchas mujeres sin recursos del campo y la ciudad, acuden con personas no calificadas que les practican un aborto en las peores condiciones, o se lo provocan ellas mismas, poniendo en riesgo su salud y su vida. La cantidad de mujeres que acuden a los centros de salud por complicaciones de abortos mal practicados (infecciones, hemorragias) es de tal magnitud que constituye un grave problema de salud pública.

Así, se ha calculado que en México diariamente se ocupan 1,500 camas por esta causa. Es importante también tomar en cuenta que las leyes muchas veces

no reflejan las necesidades de todas las personas. No todo lo que es ilegal es necesariamente ilegítimo. Las leyes pueden y, en este caso, deben cambiar.

3.5 CONSECUENCIAS DISFUNCIONALES EN LA PAREJA ADOLESCENTE.

Desde el punto de vista de la elección de pareja, el matrimonio adolescente presenta diversos puntos delicados (Leboyer, 1960). En primer lugar, para casarse es necesario cubrir con ciertos requisitos entre los que se encuentran: haber cumplido la mayoría de la edad, porque en caso de ser menor es esencial contar con el consentimiento de los padres; los futuros contrayentes deben ser personas sanas tanto física como mentalmente, y no debe existir entre ellos ningún parentesco consanguíneo natural, (Racovsky, 1960).

Sobre el tipo de contrato matrimonial, éste puede celebrarse bajo el régimen de sociedad conyugal, o bajo el de separación de bienes. Con la sociedad conyugal adolescente cada uno se beneficia en los bienes y ganancias obtenidas por cada uno de ellos, (Winnicott, 1988).

En la época de nuestros padres el no casarse bajo sociedad conyugal era visto como acto de desconfianza y falta de amor del hombre hacia la mujer, era casi tanto como decirle no deseo compartir mis cosas contigo. Pero de unos años a la fecha las cosas han cambiado. Ahora la mujer es económicamente activa, lo que la hace independiente y no necesita respaldarse en los bienes de su esposo para sentirse segura.

Las peleas por el dinero en el matrimonio adolescente que lleva algunos años unidos, son situaciones extremadamente duras de sobre llevar ya que

ocasionan problemas que son, en su mayor parte, de difícil resolución, (Feher, 1972).

Algunas otras causas de la problemática de la pareja de adolescentes: es que muchas adolescentes deciden unirse con personas que no aman, y al transcurso de su relación conyugal se sumergen en sus pensamientos de culpa. Otra causa son las disfunciones sexuales femeninas, esto se analiza en la situación de lo postnatal, diversas jovencitas han explicado que la atracción que sienten hacia su pareja cambia.

Este cambio es un rechazo inevitable y como consecuencia las relaciones sexuales no son placenteras. Generándose depresión existencial, aunque resulta muy complejo esto es evidente en la vida sexual de las adolescentes. Ya que en él vínculo con la pareja (y el ámbito de sexualidad adolescente), existe la responsabilidad compartida tanto en lo positivo como en lo negativo.

Ambos aportan al matrimonio sus características personales, las que benefician y las que perjudican, aunque en apariencia uno de los dos es el “portador” del conflicto; mientras que para el otro resulta muy sencillo decir que no tiene nada que ver con lo que esta ocurriendo, (Gwain, 1987).

Las causas se entrelazan y se conjugan a la hora de manifestarse una dificultad, y la distorsión en (o la carencia de) la comunicación es uno de los principales obstáculos para la resolución de problemas de disfunción, (Packer, 1978).

Algunas causas que tienen como consecuencia la disfunción en la pareja adolescente:

- Depresión. La melancolía, las obsesiones, o fobias diversas.
- Astenia: (estado de ánimo decaído), con posibles causas biológicas.
- Ansiedad generalizada: Dificultades en relación con el trabajo, casa, e hijos, familiares, etc.
- Cambios radicales: Cambios de domicilio o de decisiones.
- Crisis agudas: Estrés. Crisis vitales: Autoestima baja.

3.6 AUTOESTIMA BAJA EN EL EMBARAZO PRECOZ.

En la década de los 80's. (1980) William James formuló la primera teoría moderna de la emoción, y casi por la misma época un psicólogo danés, Carl Lange, llega a conclusiones idénticas. Conforme a la teoría de: James-Lange, los estímulos provocan cambios fisiológicos en el cuerpo y las emociones son el resultado de ellas, (Grussinger, 1988). Por lo que todos nacemos con emociones.

Si la persona se encuentra de improviso frente a un resultado médico no agradable, la percepción del estímulo (resultado médico) hace que los músculos, la piel, y las vísceras (órganos internos) pasan por cambios: aumento de la frecuencia cardíaca, dilatación de las pupilas, respiración más profunda o ligera, enrojecimiento del rostro, mayor sudoración, sensaciones de hormigueos en el estómago y sensación de "carne de gallina". La emoción no es otra cosa que la conciencia de tales cambios, (Strongman, 1978).

Todo ello sucede casi en forma instantánea y de manera refleja o automática. Resulta evidente que los cambios periféricos del organismo son importantes en la experiencia de la emoción. Sabemos que esta concepción de la emoción es, al menos en parte, verdadera. Hace casi 70 años otra teoría, la teoría de Cannon-Bard, propuso que las emociones y las respuestas corporales ocurren simultáneamente, no en sucesión. Ello significa que, cuando vamos al médico, sentimos preocupación. Este modelo señala una cosa importante: lo que vemos, oímos, o percibimos con otro sentido, interviene de manera importante en la determinación de la experiencia emocional.

En años recientes los psicólogos cognoscitivos han desarrollado y ampliado esta hipótesis, señalando que la percepción o juicio de las situaciones “*cognición*” es absolutamente indispensable para la experiencia emocional, (Lazarus, 1982).

Todos los estados emocionales consisten en una excitación difusa y general del sistema nervioso. Conforme a la teoría cognoscitiva, la situación en que nos hallamos al momento de ser excitados (el ambiente) nos suministra señales que nos permiten saber qué nombre dar a ese estado general de excitación o comportamiento.

Así pues, las cogniciones nos indican cómo etiquetar los sentimientos difusos en una forma apropiada para las ideas y pensamientos actuales respecto al estado de ánimo. Schachter y Singer (1962), probaron que la interacción de la

cognición y de la excitación fisiológica, interviene en las relaciones interpersonales.

Si hay poca diferencia fisiológica entre los estados emocionales, las cogniciones percepciones y expectativas deben indicarnos cuáles emociones sentimos. En esta idea, las emociones al relacionarse con el proceso de autoestima se puede relacionar mediante dos corrientes terapéuticas: Humanismo, y cognitivo conductual.

Dentro del primero, plantear el proceso de aceptación del problema mediante técnicas que se centran en las habilidades de la relación interpersonal. Por consiguiente el cognitivo, que se especifica en el desarrollo de los pensamientos racionales e irracionales. Aunado a lo anterior, la importancia de la autoestima en la vida de la adolescente embarazada, radica en que la situación que enfrenta va depender de ella.

Ahora la actitud de la adolescente embarazada hacia su familia tendrá implicaciones a lo largo de su vida de ella y de su bebé. Siendo fundamental que en la adolescencia se generan cambios de tipo cognoscitivo, y de tipo emocional, y en este caso un embarazo temprano puede traer repercusiones delicadas en el comportamiento de la joven (Janov, 1970).

El conocimiento de nosotros mismos nos permite construir nuestra vida de acuerdo a nuestros sueños, buscar la felicidad y en especial, ser los directores de nuestra vida para lo cual se necesita un equilibrio, nutriéndose de las relaciones buenas y de manera significativa (Berger, 1980).

Frecuentemente, se considera que la autoestima está configurada por lo que los otros piensan sobre nosotros pero es a la inversa, es una experiencia tan íntima que podría afirmarse que es el núcleo de nuestro ser.

Para la madre adolescente el ser independiente de su familia es una etapa crucial, ya que muchas de sus decisiones tendrán que ser aprobadas por sus padres o pareja. Esto puede traducirse en que la adolescente debe evitar en que piensen por ella, debe optar y tomar decisiones (Brown, 1984).

El proceso natural de crecimiento de cualquier ser humano va de la dependencia a la independencia. Ahora muchas adolescentes cuando descubren que están embarazadas presentan el sentimiento de culpa. La culpa es un sentimiento de angustia que nos paraliza, es un sentimiento que tiene que ver con el pasado, por lo que expresamos o no, por lo que hicimos o dejamos de hacer, por lo que apreciamos o no, pero nos hace profesar mal en el presente. La adolescente embarazada necesita limitar sus pensamientos y responsabilizarse de su situación (Vander, 1977).

La responsabilidad precisa de un análisis y una evaluación auténtica y específica, le permitan efectuar una mejor elección. La culpabilidad está muy relacionada con otros sentimientos, sobre todo con la desaprobación de los padres y pareja u otras personas significativas, por ejemplo: alguien dice; *me siento culpable por...* y en realidad, si estuviera en contacto con sus sentimientos profundos, diría: *“tengo miedo de que si mi mamá o papá se enteran de lo que he hecho, me criticarían, o tal vez me rechazarán”*.

Dyer (1978) menciona, una serie de elementos para decrementar el proceso culpígeno: Tomar en consideración que el pasado no cambia. Hacer un análisis de la situación que se está evitando.

Saber que las elecciones pueden no gustarle a algunas personas. Y a su vez, revisar que origina realmente la culpa. Usualmente, las personas que tienen autoestima baja, presentan una tensión constante en su cuerpo, se ven rígidas, como si cargaran al mundo y no aceptan sus errores.

No mantienen relaciones positivas con los demás, se pelean y se conducen de forma agresiva en vez de hablar de manera directa sus sentimientos (Cedeno, 1985). Las adolescentes que tienen una autoestima baja no son capaces de recibir expresiones, de afecto y de amor, tienen muchas barreras y, no permiten cercanía, les da mucho miedo el afecto, porque los compromete o simplemente es algo desconocido para ellas (Bing, 1982). Se comparan frecuentemente, y no tienen confianza en sí mismas. Se deprimen con cierta regularidad y muestran una actitud compasiva, defensiva y pasiva (Weller, 1985). Se anticipan a las necesidades de otras personas, se sienten seducidas por gente “necesitada”, son hipercríticas, se perciben como víctimas (Beattie, 1991).

3.7. TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Conociendo las implicaciones en la salud emocional y física de la adolescente embarazada. La depresión es una causa más frecuente en ellas, los síntomas

son los siguientes: la tristeza, el sentirse sola, llorar en cada momento, sentirse culpable por defraudar a los padres, amigas y familiares.

No encontrar soluciones a su embarazo, los deseos irracionales de pensar en abortar, abandonar los estudios, vergüenza de salir a la calle, el modificar su tipo de ropa, tener discusiones constantes con los hermanos o padres.

Estas características abren la posibilidad de optar por un tratamiento oportuno, y de impactar la calidad de vida de la adolescente y su familia en su conjunto. Afortunadamente este padecimiento reconocido como enfermedad, tiene su tratamiento por psicólogos y especialistas en la materia como: psiquiatras y neurólogos en pediatría.

Lo cual puede remitir buenos resultados al combinar terapia psicológica y medicamentos en el tratamiento de la depresión en el embarazo. Dentro de esto la teoría humanista, establece que esta situación depresiva se ubica en el rubro del vacío existencial. Se entiende por vacío existencial, a la falta de habilidades interpersonales que se presentan junto con la depresión.

