



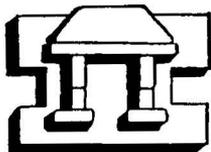
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LOS EMBARAZOS EN MADRES ADOLESCENTES Y SOLTERAS".

TESIS TEORICA QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: CESAR ALFREDO OROZCO ATILANO

ASESORES: LIC. BERTHA GALLEGOS ORTEGA DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEX.

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA:

A mis padres: Alfredo Orozco y Aurora Atilano.

A mi hermana: Citlalli Orozco Atilano.

Quienes con su cariño y apoyo me impulsaron a lograr mis metas.

A mis primos: Bernardo Cruz y Rocio Lopez.

Que me ofrecieron su ayuda y apoyo

A mis amigos: Luis, Marisol, Ruben, Susuki, Thelma y Carmen.

Quienes fueron los mejores amigos que tuve en la carrera.

A mis tías, tíos y primos.

AGRADECIMIENTOS:

A los profesores de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala:

Lic. Berta Gallegos Ortega.

Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes.

Lic. José Esteban Vaquero Cazares.

Mtra. Margarita Chavez Becerra.

Lic. Edy Avila Ramos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"Si la gente quiere que se le ayude
a vivir feliz con los demás,
lo primero que tendría que aprender
es como vivir en paz consigo mismo".**

Albert Ellis

Causa y consecuencias de los embarazos en madres adolescentes y solteras

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción	2
Capítulo 1: Embarazos en adolescentes	
1.1 . Antecedentes de los embarazos en adolescentes.....	9
1.1.1. Educación sexual.....	14
1.1.2. Desinformación.....	21
1.1.3. Medios de comunicación.....	24
1.2. Causas de los embarazos en las adolescentes.....	25
1.2.1. Desintegración familiar.....	27
1.2.2. Carencias económicas.....	27
1.2.3. Abuso sexual.....	29
Capítulo 2: El embarazo en adolescentes y sus consecuencias en la sociedad	
2.1. Consecuencias de los embarazos en adolescentes.....	32
2.2. La sociedad y los embarazos en adolescentes.....	34
2.3. Los mitos y tabúes con respecto a los embarazos en adolescentes.....	36
2.4. Causas sociales de los embarazos en adolescentes y su impacto.....	39
Capítulo 3: Consecuencias psicológicas para los hijos de madres adolescentes solteras	
3.1 . Cómo se ven afectados los niños de madres adolescentes solteras.....	42
3.2 . El rechazo por parte de las madres.....	44
3.3 . Resentimiento social del niño por carecer de padre.....	45
3.4 . Problemas escolares.....	47
3.5 . Problemas emocionales.....	48
Capítulo 4: Atención psicológica a madres adolescentes e hijos.	
4.1. Propuesta de prevención del embarazo.....	51
4.2. Tratamiento a madres.....	53
4.3. Tratamiento a hijos.....	57
Conclusiones.....	61
Referencias.....	65
Anexos.....	70

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad, conocer las causas y las consecuencias de los embarazos en adolescentes, encontrándose que desde muy temprana edad la sexualidad se ejerce sin conocimiento de cómo protegerse siendo esta la causa que más se menciona. La falta de conocimiento de métodos anticonceptivos ha sido uno de las causas mas frecuentes por las cuales una adolescente quedan embarazada. Lo más relevante es mencionar que los padres en algunos casos son los causantes de esta mala información y limitación, ya que los adolescentes comienzan a conocer su sexualidad influida por algunos medios muy poderosos, como son la televisión, la radio, ahora el Internet, pero son medios muy vacíos que no les dan información adecuada. Otro aspecto relevante es la violación, este aspecto además de provocar un posible embarazo, puede provocar otros trastornos, en los cuales la adolescente puede tener miedo a los hombres y a los lugares abiertos, además de que este problema no solo es con extraños, sino que se observa también dentro de la familia. Dadas las causas, podremos ver las consecuencia que afectan a la madre, así como al producto de ese embarazo no deseado, causándoles trastornos que necesitaran atención psicológica o psiquiátrica. La propuesta de atención a madres adolescentes e hijos, tiene la intención de dar un apoyo psicológico para prevenir en primera instancia un embarazo en adolescentes, esto eliminando los aspectos principales como es la falta de conocimiento sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Mientras que a las adolescentes que ya son madres se les da la atención en base a las características de el trastorno y de igual manera con los hijos. La atención a madres adolescentes e hijos se basa en la aplicación de la *Terapia Racional Emotiva* en las madres adolescentes y la *Terapia Cognitiva* para los hijos, además de ser de vital importancia en la terapia, la presencia de la madre como apoyo para las tareas del hijo. En conclusión, podemos mencionar que los embarazos en adolescentes, tienen influencias del medio, pero debemos comenzar a eliminar ese miedo a enseñar, a instruir y orientar a los adolescentes como uno de los mejores métodos anticonceptivos, ya que les daremos las herramientas para prevenir un embarazos no deseado. Así de igual manera la existencia de un elemento como es la violación, no se puede evitar, pero debemos prevenir que esto se de dentro de la familia, estableciendo valores y respeto dentro de la familia.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos de adolescentes se han incrementado de manera notable en la población a escala mundial. A pesar de que en la década de los 70 tuvo lugar la llamada liberación sexual, que trajo consigo un aumento en el empleo de anticonceptivos, en los años 90 se registró un incremento de embarazos no deseados, especialmente en México. En la tabla número 1 se puede apreciar esta tendencia: las mujeres entre los 15 y los 19 años en estado de gravidez en el periodo 1974-78 representaron 1.5%, mientras que esta tasa se eleva entre 86-91 a 2.3%. los 90s es 2.3, esto en las adolescentes de 15 a 16 años, quienes en su corta experiencia sexual, no se protegen, dando como resultado el quedar embarazadas a muy corta edad.