Se cataloga existencial, (Pick, 2000) por que las emociones generan una confusión de ideas que pueden generar conductas o comportamientos inadecuados por parte de la adolescente en cualquier ambiente social. A manera de ejemplos: “el no concentrarse en las actividades cotidianas, aislarse del grupo de su mismo sexo o heterosexual, buscar en las drogas alguna satisfacción, ideas fuera de su realidad”.

Así la calidad de vida de la mujer decrece de forma negativa por la depresión, pues provoca falta de placer en actividades personales, alteraciones en el ciclo del sueño y la alimentación y percepción negativa de la realidad, entre otros trastorno (Ehrlich, 1989).

Durante el embarazo el incremento significativo de hormonas, acentúa la sensibilidad emocional de la mujer, al grado de tener episodios de melancolía e incomodidad por el cambio físico de su cuerpo. Sólo en caso de depresión severa se aplican procedimientos de tipo farmacológico cuando tiene intentos suicidas, la terapia de electro convulsiva es recomendable, pues no afecta el desarrollo del bebé en gestación (Jenkins, 1989).

Ahora si no se tratan estas situaciones durante el embarazo, después del parto disminuyen abruptamente los niveles de hormonas y ello eleva el riesgo de una alteración conocida como psicosis posparto, estado en el que la mujer escucha voces sin haberlas, tienen visiones y percibe la realidad de forma extremadamente negativa (Becker, 1989).

Otra consecuencia sería la distimia, es decir, un estado alterado de tristeza que dura más de dos años, le impide a la persona disfrutar sus actividades, *“puede ser funcional en alguna área de la vida, pero no logra un equilibrio en todas”*. Las adolescentes embarazadas con trastornos por ansiedad de su situación sienten una aprensión abrumadora aparentemente injustificada. Existen muchas terapias para los trastornos por ansiedad (Pettersson, 1976).

La psicología conductual utiliza diversos procedimientos, tales como de sensibilización sistemática y modelamiento, diseñados para reducir el miedo y

la evitación. Quizá los tratamientos más ampliamente empleados, por otras corrientes psicológicas son los que se basan en medicamentos ansiolíticos, suministrados por los médicos.

Sin embargo, los fármacos se prestan al abuso, y empleados de manera prolongada pueden tener efectos colaterales, al igual que para el bebé es perjudicial. Así mismo, es problemático lograr que la persona abandone el consumo de una sustancia química que reduce la ansiedad (Alpiner, 1994).

CAPITULO 4. ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

En este último capítulo, nos enfocaremos en las alternativas de la atención preventiva del embarazo adolescente. Con la finalidad de proporcionar elementos que permitan orientar y atender las demandas de solución en la familia así como en lo social respectivamente, describiendo y planteando las circunstancias por las cuales atraviesa la joven embarazada y las decisiones que llegase a formular con respecto a su vida futura.

Actualmente, se han elaborado programas preventivos en función de atender las necesidades del embarazo adolescente. Se entiende como: *prevención*, la acción de tomar precauciones en referencia a un fenómeno o circunstancia ajena que afecta el desarrollo humano (Deival, 1991).

Para entender a la asistencia social, es necesario conocer la diferencia con el bienestar social. El concepto de *Bienestar Social* es un término de las ciencias sociales para mejorar las condiciones de vida del desarrollo comunitario y plantea atender la exigencia de las necesidades, y la participación en acciones gubernamentales (Osman, 1988).

En este contexto, hablar de *Bienestar Social*, designa al conjunto de instituciones, que trabajan los programas de servicios que, se establecen para asegurar o mejorar y robustecer la provisión de todo aquello que se considera básico para el bienestar humano y el mejoramiento social (Suaréz, 1995).

Aunado a lo anterior, una clasificación bastante admitida durante la década de los 60, con respecto a las acciones concretas de bienestar social, se suelen distinguir tres grandes tipos de programas: Constructivos, los encaminados a la realización de proyectos en el campo de la educación, salud, vivienda, seguridad social, familia, deporte y recreación; Preventivos, como su nombre lo indica, son las acciones orientadas a evitar efectos o resultados indeseables en el proceso de desarrollo; Asistenciales, que tienen la finalidad de asistir o atender a quienes por un motivo, sufren una situación de marginalidad, o bien, carencias básicas en la sociedad.

Ahora bien, no es de extrañar que el concepto de prevención no tuviera un desarrollo durante los primeros años del siglo XX puesto que no podía competir ventajosamente con los avances de la psicología tradicional. Una de las dificultades con las que se enfrenta la prevención es que en la mayoría de los casos sus efectos no son visibles a corto plazo, sino que se aprecian hasta después de mucho tiempo.

Sin embargo, algunas problemáticas situacionales empiezan a emerger en nuestra actualidad debido al desarrollo de la sociedad. Blom (1999), señala: “que para estudiar el desarrollo de cualquier sociedad, resulta útil considerar tres componentes que, combinados, explican su proceso: 1) El individuo vulnerable, 2) el entorno y 3) el agente”.

El individuo vulnerable. Es necesario entender sus características más importantes: su estado general de salud, su historia, su dotación genética, su vitalidad, su fatigabilidad.

En el estudio del proceso de desarrollo de una alteración que afecte a más personas, se puede hablar de la importancia de conocer las características de los grupos vulnerables, que en la psicología especializada se conocen como grupos de alto riesgo.

Ahora en el entorno, es necesario identificar sus características importantes del medio ambiente, como por ejemplo sus fuentes de tensión y amenaza psicológica o física. Es importante en este punto apoyarnos en la perspectiva de algún modelo social. El psicólogo, identifica aquello que de alguna forma pueda señalarse como la causa, o al menos como un componente importante de la situación social o alteración.

En muchos de los casos conocemos más de los factores ambientales causales o precipitantes, que de los agentes en el ámbito genético o físico. De aquí que el desarrollo de programas preventivos se centre preferentemente en estos elementos. Por lo tanto, el nivel de intervención se relaciona con el tipo de prevención que según la mayoría de los textos especializados puede ser: primaria, secundaria y terciaria.

Consideremos ahora cada uno de estos niveles de prevención. La prevención primaria tiene como objetivo: la reducción de la incidencia de casos nuevos de un problema en una población. (Caplan y Grunebaum, 1999) Se puede decir que lo que se pretende es evitar que se presente un problema, un mal ó una alteración de cualquier tipo que afecte a la persona o a la comunidad, por medio de programas de intervención dirigidos a una población determinada o a un entorno particular.

La educación es el recurso por excelencia para el logro de los objetivos de la prevención primaria y bien puede decirse que educar es prevenir. En el caso de los problemas que pretenden abordarse desde el modelo preventivo de la salud la situación es más compleja.

La relación entre los programas, la población y los problemas o alteraciones que se desean evitar, no está tan claramente definida por relaciones causales, ya que con frecuencia una misma situación se encuentra presente como posible causa o al menos, como elemento concomitante en una alteración. Se tiene así que, el fenómeno de la desintegración familiar es considerado como un elemento causal de problemas tan diversos como la farmacodependencia y el embarazo precoz en las adolescentes, y la violencia intra familiar (Raising, 1987).

Así, un programa de atención familiar, debe tener como objetivo, el control de las variables no consideradas en la formulación original de los programas terapéuticos. Por su parte la prevención secundaria, se orienta en la reducción de la prevalencia de un problema o alteración del lineamiento familiar en cuanto a la educación, y a las alternativas que se produzcan para la disminución de casos afectados por dicha alteración. Se trata de reducir al mínimo la duración del problema.

Sus principales recursos son la detección temprana y el tratamiento individual o grupal. La prevención secundaria, no pretende reducir la incidencia familiar, pero sí la cronicidad de los problemas sociales y la gravedad de las relaciones interpersonales o situación problema.

Dado que se apoya fuertemente en la intervención terapéutica, los programas al nivel de prevención secundaria deben ser cuidadosamente evaluados y deben encontrarse al alcance de los usuarios. Mientras que los esfuerzos de prevención primaria se dirigen hacia poblaciones generales, la prevención secundaria se orienta hacia poblaciones específicas de riesgo.

Por último la prevención terciaria, trata de reducir la prevalencia evitando la recaída de la persona que se recuperó de una circunstancia. Fundamentalmente, la prevención terciaria se asocia con rehabilitación. Claros ejemplos de estas estrategias son los programas que intentan reintegrar al paciente a su familia o sociedad, mediante supervisiones del área psicológica a través de trabajo social (Bryant, 1978).

Así la prevención terciaria, pretende trabajar con las consecuencias desorganizantes, que un problema puede ocasionar y no solamente en los individuos directamente afectados, sino también en aquellos que los rodean, como sería en el caso del tratamiento en conjunto de la persona con su familia.

4.1 LA FAMILIA INTEGRAL, COMO OPCIÓN PRIMORDIAL PARA LA EMBARAZADA ADOLESCENTE.

Visto lo anterior, sabemos que el desempeño de una persona en lo social y familiar, está relacionado directamente con sus motivaciones y estilos de vida. Dentro de los atributos de la personalidad adolescente que se han estudiado en este proyecto, resalta la alternativa de integrar a la adolescente embarazada a la familia (Taillieav, 1997).

Algunos piensan que son dueños de sus actos; de su vida, y de su destino, otros se consideran instrumentos que están a merced del destino de los demás, pues piensan que lo que pasa se debe a la suerte o a la casualidad y que su vida está gobernada por fuerzas externas.

Esto sería siempre un pensamiento de una persona que proviene de una familia con desintegración. Lo claro es, que las consecuencias destructivas son siempre reflejos de mala educación y orientación por los padres (Yáñez, 1995). Muchas adolescentes embarazadas, justifican que los padres son los culpables de su situación pero en cierta forma se podría retomar que son ciertos factores propios de la adolescente y de la familia.

Si partimos que la comunicación es la base, se podría decir también que los valores son la otra parte del núcleo familiar. La comunicación toma varias formas según como se entienda y se aplique, pero lo importante es que el proceso terapéutico tiene por responsabilidad fundamentar las alternativas de una solución en este proceso.

La familia necesita de herramientas o técnicas, que le promuevan la integración en cada una de las relaciones interpersonales, en ese código de comunicación (Millar, 1972), ya que la mayoría de las circunstancias de un embarazo adolescente es el resultado de agresiones emocionales por parte de la familia; -tal sería el caso de un padre machista dominante ó una madre sumisa y aislada de la familia-, ante esta expectativa retomaríamos la baja autoestima de nuestra adolescente embarazada. Es importante considerar que algunas adolescentes embarazadas, justifican que sus padres son indiferentes ante su situación y no muestran preocupación.

Ante todo esto, se procede en implementar un análisis clínico, mediante entrevistas a padres para captar las circunstancias que causan la desintegración familiar así como cada una de las expectativas de los integrantes de la familia (Wuest, 1992).

Ahora, el separar los problemas de conducta de rechazo de los adolescentes hacia los padres, se encuentra: que la conducta excesiva de evitación origina temor hacia los padres provocando una personalidad en forma de trastorno psicológico.

Así, el proceso de atención puede iniciarlo uno de los padres que expresa una orden que constituye un estímulo positivo para la adolescente. La adolescente embarazada puede responder a este estímulo con cualquiera de varias conductas que, a su vez, representan un estímulo integrativo para el padre; por ejemplo, la desobediencia acompañada de gritos y de un “no y no”.

Si los padres, brindan mas atención y comunicación, esto fortalecerá su complacencia por el hecho de haber suspendido la conducta inadecuada de la adolescente. El proceso, como Patterson, Cobb y Ray (1973) señalan: proporcionar un ambiente cálido tanto para la adolescente como para el los padres. Para generar mejor entendimiento, porque el agredir es el aumento de resentimientos, en tanto que el iniciador es el que castiga con la condescendencia por la terminación de la conducta conflictiva. Muchos padres consideran que el comportamiento de rebeldía se controla con dar gritos, provocar, golpear, y salirse de la casa, como elementos en la cadena de coerción que se enseñan, se fortalecen y se mantienen por su característica de prohibir.

Esta problemática tendría como posible solución, el proponer talleres psicoeducativos en temas como: comunicación, familia, valores, y autoestima. Características paternas y maternas: Ray en (1973) supone que los padres de los adolescentes que manifiestan un alto grado de conducta desobediente tienen características identificables que tienen que considerarse al proyectar un programa de intervención.

Fleischman en (1979) señaló: en su revisión de los programas de intervención familiar, que el mantenimiento de los efectos del tratamiento es, en parte, una función de la capacidad de los padres para modificar su modelo habitual de responder a la conducta inadecuada de la adolescente. Los padres difusos: son aquellos que no son atentos a los antecedentes en las cadenas coercitivas que conducen a respuestas de gran amplitud.

Cuando ocurre una conducta terminal como golpear, los padres reaccionan dando gritos o reprendiendo, y estas conductas tienen mayores probabilidades de aumentar y no de reducir las tasas de conducta coercitiva, a menos que les siga a continuación un fuerte castigo. Si el padre asocia de manera consistente los gritos con el castigo duro, esto podría convertirse en una consecuencia desacelerante.

Sin embargo, la mayoría de los padres de adolescentes desobedientes no aplican de manera suficientemente y consistentemente positiva la prontitud de reducir la actitud negativa de la conducta como para producir algunos resultados positivos efectivos.

Además de la falta de atención y el implementar ineficazmente una corrección, los padres difusos no entrenan sistemáticamente al adolescente en respuestas adaptativas hacia situaciones familiares y sociales. En efecto, las técnicas de manejo ineficaces permiten que ocurran las conductas no deseadas y que se refuercen en programas absurdos entre todos los miembros de la familia.

Los padres difusos no logran prestar atención y reforzar al adolescente cuando se comporta adecuadamente; de hecho, probablemente lo describan como siempre malo. Incluso cuando se les señalan las conductas prosociales no tienden a reforzarlos porque, como dicen, *“eso es lo que debe hacer ella”*.

A medida que se aceleran las tasas de conducta positiva en la adolescente, los padres se entrenarán en dar menos gritos, gritar y golpear logrando tasas cada vez menores en la falta de comunicación. Aunque algunos de estos padres respondan a una disminución en sus comportamientos inadecuados, si no se entrenan aumentará la posibilidad de un comportamiento inadecuado, y estarán predispuestos como otros padres que no encuentran soluciones para tales cambios positivos.

Esos padres, “olvidan” manejar el comportamiento incompetente de una manera consistente y tienden a regresar al uso del aislamiento. De esta manera, reproducen los mismos problemas que en un principio llevaron a la adolescente a buscar ayuda (Villanueva, 1991). Aunado a este análisis, es conveniente ahora revisar la circunstancia de los padres difusos y selectivos, como otra expectativa de situación que vive la adolescente embarazada.

Los padres difusos y selectivos, pueden presentarnos una integración familiar aceptable, incluso cuando tienen varios hijos. Pero estas familias no aplican las contingencias efectivas al tratar problemáticas con sus hijos, estas omisiones pueden ocurrir en varias situaciones familiares. Un ejemplo de ello es la madre trabajadora que siente que priva a su adolescente de su maternidad y, como resultado, siente que debería permitir el comportamiento de su hija.

A medida que aumenta esta libertad se presta menos atención a las necesidades de la adolescente, sustituyéndose el verdadero sentimiento de orientar por el de aceptar para no tener fricciones con la hija.

Esta indulgencia, se torna verdaderamente alta al no considerar el papel o rol que juegan los padres con sus hijos adolescentes. Otra circunstancia a considerar sería, el de una problemática como embarazo temprano o paternidad temprana, aquí nuestros padres se hacen permisibles por sentimiento de culpa (Pick, 2000). Como punto importante, para el tratamiento de intervención, es él señalarle al padre de familia la importancia de su rol ante sus hijos y, clarificarle que no siempre se tiene que ser selectivo.

4.2 MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL FACTOR SOCIAL PARA CONTROLAR EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Hasta aquí, se ha analizado la importancia que tiene la familia ante un embarazo adolescente. Se reviso como el núcleo familiar determina en cierto momento la actitud y el comportamiento de la adolescente embarazada, cuando no se tiene una comunicación y un acercamiento adecuado por parte de los padres.

Pero en cierto modo, no todo es la situación familiar, ya que ciertos factores ajenos al núcleo familiar es la cuestión del entorno social (Doumarus, 2001). La sociedad es otro de los elementos que contribuyen a una de las posibles causas del embarazo temprano.

Por decir, es aquí en donde empieza la falta de control de los padres cuando sus hijos establecen ciertas relaciones sociales con otras personas que se involucran en la formación de su identidad. El primer elemento al cual se le considera importante, es el factor escolar.

La educación, determina en gran parte el futuro de las nuevas metas y decisiones de la adolescente. Actualmente el sector educativo, ha elaborado programas de participación docente en mutua correspondencia con el educando. Dichos programas, giran a la cuestión de un manejo de la sexualidad y otros temas importantes para la población juvenil (García, 2002).

Es importante considerar, que ciertos planteles educativos sean dirigidos a la comunidad de padres y que se tenga más participación con los planes preventivos en la orientación.

En los procesos de interacción intra familiar ocupan un papel fundamental aquellos que tienen como objetivo “*socializar*” a los hijos en un determinado sistema de valores, normas y creencias; es decir, el intento de los padres por configurar un determinado tipo de persona en sus hijos SEP (1992). Estos procesos son, sin duda, una de las funciones más ampliamente reconocidos a la familia; de hecho, en torno a la función de socialización, se distribuyen los roles familiares y se delimitan las expectativas y las conductas paternas

filiares; en este sentido, podemos afirmar que la educación es el eje fundamental de la vida familiar. El enfoque humanista en la prevención social es: el que se le da a este trabajo en el enfoque tradicional social de la psicología, el usuario es un individuo pasivo, “paciente”, sobre el cual el equipo de salud actúa para resolver el problema que presenta.

En el, enfoque de la promoción de la salud, el estado salud-enfermedad es un continuo en el cual el derechohabiente es un sujeto, capaz de tomar decisiones e intervenir para mantener la balanza del lado de la salud. Sus creencias y hábitos determinan su conducta.

El personal es un promotor de la salud, su tarea es compartir el conocimiento y ganarse la confianza del derechohabiente para que lo acepte como asesor que le ayudará en la solución de su problema de salud y para lograr su bienestar personal (PEMEX, 2001).

Los principales objetivos del modelo preventivo de la salud son: 1) Reducir la incidencia y prevalencia de las situaciones sociales y problemas de salud mediante la prevención y el desarrollo de nuevas formas de tratamiento, y 2) Promover el desarrollo sano y la salud tanto del individuo como de la comunidad.

4.3 INSTITUCIONES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

Actualmente las atenciones psicológicas, en la prevención del embarazo adolescente, son muy pocas en nuestro país México. Y muchas de estas quizá se centren a la intervención emocional y familiar del embarazo temprano.

Una de las tareas más importantes que deben realizar los profesionales de la psicología es facilitar que este potencial de habilidades individuales se libere para que exista una prevención disponible para el cuidado permanente de la embarazada (Delval, 1991). Lejos de verla como una consecuencia, defecto o limitación.

Por lo tanto el profesional de la psicología obtendrá mejores resultados, detectando las limitaciones de ella. Esto dará lugar a una sana relación interdependiente que ocurre entre personas familiares y amistades. Se forma así una relación de igualdad basada en la dignidad de las adolescentes embarazadas.

El terapeuta se baja del pedestal en el que lo coloca el modelo tradicional y se integra a un mundo de relaciones humanas en las que la igualdad está sobre todo en la dignidad de la persona.

Comparte el poder que le dan su estatus y conocimientos con la persona y le proporciona elementos para fortalecer su autonomía y capacidad de profesionalismo (Spitzer, 1974).

Otro punto importante, en el trabajo psicológico, estriba en que las diferencias profesionales siguen existiendo, pero en vez de ser diferentes y provocar distancia, favorecer a un enriquecimiento profesional y una mayor cercanía interpersonal con el usuario y otros profesionales.

En el modelo psicológico tradicional, los servicios de psicología integral se distribuyen de acuerdo a conceptos interdisciplinarios. Tanto en el prestador

del servicio como el usuario, son piezas dentro del sistema de psicología en el que las relaciones impersonales son muy importantes. En este esquema el poder está en el experto y el usuario va desarrollando una actitud cada vez más independiente y activa (Beitchman, 1978).

El usuario dependiente espera resultados, instrucciones, y pone toda la responsabilidad en el profesional. Tiende a comportarse como un niño paciente y desvalido que se pone confiadamente en las manos del psicólogo.

Para el profesional, esta actitud pasiva y dependiente del usuario puede ser peligrosa, pues si no cuenta con fuentes externas que le proporcionen una razonable satisfacción de sus necesidades, va a ceder a la tentación de jugar el rol complementario de la figura omnipotente que puede alterar al usuario, y caer así en una relación codependiente que atrapa a sus integrantes en roles rígidos y difíciles de superar (Keane, 1992).

Ahora el paradigma tradicional, tiene varias debilidades entre las que se cuentan el exagerado acento en identificación de las causas intrapsíquicas de la conducta individual con el consecuente descuido de las influencias sociales.

Además, dentro de un modelo de resolución sólo caben situaciones en las que se identifican un agente, síntomas claros, y una forma de terapia. Así dado lo anterior, el modelo humanista en salud comunitaria, explica: “se desvía del tratamiento individual y señala la importancia de factores socio ambiental, es tanto en la aparición de los problemas de salud”, como en los métodos de intervención y administración de los servicios (Tacket , 1993).

Por lo tanto, algunas de las características de este modelo, se centra principalmente en la prevención y en el aprovechamiento óptimo de los recursos tanto de la persona como de la comunidad, para asegurar que la cobertura de servicios se extienda a toda la población.

El formato para la distribución de los servicios es organizacional y comunitario, sin que por ello se descarte la atención individual y al pequeño grupo. La acción del personal de salud se desarrolla en y con la comunidad directamente y a través de las organizaciones comunitarias.

El proveedor de los servicios sale de los consultorios e instituciones y busca al usuario para atenderlo en contextos naturales. Las acciones del personal de salud se sistematizan y se integran dentro de programas de salud. La distribución de los servicios psicológicos, debe realizarse dentro del marco de relaciones interpersonales adultas, interdependientes, sanas, cálidas, cordiales y, respetuosas. En las que se promueva la participación del usuario, como una persona responsable que participa activamente en las acciones de promoción y mantenimiento de la salud.

4.4 ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN PARA LA MADRE ADOLESCENTE Y SU PAREJA.

Lo interesante en el desarrollo de la terapia humanista de parejas adolescentes, es que cada vez es más evidente en la importancia de aceptación del cónyuge mientras se trata de alentar y apoyar el cambio. Muchas parejas adolescentes que solicitan o son enviadas a terapia para resolver los problemas en su relación, presentan dificultades por vivir con los padres de matrimonios

conflictivos; otras veces, es la conducta del hijo pequeño lo que genera problemas. Con frecuencia es muy vaga la línea divisoria entre terapia marital y terapia familiar, por lo que los especialistas que trabajan con parejas muchas veces también ven a los hijos.

Por tal motivo, se decidió analizar la terapia de madres adolescentes en lo prenatal. El término de terapia en parejas adolescentes, se enfoca a los dos integrantes de la terapia, su tratamiento consistirá en manejar la frecuencia de los problemas que se presentan en la relación (Frank, 1976).

Cualquiera que sea el problema clínico, el terapeuta de pareja adolescente debe emplear la técnica adecuada, y como sugerencia el enfoque humanista familiar, en la que la mayor parte de la terapia de pareja adolescente es conjunta, es decir, los cónyuges jóvenes están juntos en las sesiones con el terapeuta. Al principio, las parejas no reaccionan muy positivamente entre sí, Margolin (1979), recomendaba enfocar este problema como primer paso para ayudar a que la pareja mejore su vida conyugal.

Una estrategia es la idea llamada “rey o reina por un día”. La esposa acepta dedicar todo un día a complacer a su marido (rey), sin esperar nada a cambio. El esposo hará lo mismo al otro día. Si tiene éxito, esta estrategia consigue al menos dos cosas importantes: en primer lugar, rompe el ciclo de distanciamiento, suspicacia, y control aversivo mutuo; en segundo, le muestra a cada compañero que puede influir en el otro de manera positiva.

Este mayor sentido de control positivo se logra simplemente al complacer al otro. Este acto de entrega puede ser después más recíproco. Cada cónyuge

puede estar de acuerdo en satisfacer al otro de determinadas maneras, con la anticipación de su pareja que le corresponderá igualmente. Por ejemplo, el esposo puede aceptar en hacer los deberes de la casa. La atmósfera mejorada que surge como consecuencia de que cada miembro de la pareja se esfuerza por complacer al otro, ayuda a que cada uno se sienta motivado a hacer sentir bien a su pareja en ocasiones futuras. Los terapeutas de pareja por lo general se sujetan a la teoría de interacción basada en el intercambio de experiencias.

Según la concepción de esta idea, en las relaciones humanas una persona valora a los demás si recibe de ellos la misma proporción de beneficios que ella aporta a los otros.

4.5 MOTIVACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO TEMPRANO.

Durante el embarazo, la adolescente enfrenta situaciones que la llevan a tener un comportamiento de aceptación o de rechazo. Quizá el hecho de estar embarazada, genera mas dependencia de atención de los familiares y de la pareja, pero una situación que transforma el comportamiento de la niña-madre es el hecho de enfrentar el mundo. Muchas adolescentes, que hoy son madres, comentan que el salir embarazadas cambia sus vidas. El punto traumático como consecuencia de estar embarazada a una edad temprana, es la acción de informar a los padres de la situación.

A su vez un factor que podría predisponer al embarazo, es cuando en una familia existe la violencia intra familiar o algún miembro es alcohólico; la adolescente embarazada inicia un camino lleno de tensiones y alegrías forzadas, que en muchas ocasiones se refugia en su bebé para evitar los

problemas o evadir lo que la daña. Así tenemos que la motivación hace referencia, en saber actuar en determinada situación, teniendo procesos subyacentes que ocurren durante el aprendizaje de los componentes individuales, más que en lo social. Por lo tanto, la aceptación es una alternativa para el embarazo adolescente, hace referencia a una disposición continuada al valorar las experiencias en forma de aprendizaje, además de ver a la situación de estar embarazada como una satisfactoria y merecedora de ser madre.

Muchas personas creen que su vida está dada por el destino o por la suerte, sin estar conscientes de que gran parte de nuestras acciones y decisiones determinan el cómo vivimos. Asimismo, nuestra conducta está influida en gran medida por el concepto que tenemos de nosotros mismos ya que ese juicio afecta al propio núcleo de nuestra existencia, esto quiere decir que, el cómo nos percibimos determina cómo nos relacionamos con los demás, en el plano laboral, social, familiar y sexual. (Brown, 1990) La autoestima está íntimamente relacionada con la confianza y el respeto hacia uno mismo, con el tener la disposición y el sentimiento a merecer la felicidad y la posibilidad de enfrentar los diferentes retos de la vida.

De manera general, desde que nacemos iniciamos un proceso de socialización que nos facilita integrarnos al medio ambiente familiar y social. Aprendemos una serie de normas y patrones éticos y culturales que guían gran parte de nuestro comportamiento. Hablando en términos más específicos, la autoestima se configura a través de los mensajes que nos envían desde que somos muy pequeños.

La confianza y seguridad que tenemos durante esa época depende de la certidumbre, cariño, amor y trato que nos dan las personas significativas que, en este caso, son los padres.

Si nos mandan mensajes devaluantes vamos a crear el concepto de que no somos merecedores, que no valemos, pues el niño precisa de creer totalmente en sus padres, de lo contrario no podría sobrevivir. A partir de estas premisas el niño empieza a concebir que él no es lo suficiente bueno, que por eso “no lo quieren”, “ellos son buenos”.

Esa es la única forma en que el niño logra asimilar los agravios emocionales, responsabilizándose del comportamiento de sus padres, y así evita el enfrentamiento con la dolorosa verdad: que en realidad nuestras deidades parentales nos dejaron. Frecuentemente, cuando un individuo crece utiliza los mismos mecanismos que cuando era infante, como es la negación evitando el dolor o el impacto de ciertas experiencias angustiantes llegando incluso hasta olvidar tales vivencias.

Otro mecanismo que usamos con regularidad es la racionalización, “si me golpeaba era porque estaba sola”, “si no me atendía era porque era muy desdichada”, “si mi padre no me quería era porque él había deseado infinitamente un hijo varón”. Lo único que estamos haciendo es presentar como aceptable lo inaceptable (Fordward, 1999). El que muchos padres vivan la parentalidad como una gran carga debido a que no la esperaban, que no estaban preparados o que a su vez fueron abandonados o maltratados por sus propios padres es comprensible, pero de ninguna manera los exime de sus responsabilidades.

La frase “infancia es destino” contiene una gran verdad pues el que haya sido invisible psicológicamente (no ser vistos, escuchados) por nuestros padres, en la adultez podemos generalizar y tender a presentar esos mecanismos de autoprotección: Como, por ejemplo, cuidar mas a otros que a nosotros mismos, culpando a los demás de lo que sucede, auto condenándose, “resolviéndole” los problemas a los otros, no queriéndose, buscando aprobación social en todos y cada uno de nuestros actos.

La codependencia hace referencia a las personas que se convierten en víctimas en el proceso de rescatar a cualquier persona compulsiva, adicta que las maltraten o que dependan de ellas (Beattie, 1991).

A partir del casamiento, la mujer ante la posición de su marido empieza a tomar una actitud conformista que con el paso del tiempo se transforma en una frustración que poco a poco la empieza a disolver.

La mujer adolescente es como un caracol al que todo el mundo le quita el caparazón para abrigarse mientras ella pasa frío. La adolescente es la que nunca puede encontrarse así misma, porque dedica todo su tiempo a salirse de ella para ir hacia los demás; y encima, le agradece al cielo por tenerle reservado un lugar en él, y con el paso del tiempo no tiene ninguno (Melanie Clany, 1963).

Por lo tanto la independencia y respeto son indispensable para una buena relación de pareja. Esto puede permitir comprender motivaciones, acciones y sentimientos de otro aunque no se justifiquen (Stephens, 1985).

Cuando falta empatía en una relación de pareja, la comunicación y el respeto se desmoronan, quedando la díada como el barco que ha perdido el timón. Todo ser humano requiere sentir que es capaz de tomar decisiones, que tiene su área de influencia y que sus opiniones y sentimientos son escuchados y respetados.

Winnicott (1988) explica que, durante el embarazo y las primeras semanas posteriores el parto se produce en la mujer y en el hombre un estado psicológico especial, al que llamó “preocupación maternal primaria”.

La madre adolescente adquiere, gracias a esta sensibilización, una particular capacidad para identificarse con las necesidades del bebé. Esta disposición especial alcanza su máxima intensidad inmediatamente después del parto y va disminuyendo poco a poco, a medida que la criatura crece. Así la participación del marido en el alumbramiento de su mujer, tiene varias ventajas.

En los últimos años, la participación activa del esposo está más presente. Hoy día, bajo supervisión médica y con previo entrenamiento, los padres han asistido activamente a los procesos de parto de sus esposas (Kubli, 1993).

Desde tiempos muy antiguos, se ha reconocido siempre la necesidad psicológica y emocional de la mujer, en cuanto a tener una estrecha relación humana sobre la que apoyarse en los momentos de dar a luz. Muchos tocólogos, psicólogos y promotores del parto natural han llegado a la conclusión de que lo más acertado es involucrar al padre activamente en el proceso.

Así la preparación del parto natural en la adolescente embarazada “futura madre”, incluye al marido (May, 1985). De esta manera, el joven padre es preparado para poder ser un mejor compañero de su mujer durante los meses de embarazo y para participar en todo el proceso del alumbramiento, acompañándola desde que empiezan a manifestarse las primeras contracciones e incluso durante el parto mismo.

Las ventajas psicológicas que proporciona la participación del marido representa, el ingreso del hombre a la paternidad en una forma mucho más positiva, en el momento culminante del nacimiento de su hijo. Por lo general, al hombre que se involucra decisivamente en el proceso del embarazo y el parto, luego podrá compartir con su mujer día a día, la responsabilidad de la crianza, atención y educación de los hijos, sintiéndose mucho más unido a ellos (Tordjman, 1988).

Ahora, la joven embarazada es dueña de su vida y sus actos que definirán su destino. La motivación intrínseca la convertirá en una persona activa, viviendo de adentro hacia fuera, tomando en cuenta sus metas propias para desenvolverse (Willi, 1985).

Seligman (2002) explica, que los mecanismos que intervienen en una baja motivación, se enfocan en la génesis de desvalidez aprendida y que esto puede ocasionar en la adolescente embarazada, los determinantes de una depresión clínica. Seligman intentó descubrir semejanzas de la desvalidez aprendida y de la depresión en cuatro áreas que considera importantes, a saber: síntomas, causas, tratamientos y prevención.

Por su parte Lewisonn (1974) argumenta que, la mejor manera de concebir la depresión es ver en ella el resultado de un índice bajo de refuerzo dependiente de la respuesta. La explicación de Lewisonn se sustenta bajo tres suposiciones fundamentales.

La primera consiste en que el refuerzo dependiente consiste en fortalecer el índice bajo de la respuesta y es una condición que provoca una conducta depresiva, fatiga, y tristeza. La segunda consiste en que este índice es suficiente para explicar la escasa frecuencia de conducta que se aprecia durante la depresión.

En efecto, el número total de refuerzos positivos suministrados al sujeto depende de tres factores: 1) la cantidad o gama de estímulos que pueden reforzarlo; 2) la capacidad del medio para generar esos estímulos; 3) la habilidad del individuo para obtenerlos del ambiente social.

Como se aprecia, los tres factores se combinan para arrojar un índice bajo de refuerzo positivo el cual a su vez da origen a la conducta verbal y somática conocida con el nombre de depresión.

4.6 ASERTIVIDAD Y COMUNICACIÓN EN PAREJA ADOLESCENTE Y FAMILIA.

La comunicación interhumana es sumamente compleja, ya que es un reflejo de las relaciones existentes entre los humanos y su entorno social y personal; por otra parte condiciona a su vez, cómo se forman los vínculos entre los miembros de la familia, amigos, y/o pareja entre otros.

Es muy conocida la problemática existente al interior de la pareja en lo que respecta a la comunicación. Las dificultades se reflejan en ocasiones a nivel situacional o emocional (Horrocks, 1984). Lo más frecuente es que las parejas son capaces de transmitirse una gran cantidad de información sin que por eso su comunicación sea buena. Esta información es precisamente un medio de no comunicarse sobre lo fundamental y es la forma como muchos se defienden contra la comunicación que temen (Lemaire, 1988).

Por lo tanto, el diálogo como tal no constituye una garantía de comunicación. Otro factor que contribuye en la dificultad en la comunicación es la pluralidad de los canales por los que se transmiten los mensajes. La comunicación está conformada tanto por el lenguaje verbal como el no verbal, siendo el primero solo el 7% de la comunicación total (Tordjman, 1989).

Las emociones y la vida afectiva en general se expresan en gran medida a través del cuerpo, siendo este un modo de comunicación analógico; sin una estructuración gramatical precisa siempre cargada de significaciones múltiples, lo que indica una interpretación por parte del “receptor”, es decir, que la comunicación de la pareja se lleva a cabo más por los sentidos, la mímica, las posturas y movimientos corporales que oralmente, contradiciendo, matizando o afirmando lo que se dijo mediante las palabras.

Desgraciadamente, no estamos del todo conscientes de lo que transmitimos corporal y afectivamente. Lo que ocasiona que se presenten malos entendidos y situaciones paradójicas: por ejemplo, el sujeto comunica algo verbalmente pero corporalmente expresa lo opuesto, ignorando su expresión; entonces la

contradicción se hace manifiesta para el otro, puesto que la mímica “dice con claridad” un afecto intenso que la palabra niega.

Por lo anteriormente expuesto, se puede decir lo intrincada que puede resultar la comunicación; siendo fundamentalmente situar el verdadero significado de los mensajes afectivos. Por otra parte, muchas personas creen que el problema es que no hay comunicación en la pareja, esto no es posible porque toda conducta de las personas tiene una función de comunicación, es decir, que, actuar o no actuar, las palabras o el mutismo, tienen siempre un carácter de comunicación.

Esto significa que la comunicación se presenta aún cuando no sea de forma premeditada, consciente o con éxito, por ejemplo, con un silencio, la díada puede manifestarse de manera directa un desacuerdo, un enojo.

Puede evitar responder, viendo la TV, o leyendo el periódico, ante lo cual se generan una serie de conflictos. Esto explica cómo se van entrelazando los problemas a tal grado que la pareja no se explica, cómo se originaron las diferencias y lo que frecuentemente hacen es culpar al otro.

Las relaciones sexuales también representan otra manera de comunicarse, por lo que un “fracaso” en la alcoba, puede extenderse a los demás planes en la relación de la pareja y, por consiguiente, a la comunicación. La comunicación representa la piedra angular en el vínculo amoroso y/o sexual.

Por lo que es básico aprender o expresar de manera directa y honesta los afectos y las diferentes emociones. Un análisis de la comunicación resulta

muy benéfico considerando tres elementos: cómo nos comunicamos, qué nos comunicamos, por qué nos comunicamos.

Al respecto Guilhot (1988) plantea, que la elucidación de esas tres interrogantes desemboca en una visión más clara y una mayor transparencia de ambos cónyuges. Definiendo transparencia, como la aptitud de ambos de una autocrítica de sus actitudes mentales, de sus motivos, de sus reticencias y de su lenguaje intraverbal no expresado abiertamente.

Esto implica que cada miembro de la díada, necesita un gran conocimiento de sí mismo, de su concepción del mundo en general y en particular, una confianza e intimidad con su pareja que le permita expresar sinceramente sus afectos, sus pensamientos.

A continuación se presentan algunas sugerencias para favorecer la comunicación de mensajes claros. Cuando una persona se siente confusa es difícil que pueda expresar claramente su sentir, por lo que primero necesita ubicarse, es decir, si lo que desea comunicar es algo muy cargado emocionalmente, sería conveniente que se diera la oportunidad de hacerlo por escrito para que le quede claro cual es en realidad su problema.

Posteriormente hablando con su compañero, para iniciar el diálogo es esencial buscar un momento propicio y “crear” un clima favorable, evitando críticas o imputaciones contra la pareja, ya que de esta forma se pondrá a la defensiva. Tratar de evitar los mensajes contradictorios diciendo una cosa con el lenguaje verbal y su opuesto a través del lenguaje no verbal. Procurar ser concreto en los mensajes para evitar las otras interpretaciones.

Priorizar las necesidades y hablar de los asuntos importantes tratando de no acumular tantos resentimientos. Evitando los “monólogos” pues son una barrera en la comunicación. Es necesario permitir que el compañero (a) exprese su pensar y sentir al respecto.

En suma, la persona que habla se hace responsable de sí misma y, por consiguiente, de lo que comunica, facilitando el diálogo con la pareja (Masters, Jhonson 1980 y Kolodny, 1987).

4.6.1 Expresiones asertivas de los diferentes afectos en la pareja adolescente.

Con frecuencia es más fácil hablar de los afectos negativos con y de la pareja, que de los positivos. No obstante cuando se inician las relaciones amorosas se proporciona mayor apertura al diálogo y a las expresiones de ternura, de cariño y de amor, tanto implícita como explícitamente, cuestión que no todas las parejas conservan a lo largo de su relación. La pareja necesita abrirse con respecto a sus expresiones amorosas tanto oral como corporalmente, para seguir recreando su amor (Anziev, 1980).

En lo que se refiere a las expresiones negativas, Tordjman (1988), recomienda a la pareja aprender a negociar los conflictos de un modo constructivo, esto no implica negar las diferencias o borrar su agresividad, sino aprender a expresarse desde el punto de vista de significación asertiva y no de responsabilidad. La proyección de la falta sobre el otro constituye un juego de estira y afloja de lo más destructivo. En otras palabras, utilizándole lenguaje impersonal. Socialmente hablando, es vedada la agresión, la ira, el coraje, lo

que ocasiona que con frecuencia mandemos mensajes de agresión velados, pero las demás personas perciben dichos mensajes.

Sin embargo, nada es tan nefasto como las manifestaciones enmascaradas, refrenadas e inhibidas de esta agresividad que no nos atrevemos a llamar por su nombre. Esta inhibición condena a la disfunción de relaciones interpersonales.

4.6.3. El entrenamiento en habilidades sociales.

Se podría definir como “un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida” (Goldsmith, 1975), como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos. Con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales y familiares.

Desde el enfoque humanista se elige EHS para la joven adolescente embarazada, porque la va a permitir establecer metas interpersonales junto con su familia y expectativas en lo social. Estas habilidades sociales como metas estabilizaran el entorno biopsicosocial de ella, transformando sus relaciones conflictivas a integrativas dentro del fundamento de aceptación y desarrollo de su verdadera realidad.

Los procedimientos del EHS (o entrenamiento asertivo) se llevaron a cabo inicialmente siguiendo un formato individual (Salter, 1949; Wolpe, 1958), se ha ido prestando cada vez mas atención al formato grupal. Lange y Jakubowski (1976) señalan que hay cuatro tipos básicos de grupos de EHS:

a) Grupos orientados hacia los ejercicios, donde los miembros del grupo participan inicialmente en una serie establecida de ejercicios de representación de papeles y, en sesiones posteriores, dichos miembros generan sus propias situaciones de ensayo de conducta.

b) Grupos orientados hacia los temas, en los que cada sesión se dedica a un tema determinado y se emplea para ello el ensayo de conducta.

c) Grupos semiestructurados, que utilizan algunos ejercicios de representación de papeles junto con otros procedimientos terapéuticos, como el entrenamiento de padres, clarificación de valores.

d) Grupos no estructurados, en los que los ejercicios de representación de papeles se basan totalmente en las necesidades de los miembros de cada sesión.

Por lo cual el EHS, combina los principios del humanismo estableciendo una comprensión en el sentir del desarrollo humano, implicando una autonomía e independencia de la joven embarazada hacia su pareja y familia. Este procedimiento proporcionara a la adolescente en gestación, ver una realidad nutrida de experiencias y metas satisfactorias.

Reconociendo su ser y mejorando sus pensamientos, así como: el seguir preparándose para nuevas oportunidades en su condición social. Así mismo, para que la adolescente mantenga una cohesión debe poseer mecanismos de

ajuste no coercitivos con su pareja y bebé, ante los cambios que se produzcan en ellos o en las situaciones en las que se tiene que desenvolver.

El ajuste de todo esto se concreta en una forma de comunicación más sencilla y centrada en la adolescente, sobre todo en sus opiniones e intereses que se relacionan con el hecho de estar embarazada. Generando una habilidad de sistemas personales en lo afectivo y que pueda negociar los problemas en forma de resolución.

4.7 SUPERACIÓN Y METAS PERSONALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

La superación es un motivo para llegar a la realización, y entiende por realización el haber logrado lo imposible según sea la situación. El plantear un trayecto o camino a superar incluyen tres elementos necesarios: 1°. Objetivo, 2°. Determinación, y 3°. Conclusión.

El establecer un objetivo de superación y meta, nos compromete en el sentido de identificar claramente lo que nos interesa. El lograrlo, será determinado de acuerdo a nuestras principales condiciones actuales. La planeación es parte de un objetivo, que involucra la organización de los elementos personales que serán necesarios para su inicio.

La palabra, determinación plantea la decisión que tengamos para iniciar la afrontación de los obstáculos. Y por último, el concluir involucra el cumplir satisfactoriamente las metas propuestas. Una de las dimensiones más importantes en la adolescente embarazada es la determinación personal para

superarse y cumplir sus metas; para lo cual debe por establecer un propósito y de dejar de lado su propia manera de percibir y experimentar una falsa realidad, para dar cabida a las percepciones y experiencias positivas.

La experiencia se intensifica en la medida en la que ella misma se permite vivir sus pensamientos y sentimientos enfocados a su realidad “el estar embarazada”. Si existen en ella dificultades para percibir el “mundo real” podemos ayudarle a imaginar las diferencias en la percepción de nuestros mundos internos o de las personas.

En las relaciones de ayuda, la adolescente debe asumir su responsabilidad. Lo más importante para una mujer embarazada es conservar su equilibrio emocional, y la medida de esto está en conocerse a sí misma, reprogramar su vida afectiva y evaluar sus potenciales.

Teniendo en cuenta que el embarazo requiere de una gran adaptación, tanto en el aspecto físico como en el psicológico; la futura mamá puede hacer de éste un periodo de conocimientos de sí misma y de motivación; para tener un aprendizaje, que puede ser orientado por un psicólogo; para que se de la oportunidad de tener un desarrollo afectivo de su bebé y de ella misma.

CONCLUSIONES

Como se revisó en este trabajo, el embarazo adolescente es una consecuencia generada por la confluencia interna de los factores familiares y sociales. Las investigaciones que se han realizado sobre este tema han ofrecido resultados que, para los programas preventivos de las instituciones la solución está en la utilización de los métodos anticonceptivos, esto tiene una finalidad económica de los médicos y de los laboratorios viendo a la sexualidad como un medio económico y no reproductivo.

Lo cual plantea una situación de índole prenatal que se enfoca como una situación de compromiso, y se deja la resolución a un plano educativo carente de bases psicológicas primordiales, ya que los medios lo visualiza en un entorno anatómico funcional de la sexualidad, pero no en lo reproductivo. En el plano reproductivo también carece de acciones de tratamiento en el ámbito psicológico.

Como lo establece el modelo humanista las adolescentes viven una realidad subjetiva del entorno familiar y social, y el ser madres a temprana edad genera más conflictos en ellas. Lo subjetivo señala Carl Rogers, el ser humano forma sus autoconceptos de si mismo y esta situación interna se ve determinada por los prejuicios o traumas que en el ser humano existen generado por la familia y lo social; y que al entrar en su entorno adolescente se sumerge mas en las situaciones que denomina como problemas.

El humanismo en los últimos años ha fortalecido sus planteamientos en la expectativa de intervención para ayudar al ser humano; denominando como cliente al paciente, porque esta etiqueta de paciente genera una imagen médica ubicando al ser humano en un ser psicopatológico, y en cambio el humanismo lo mira como un ser circunstancial y existencial.

Partiendo de esto, la intervención humanista nos ofrece alternativas de tratamiento para las chicas embarazadas. Como sería: una psicoterapia centrada y directa, que trate de cambiar una realidad traumática por una percepción subjetiva del mundo. Para que sus potencialidades sean de crecimiento y de desarrollo emocional.

Una de las particularidades de esto es que el psicólogo enfoque al cliente en su situación; hará que el usuario sea una persona independiente y no dependiente de su circunstancia generada por lo familiar y lo social. Con esto se rechaza el modelo de enfermedad mental y las posibles pseudo trastornos que un medico le haría creer.

Una de las bases primordiales que ofrece el modelo humanista es que se enfoca en el *Aquí* y en el *Ahora*. Teniéndose como principal característica en sentir lo que el cliente afronta, y el ver al problema como suyo; para generar un ambiente cálido en la relación terapeuta-paciente y así desarrollar, el afrontamiento de resolución de los problemas, concretizando una actitud positiva ante su situación de sentimientos inhibidos.

Con estas bases el terapeuta podrá abordar las concepciones del cliente tratando de que la persona encuentre resolución de su circunstancia. En base a lo cual, la chica embarazada tiene que determinar su situación en una forma interactiva con sus emociones y mejorar su autoestima como persona (Maslow, 1977).

Cabe resaltar la importancia de la identidad, que surge desde la educación materna, considerando que las características psíquico-emocionales que pueden predisponer a una joven a embarazarse: es la carencia afectiva desde la infancia, la poca capacidad para resolver conflictos, y la falta de contextos en el cual se alivie de tensiones emocionales; ya que hablamos de características que se van formando en la edad adolescente ante la circunstancia del embarazo.

Por otro lado el problema de llevar a término un embarazo, para entregar el hijo o hija a desconocidos, es un proceso muy doloroso que muchas mujeres adoptan para no tener problemas. Ya que la adopción o el regalar, es una de las reacciones de las jóvenes con temor hacer cuestionados por la familia o ser criticadas por la sociedad. Y en los casos extremos se llega al abandono del bebé en baldíos o basureros, confinándolo a una muerte inevitable (Sartre, 1997).

Analizando esta situación, es importante que el embarazo adolescente sea tomado con seriedad y se llegue a complementar ampliamente con los programas de atención municipal, basándose en una psicología urgente, en el ámbito preventivo de la prenatalidad.

Al analizar la adolescencia en donde las jóvenes afrontan una gama de requerimientos psicosociales como la consolidación de cualidades para relacionarse con los compañeros de la misma edad, la incorporación de una serie de principios éticos, valores y normas que a través, de aplicarlos a su realidad, van formando su carácter y sobre todo adquieren de una responsabilidad social e individual (Husserd, 1996).

Por lo tanto la sexualidad es una de las dimensiones fuertes que el adolescente integra a su vida, aprendiendo la forma de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, y descubriendo la manera de identificar el amor, asimilando los conocimientos necesarios para no cometer errores.

De aquí la importancia de recibir la información adecuada y previa para actuar en consecuencia, ya que no es extraño que un adolescente con una nula o mala información sexual sea víctima de conflictos, sufrimientos y desconcierto, de problemas familiares y sociales.

Por otra parte los riesgos más comunes y producto de la desinformación sexual son el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual, hoy muy especialmente el SIDA y las frustraciones o desengaños relacionales. Por eso es importante que los adultos se responsabilicen de la información que proporcionan a los adolescentes, evitando que la sexualidad vaya unida a la idea de peligro, a través de una orientación que les permita prevenir los riesgos y en el caso de la existencia de problemas.

La falta de información sobre riesgos tan importantes como el SIDA se encuentra en niveles muy críticos en México ya que en un estudio realizado por el DIF y el UNICEF en ciudades, en una muestra de 27 210 niños entre 6 y 17 años, el 40% no sabe nada sobre dicha enfermedad y el 46.5% sólo sabe que es mortal y contagiosa (1998).

El embarazo no deseado de las muchachas adolescentes, es ahora un problema de origen social y familiar es muy importante en México. Ya que la mayoría de ellos son problemáticos debido a los riesgos físicos a los que está expuesta la madre y el bebé, (sobre todo entre las adolescentes más jóvenes), además de las repercusiones socioeconómicas adversas, a las que se enfrentan ambos.

Aunque muchos especialistas afirman que la mayor responsabilidad respecto a los métodos anticonceptivos debe radicar en el adolescente varón, no reduce el porcentaje de embarazos no deseados. Es importante considerar que la orientación debe proporcionarse a ambos. Esta orientación debe comprender básicamente tres aspectos importantes:

1. Es necesario instruir a los adolescentes en las distintas opciones contraceptivas ya que la posesión de estos conocimientos redundará en un empleo más efectivo de los mismos, pues el porcentaje de adolescentes que utilizan medidas preventivas en México es muy bajo (en una muestra de 41 623 encuestados, sólo el 6.39% han recurrido a alguno de estos métodos (1998). Si bien es cierto que los adolescentes se niegan a reconocer su ignorancia o deficiente información sobre su sexualidad, también es cierto que la desinformación sobre aspectos como los días fértiles del ciclo menstrual, el uso de preservativos o la función de los diafragmas se evidencian espontáneamente.
2. Es importante que la información se proporcione independientemente de la instancia que lo haga, como la familia, la iglesia, o la comunidad; esta educación debe tener un carácter práctico, explicando cómo y dónde obtener anticonceptivos, por qué es importante hablar de control de la natalidad y la conveniencia de utilizar regularmente el anticonceptivo elegido.
3. Se debe facilitar a los adolescentes una mejor comprensión de los nexos entre los métodos de control natal y su propia vida. Es decir, que los adolescentes deben estimar en qué medida el hecho de asumir sus roles sexuales implica la responsabilidad por el uso de un método anticonceptivo o una paternidad prematura. Otro de los aspectos relacionados con el uso de ciertos anticonceptivos es la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
4. Se debe proporcionar información fidedigna respecto a las numerosas enfermedades y afecciones que alteran la fisiología de la función sexual, como los trastornos neurológicos, diabéticos, de alcoholismo y farmacodependencia, así como de las enfermedades de transmisión sexual y su prevención a través de recomendaciones específicas para ser observado, selectivo, honrado y precavido.

5. Y en cuanto a los factores, que determinan el embarazo adolescente; establecer platicas dirigido a padres de familia a través de escuelas y centros de salud. Así como la elaboración de carteles y mantas, para que las personas reciban la información de como prevenir el embarazo adolescente. Desarrollar platicas a grupos comunitarios marginados, orientando a las personas que no tienen estudios.

Otra realidad como ejemplo:

FRAGMENTO: **EL UNIVERSAL** (lunes 15 de julio de 2002.)

NIÑOS DE LA CALLE “Entre la solidaridad y el hacinamiento”.

En el DF ya vive una segunda generación de infantes nacidos en las vialidades. En campamentos su vida discurre entre la droga y el hambre.

Escrito por: Gerardo Reséndiz.

“Cubiertos con girones de ropa durante casi todo el día, permanecen sobre el piso tres bebés de apenas unos meses de nacidos a los cuales sus respectivas madres, tres niñas en situación de calle, les acercan el cemento o la estopa impregnada con solvente para que inhalen cada vez que lloran para pedir alimento. Alrededor, un grupo de perros que olfatea los pequeños cuerpos deja sus heces fecales y se aleja ante la mirada perdida por el consumo de droga de varios niños.” La escena se desarrolla en la plaza de la solidaridad, localizada en Juárez y Balderas, que se ubican en el Distrito Federal.

Estos jóvenes forman parte de los más de 14 mil millones de la calle y de los mas de 14 mil niños de la calle y de los más de 30 mil que trabajan en la calle, aunque estos últimos tienen un hogar.

“No se trata de un problema reciente, sino que ya en la actualidad, en la ciudad de México subsiste una segunda generación de niños procreados y nacidos en la calle”, los cuales “llegaron a este mundo” predisuestos a todo.

Las jóvenes madres, refiere un análisis del gobierno capitalino, día tras día mantienen relaciones sexuales con diferentes integrantes del grupo de adolescentes marginados y abandonados (Fromm, 1967).

Desgraciadamente a falta de una orientación por parte de los padres, y de una buena información en los centros educativos, el gigante de la ignorancia en la sociedad transforma día a día el hecho de tener una sexualidad responsable. Aunado a este problema, se han llegado a resoluciones drásticas como sería el tema del aborto, quizás como una solución pero muy poco estudiada y fundamentada. Muchos jóvenes incluso la sociedad y familia, piensan que

embarazarse no ha de ser tan fácil, o que no le va a pasar justo a ella, o cuando lo haces la primera vez “no pasa nada” (Binswanger, 1997).

Hay miles de mujeres, jóvenes y adultas, que no han recibido ni la educación ni la formación necesaria para evitar un embarazo. Hay violaciones de desconocidos, pero también de conocidos. El tema del aborto toca muchos aspectos polémicos, y ampliamente se generan mitos. Quizá uno de los principales mitos es que solamente abortan las mujeres jóvenes y solteras que tienen una posición económica cómoda.

Esto es totalmente falso, porque se ha observado que clandestinamente hay mujeres adultas que abortan. Y aunque es cierto que las mujeres adolescentes y jóvenes son muy vulnerables al hostigamiento sexual en un plano psicológico, que las determina a resolver con un aborto. Los datos de investigaciones e información pública, revelan que nuestro país México, está en una transición, “congelado”, por la política y por el interés propio de ciertos organismos gubernamentales.

Que obstaculizan el apoyo del sector salud, privándoles de una mejor economía. Para mejores recursos de atención en los programas, que existen presuntamente “preventivos” (Adele, 1978). Aún en los países que cuentan con los servicios de anticoncepción y educación sexual más avanzadas, se sigue recurriendo al aborto, ya que sigue habiendo mujeres que quedan embarazadas sin desearlo.

En concreto la sexualidad involucra y representa un tabú en la relación de pareja, teniendo en consideración que dados los “roles” y el aprendizaje social, es generalmente vivida con represiones y restricciones: lo que trae como consecuencia que se sienta rechazo, miedo o incomodidad el hablar abiertamente sobre cuestiones sexuales. Es necesario recalcar que la pareja aunque no se exprese verbalmente, lo hace corporalmente.

La pareja puede establecer mejores lazos afectivos y amorosos si se tiene confianza y conocimiento con referencia a sus valores, y de las consecuencias que se enfrentan.

Master, Jonson 1980 y Kolodny (1988) consideran que el diálogo sobre la sexualidad como cualquier otra forma de comunicación, puede ayudar a que la pareja tenga mayores responsabilidades de cercanía y de afecto, para lo cual es

indispensable apertura, reflexión, capacidad de introspección (auto observación y conocimiento de sí mismo) y sobre todo, un poco de diálogo.

Habiendo revisado lo expuesto sobre el análisis del factor social y familiar en el embarazo adolescente, denominado también “temprano”. Tenemos en cuenta que en la actualidad hay mucho por hacer e investigar acerca del desarrollo adolescente en el área de la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Adle, (1978). *“Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares” en: DESACATOS. Revista de antropología social.* CIESAS-SEP-CONACYT-DIF, México.
- Alan, Guttmacher.(1996). *Richs and realties of Early Child Begring Worldwide.* Estados Unidos.
- Alpiner, (1994). *La Familia: “Cap. I Familia”.* Cigome, Méx.
- Altschuler, M. (1971). *Personalidad y Motivación sexual,* en D. Marshall y R. Suggs, eds. *Conducta sexual humana,* Libro básico, Nueva York.
- Annon, J. S. (1976). *Tratamiento en el comportamiento problemático de la sexualidad: Bref Therapy,* Harper y Row, Nueva York.
- Anziev, (1980). *Paternidad equitativa una propuesta para hombres que deseen mejores relaciones con sus hijas e hijos.* Folleto, México.
- Arentewicz, G., y Schmidt G. (1983). *Tratamiento de los desordenes sexuales”,* Libro básico, Nueva York.
- Atwood, J. D., y Gagnon J. (1987). *Conducta de masturbación en jóvenes escolares.* Journal of sex Education and Therapy.
- Avery, Clark, C. (1986). *Disfunciones sexuales y desordenes familiares en matrimonios que trabajan y no trabajan.* Journal of sex and Marital Therapy, EE.UU.
- Baltimore (1997). *Adolescentes en la ciudad de México.* Datos en CD-ROM, Universidad de Johns Hopkins, EE.UU.
- Beattie, L. (1991). *Los valores de la familia.* CIGOME, México.
- Becker, S. T. (1989). *Relaciones y Conflictos.* Esfinge, México.
- Beitchman, P. (1978). *Psicoterapia Familiar Conjunta.* Pax. México.
- Bell, R. T. (1981). *Amistades del hombre y mujer.* Psychology of Women Quarterly, EE.UU.
- Benitez. H. (1983). *Los valores familiares.* CIGOME, México.
- Berer, M. (1993). *La mujer y el VIH/ SIDA: Women and HIV/ AIDS.* Book Project, Londres.
- Berger, P. (1980). *Paternidad positiva.* Diana, Méx.
- Bing, O. (1982). *Infancia y sociedad.* Bell, Argentina.
- Binswagei, M. (1997). *Taller de salud sexual y reproductiva para madres y embarazadas adolescentes.* Coedición, México.

- Blom, R. (1999). *El proceso de comunicación factor importante en el desarrollo psicológico del niño*. Hospital infantil de México.
- Brown, V. (1984). *Elementos teóricos para el trabajo con embarazos y madres adolescentes*. Wosky, Moscú.
- Brown, S. (1990). *Relaciones en el núcleo familiar*. Pax. México.
- Bryant, A. (1978). *Escuela para padres*. Colombia, Instituto Nacional de la comunicación Humana, (1994) Colombia.
- Burkhart, K. (1981). *Growing into love, Putnam*, Nueva York, Ed. Pan Americana Bolivia.
- Calderone, M. (1978). *Prevención en educación sexual*. En Qualls, J. p. Wincze y D. H. Barlow, eds. , *The Prevention of sexual Disorders* Plenum, Press.
- Caplan, R y Grunebaum, K. (1999). *Hábitos sexuales de los emigrantes temporales mexicanos en los Estados Unidos de America: riesgos para la infección de VIH*. CONASIDA / COLMES. México.
- Cedeno, O. (1985). *Técnicas de superación: sé tu mejor amigo, autoestima, salud, felicidad*. Kairos. Barcelona, España.
- Charles, G. (1987). *Introducción a la psicología: "Psicología Humanística": Una teoría humanística de la personalidad*. Prentice-Hall, México.
- Chilman, R. (1979). *Los 7 hábitos de las familias altamente afectivas*. Grijalbo. México.
- Christopher, P. (1980). *Dinámica de la acción de grupo*. Herrero Hermanos, Sucesores. S.A. México.
- Clellan, F. (1945). *Estudio Comparativo de reproducción humana*. Yale University Press, New Haven. EE.UU.
- Clifford, R. (1978). *Subjetividad en experiencias sexuales de jóvenes escolares*. Archives of sexual Behavior, Méx.
- CONAPO, (1997). *Carpeta informativa*. Publicación de censo poblacional.
- Cuetkovitan, T. (1975). *Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima*. Paidos, México.
- Daniel, T. (2000). *Estudio de madres adolescentes en china*. Differences between fathers and with, their teenage children. Vol. 35 No. 137. Spring. Publishers libra, Iztacal, UNAM.
- Darley, S. (1973). *Embarazos Adolescentes*. En revista la Sicología Social en México.
- Dawson, P. (1986). *Como educar a los hijos*. Paidos, México.

- Deival J, (1991). *La patologías mental y su terapéutica*. Tomo I. Fondo de Cultura Económica. México.
- Delafuente, P. (1996). *Educación para la vida: igualdad entre el hombre y la mujer*. CONMUJER. México.
- Delamater, J. (1987). *Gender Differences in sexual scenarios*. En, K, Kelley. Ed. Females, Males y Sexuality. Suny press. Albany.
- Delval, P (1991). *Cómo hablar con sus hijos acerca de la sexualidad*. Trillas, México.
- Demauro, M. (1990). *Infidelidad en los matrimonios*. Revista de Psicología Social en México. Vol. I.
- Deuts, K. (1958). *Sicología Medica*. Fondo de cultura Económica. México.
- Dilapi, E. (1989). *Madres adolescentes lesbianas y sexo servidoras adolescentes*. Journal of bisexuality, EE.UU.
- Doumarus, R. (2001). *Creencias y normas que influyen en las conductas sociales de las mujeres*. Revista de Psicología Social de México. Vol. VI.
- Dunn, H. (1977). *Tabaquismo en la maternidad*. (niños de adolescentes adictas). Neurological and intellectual maturation to the age of 6 ½ years, Canadian journal of public Health. Canada.
- Dryfods, J. (1997). *Fertilidad en el adolescente*. Hopkins University. EE.UU.
- Dyer, W. (1978). *Psicología del mexicano*. Trillas. México.
- Ehrlich, H. (1989). *Trastornos del deseo sexual*. Grijalbo. Barcelona España.
- Eidelberg, L. (1945). *Fantasía de la masturbación, un estudio de jóvenes madres adolescentes*. *International Journal of Psychoanalysis*, France.
- Elías, J. (1969). *Sexualidad y aprendizaje sexual en niños*. Phidelta Kappan. EE.UU.
- Ensminger, S. (1987). *Conducta sexual adolescente como transición en otras relaciones sociales*. Vol. II, National Academy press. Washington.
- Erikson, E. (1990). *Juventud y crisis*. Paidos Iberica, Barcelona.
- Eric, F. (1985). *Identidad adolescente*. Paidos, México.
- Estrada, B. (1987). *Sexualidad Infantil y Educación Sexual*. Educ-Arte. México.
- Ekstrand, C. (1989). *La menor adolescente*. Trillas, México.

- Farkas, G. (1976). *Efectos del Alcohol sobre las respuestas sexuales*. Journal of Studies on Alcohol, EE.UU.
- Feather, N. (1980). *Valoración en adolescentes*. Handbook of adolescent psychology. Nueva York.
- Feher, C. (1972). *Manual ilustrado del amor*. Gedissa. México.
- Fielding, J. (1978). *Adolescent Pregnancy revisited*. New England Journal of Medicine.
- Fisher, L. (1980). *Relaciones pequeñas y Sexuales en culturas africanas*. The antropology of Eros, en Wolman y Money, eds., Handbook of human sexuality. Prentice-Hall, Englewood cliffs, Nueva Jersey.
- Fordward, M. (1999). *Informe sobre sexo*. Paidós. Barcelona.
- Furstenberg, F. (2000). *Race Differences in the timing of Adolescent Intercourse*. American Sociological Review, EE.UU.
- Fleischman, R. (1979). *Cambios y estabilidad a través del tiempo de las emociones intimidad y conflicto en la relación de pareja*”. Revista de la Psicología Social de México. Vol. VI. México.
- Frank, P. (1976). *Planeando tu vida*. Programa de educación sexual para adolescentes. Planeta. México.
- Fromm, R. (1967). *Los valores de la educación*. Grupo Anaya, México.
- 1°. Gagnon, J. (1975). *Conducta Sexual*. Biblioteca de sexualidad humana. Capeluz. México.
- 3°. (1989). *Curso de la sexualidad abierta en la vida de los Estados Unidos*. National Academy Press, Washington.
- 2°. (1979). *Infidelidad una alternativa de medición para la cultura mexicana*. En revista de Psicología Social en México. México.
- Gerardo, G. (2002). *Sicología del Envejecimiento*. (Teoría, Investigaciones e intervenciones) de Masson.
- 1°. Gire. (1999). *Boletín trimestral sobre reproducción elegida*. Gire, México.
- 2°. (1998). *Entre el deber y el placer: normas y comportamientos sexuales en adolescentes de familias populares urbanas*. Revista de CONAPO la Psicología Social en México.
- Goldsmith, M. (1975). *Violencia Familiar*. Paidós. México.
- Guilhot, J. (1988). *Elementos socio psicológicos*. Instituto de formación profesional y capacitación. México.

- Grussinger, R. (1988). *Democracia y Sexualidad*. Revista de Educación de la sexualidad y vida cotidiana. México.
- Green, T. (1975). *Antología de la sexualidad humana*. Tomo I. CONAPO. México.
- Gwain, P. (1987). **Correlatos de los estilos de comunicación: amor, celos, interacción, conducta sexual e infidelidad**. *Revista de la Psicología en México*. Vol. I. Tomo 11.
- Halikas, J. (1982). *Efectos Regulatorios de la marihuana usada en la compensación sexual*. Journal of Psychoactive Drugs, Nueva York.
- Harper, P. (1988). *El abuso contra los niños. Perspectiva de los educadores*. Grijalbo. México.
- Hass, A. (1979). *Sexualidad en adolescentes*. Macmillan, Nueva York.
- Helen, F. (1999). *La familia ante el problema de las drogas*. Grijalbo. México.
- Horrocks, R. (1984). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. Colmes. México.
- Husserd, M. (1996). *Las adicciones: manual para maestros y padres*. Trillas. México.
- INEGI. (1999). *Publicación: Los jóvenes en México*. INEGI México.
- Janov, H. (1970). *Estudios sobre violencia*. Centro Reina Sofía Madrid. 2001.
- Jenkins, L. (1989). *Los siete hábitos de las familias altamente eficaces*. Grijalbo México.
- Jessor, S. (1977). *Transición de la virginidad y perdida de la virginidad*. Study Over Time, Developmental psychology.
- Jonson. y Kolodny. (1988). *Vivir mejor*. Paidos. México.
- Jurg, W. (1993). *La pareja Humana: relación y conflicto en el matrimonio adolescente*. Morata. S.L.
- Keane, S. (1992). *Planeando tu vida Programa de Educación Sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*. Ariel Escolar IMIFAP-MEXFAM.
- Kolodny, C. (1987). *Desarrollo moral*. Grijalbo. México.
- Kubli, R. (1993). *Fragilidad y descomposición de las relaciones familiares*. Desacatos. Revista de Antropología Social. CIESAS-SEP-CONACYT-DIF. México.
- Kleck, R. (1975). *Apariencia física y atracción interpersonal en niños*. grijalbo. México.

- Lamb, U. (1976). *El Amor y la Vida Guía Sexual para Adolescentes*. México- Diana.
- Lazarus, Z. (1982). *Liderazgo para Adolescentes y Jóvenes*. Panamá.
- Lange, Y. (1976). *La psicología Social, en el Mundo de hoy*. 2da Edición México. Trillas, S.A. de C.V.
- Leonor, E. (1997). *Atención integral a madres adolescentes*. Programa DIF. Trillas. México.
- Lemaire, G. (1988). *Grupos de Niños y Adolescentes*. Planeta, Barcelona.
- Leboyer, H. (1960). *Elementos de Sexología*. Mc Graw-Hill. México.
- Lloyd, F. (1974). *Sexualidad Humana*. Diana México.
- Lewis, L. (1973). *Padres y personas como agentes en la socialización de conducta de los adolescentes*. Journal of Sex Research. EE.UU
- Lewin, J. (1988). *Nuestros niños y el sexo. Guía general para parejas adolescentes*. Pax. México.
- Lewisson, J. (1974). *Relaciones Humanas*. OMEBA, Argentina.
- Macgee, E. (1982). *Too little, too late: Services for teenage Parents, ford foundation*. Report Nueva York.
- Maciak, F. (1978). *Teoría de la adolescencia*. Paidos, México.
- Maddi, V. (1980). *Adolescencia*. VII Jornadas Internacionales Rioplatenses de Toco ginecología. Asunción.
- 3°. (1995). *La sexualidad humana*. Grijalbo Tomo II.
- 2°. (1988). *Psicología del Amor*. Antología de la Sexualidad Humana Tomo II. Porrúa / CONAPO. México.
- 1°. Master y Johnson. (1980). *Una vida con riesgo*. Grijalbo. México.
- Maslow, Y. (1977). *El Adolescente. Sexualidad, Vida, Crecimiento*. España, Blume.
- Margolin, T. (1979). *Mujer*. Santiago, Chile.
- May, Y. (1985). *Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe: Examen del problema*. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial. EE.UU.
- Melanie, C.(1963). *Las adolescentes precoces*. Trillas, México.
- Miller, P. (1980). *El desarrollo del adolescente en su sexualidad*. Handbook of adolescent psychology.
- Millar, R. (1972). *Adicciones*. Disigraf. México.
- Mott, F. y Haurin. (1988). *Linkages Between sexual Activity and Alcohol and Drug use Among American Adolescents*. Family Planning perspectives.
- Moore, D. (1982). *Congenital Syphilis*. New York city. Report.

- Morris, O. (1987). *Problemas de la Sexualidad América Latina*. Situación General en el Área Latinoamericana. Bogotá.
- Murray, B. (2002). *La Gestación en la Adolescencia. Hipótesis y Conclusiones Preliminares*. Revista Uruguaya de Estudios sobre la Juventud-Foro Juvenil, Vol. 6, No 10.
- Offer, D. (1975). *Rumbo a la adolescencia y juventud*. Basic Book. Nueva York.
- Osman, B. (1988). *Centro Internacional sobre Fecundidad Adolescente*. Vol. 10. No 3, Washington.
- Otto, F. (1960). *La planificación Familiar en Chile y sus Efectos sobre los índices de Salud*. Bol. APROFA, Año XXIV, Nros.
- Packer, G (1978) *Mujeres Jóvenes en América Latina*. CEPAL, Uruguay. De Arca. 2003.
- Paterson, C. y Ray. (1973). *Complicaciones Obstétricos en Adolescentes*. Clínicas Obs. Y Ginecológicas, Vol. 4. 2003.
- Petterson, Y (1976) *Adolescentes de Hoy, Padres del mañana: Un perfil de las Américas*. Nueva York.
- PEMEX, (2001) *La Dimensión Educativa en la Asistencia de Adolescentes Embarazadas, Hospital Central Norte PEMEX*. México Archivos Clínicos de Investigación IMPI (Instituto Mexicano del Petróleo en Investigaciones) H.C.N. No 45. México.2003.
- Pick, D (2000) *Antecedentes del Embarazo en Adolescentes*. Clínicas Obs. Y Ginecológicas, Vol. 4. 2003.
- Raising, T. (1987). *Sexualidad Humana*. Tomo 2. España: Grijalbo.
- Racovsky, (1960). *Fecundidad en la Adolescencia, causas, riesgos y opciones*. Cuaderno Técnico No 12. Organización Panamericana de la Salud.
- Ray, D. (1973). *Encuesta de salud Reproductiva en Adultos jóvenes*. Depto. De Salud Publica, Div. Cs. Médicas Occidente, U. De Chile.
- Resis, F. (1980). *Relaciones prematrimoniales*. Psicología Mexicana.
- Resis, I. (1980). *Fecundidad Adolescente*. Instituto de la mujer. México.
1980^a . *Sistemas familiares en América*. Hot, Rinehart and Winston. Nueva York. 3era ed.
- 1º. Rogers, Carl. (1960). *Humanismo y desarrollo infantil*. Amorroutu. México.
- 2º. (1961). *Humanismo y sociedad*. Horme, Argentina.

- Rogers, D. (1968). *Continuidad y cambio*. Cem. México.
- Salter, F. (1949). *Reunión Nacional de Donatarios del programa de salud Reproductiva y población de la fundación Ford en México*. México.
- Sarrel, L. (1979). *Sexual Unfolding: sexual development and sex Therapies in late Adolescence little*. Boston.
- Sartre, Y. (1997). *Educación para la salud, conservación del medio ambiente y planeación familiar entre mujeres indígenas de Puebla y Oaxaca*. MexFam/MacArthur Foundation, México.
- Seligman, J. (2002). *Participación del hombre y de la Mujer en la planificación familiar en América Latina*. Ponencia presentada en el Simposio Latinoamericano de planificación familiar. Ciudad de México.
- SEP. (1992). **Fecundidad Adolescente**. SEP. México.
- Siegel, O. (1982). *Desarrollo de la personalidad dentro de la adolescencia*. Handbook of Development Psychology. Chicago.
- Simmons, R. (1975). *Sexo, Roles de sexos e imagen de sentimiento*. Journal of youth and adolescence.
- Sommer, K. (2000). *Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional delays in children of adolescent mothers*. Vol. 35. No 137. Spring 2000 Libra. San Diego EUA. Revista mensual ENEP Campus Iztacala. UNAM.
- Suárez, U. (1995). *Sexualidad Humana*. El Manual Moderno. México.
- Sullivan, P. (1979). *Encuesta de salud Reproductiva en Adultos jóvenes*. Depto. De Salud Pública, Div. Cs. Médicas Occidente, U. De Chile.
- Shapiro y Starfield. (1981). *Sexualidad en la Adolescencia*. Primer seminario Colombiano. Sociedad Colombiana de Sexología.
- Schachter y Singer. (1962). *Correlaciones Fisiológicas y Psicológicas de la pubertad*. Clinicas Obstetricas y Ginecológicas. Vol. Iv.
- Smirnov, A. (1960). *Psychology: Rasgos del carácter que manifiestan la relación con la sociedad y con otras personas*. Manual Moderno. México.
- Smith, R. (1999). *Drogas*. Trillas, México.
- Spitzer, M. (1974). *Los Jóvenes dañados, una revisión de las conductas problema en la juventud popular. Los jóvenes en Chile*. Compilación.
- Stephens, Y. (1985). *Correlaciones fisiológicas y Psicológicas de la pubertad*. ACHIPEC-APROFA.

- Strongman, T. (1978). *Sexualidad y Embarazo en la Adolescencia. Mujeres Jóvenes en América Latina*. Paraguay.
- Taillieav, D. (1997). *Mujeres Centroamericanas: trabajando en grupo nuestra identidad practica como mujeres*. Murguialday y Vázquez México. 1991.
- Tacket, T. (1993). *International Women's Health Coalition*". New York, NY. 2002.
- Tordjman, I (1988). *Abuso sexual al menor*. PAX. México.
- UNAM. (1998). *Informe en adolescentes madres*. UNAM. México.
- 1°. UNICEF. (1991). *Taller sobre perspectiva de género en salud sexual y reproductiva*. Ponencia presentada en el Simposio Latinoamericano de planificación familiar, Ciudad de México.
- 2°. (2001). *Familia y Población*. AMES, Edo de México.
- Upchurd y McCarthy. (1989). *Puericultura actual*. Bruguera. México.
- Vander, D. (1977). *Terapia de conducta*. Pirámide, España.
- Verny, H. (1984). *Técnicas de terapia y modificación cognitivo-conductual*. Siglo XXI de España Editores, S.A. España.
- Villanueva, K. (1991). *Diccionario Humanista de psicología*. Larouse. México.
- Weinstein, I. (1989). *Relación Madre e hijos y actitud sexual en la conducta adolescente*. Kapeluz. México.
- Weinstein, F. (1989). *Educational measurement*. American Council of Education. EE.UU.
- Weller,G. (1985). *Humanismo y Análisis Transaccional*. Siglo XXI. México.
- William, H. (1995). *La sexualidad humana*. Tomo 3 Grijalbo. México.
- William, J. (1980). *La familia*. Grijalbo, México.
- Willi, R. (1990). *Paradigms in behavior therapy: Present and promise*. Nueva York. EE.UU.
- Willi, O. (1985). *Developments in cognitive psychotherapy*. Nueva York, EE.UU.
- Winnicott, P. (1988). *El analisis funcional de conducta como disciplina diagnostica*. Siglo XXI. México.
- Wolpe, U. (1958). *Cognitive processes and the emotional*. Nueva York. EE.UU.
- Wuest, H. (1992). *Emotions and rules of living*. Nueva York. Academic Press.
- Yañez, P. (1995). *Desarrollo humano*. Paidos, México.