De los 2.8 millones de nacimientos que anualmente se registran en nuestro país, 454,000 corresponden a hijos de mujeres menores a 20 años, estimándose que en la mayoría de los casos se trata de productos no deseados. La edad media nacional del primer embarazo es 19 años; y sólo 36% de las mujeres entre los 15 y los 19 años, utilizan algún método anticonceptivo.

Segundo, el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores haya disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes (Tabla 1), causa que la proporción de hijos nacidos de éstas –muchas de ellas adolescentes– sea mayor ahora que en el pasado (Stern, 1997).

Tabla 1.

Edades	1974-78	1978-82	1982-86	1986-91	1974-91
15-19	+1.5	-20.4	-20.0	-2.3	-36.9
20-24	-10.3	-5.3	-11.7	-11.8	-34.0
25-29	-16.7	-15.2	-4.6	-17.7	-39.2
30-34	-17.4	-17.9	-7.7	-16.7	-48.0
35-39	-23.1	-22.1	-16.3	-23.7	-61.8
40-49		-29.6	-26.4	-25.6	

Fuente: Publicada en salud pública, 1997.

Tabla 1: Se muestran los porcentajes de madres en todas las edades, cabe mencionar que los porcentajes mas altos son de madres adolescentes (15-19) y Mujeres de 40-49.

Ehrenfeld (1994), realizó una evaluación relacionada con la educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Un grupo de mujeres menores de 20 años, ya encinta, recibieron información mientras asistían a su atención prenatal y de parto. El programa no pretendía prevenir el primer embarazo, sino aproximarse a las jóvenes y valerse de ellas para promover una cultura que ayudase a evitar que otras personas cayesen en el mismo caso y que ellas mismas quedaran nuevamente preñadas.

En México podemos encontrar que el embarazo de adolescentes entre edades de 15 a 19 años, representan casi la cuarta parte de la población. Registrándose así 430,000 embarazos anuales en mujeres de esa edad. Los nosocomios públicos de las distintas delegaciones del Distrito Federal que presentan el más alto promedio de adolescentes embarazadas son el Hospital Gea Gonzáles, que atiende anualmente a 143 mujeres con una edad media de 16 años de edad, iniciando su embarazo con una edad promedio de 16.6; el Hospital General de Milpa Alta, que presta servicio a 145 jóvenes de 15.7 años, iniciando su embarazo a los 16 años; y el Hospital de Cuautlilco, que auxilia 119 adolescentes de 15.9 años, con una edad de inicio de su primer embarazo de 16.4, las cuales tienen una escolaridad máxima de secundaria en la mayoría de los casos.

Existen muchas y muy diversas causas por las cuales una adolescente se embaraza. Las principales, según datos del DIF (1999), son: desintegración familiar, escasa información sobre salud sexual y reproductiva, bajo nivel educativo de las jóvenes y sus familias, reproducción de patrones culturales, condiciones de pobreza y marginación, falta de acceso a los servicios de salud, abuso sexual a temprana edad, uso de alcohol y drogas, influencia de los medios de comunicación y falta de expectativas para el futuro. El resultado de estos y otros factores ha propiciado que México sea uno de los países con mayor incidencia en adolescentes encinta.

Stern (1997), en su trabajo sobre *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*, destaca que entre las consecuencias de este fenómeno se hallan el acelerado crecimiento de la población, afecciones a la salud de la madre e hijo y aumento de pobreza. La falta de atención a esta circunstancia, además, deriva a menudo en que la madre procrea un mayor número de hijos, lo cual acrecienta la ausencia de cuidados y reproduce las condiciones del conflicto, propiciando que se multiplique.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El embarazo en adolescentes produce un drástico aumento de la población, por lo cual se le considera un problema social muy fuerte. Su incidencia tiene lugar, generalmente, entre los sectores socioeconómicos marginales, que padecen pobreza extrema. La solución de este fenómeno multifactorial, no se limita a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos, sino que debe surgir de mejoras en la estructura social y en la difusión de una cultura de prevención.

Los sectores de la sociedad mexicana en los cuales se ha encontrado en mayor grado esta problemática son la población rural y la marginal urbana, siendo tales estamentos donde no sólo hay mayor número de embarazos, sino que también tienen lugar a una edad más temprana. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se modifiquen las estructuras sociales y culturales que ahora las limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a métodos anticonceptivos entre las y los adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo.

Es importante enfatizar las repercusiones sociales del aumento de la población debido a una mala planificación, pues contribuye de manera directa a la transmisión de la pobreza. En efecto, en tanto que este fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las oportunidades de obtener un empleo conveniente (o mejor remunerado), reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos y crea una situación que se perpetúa, un verdadero círculo vicioso.

Olivera (2001), en *La gaceta de la UNAM* dedicada a este tópico, afirma que el embarazo a edad temprana deteriora la calidad de vida de los jóvenes, reduce sus alternativas de educación formal, genera problemas biopsico-sociales para la progenitora y el recién nacido, y conlleva un alto riesgo de mortandad materna y/o infantil.

Los problemas de salud reproductiva alcanzan a 64.8% de los hombres y a 65.1% de las mujeres de entre 12 y 24 años, que no cuentan con acceso al servicio de salud ni información adecuada. En tales condiciones, el derecho a tener una cultura suficiente a propósito de este tema llega a ser un ideal inalcanzable para la gran mayoría de la población joven del país. Lo más

alarmante es que sólo cuatro de cada 10 mujeres de entre 15 y 19 años de edad sugieren a su pareja el uso de algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Entre las principales consecuencias de estos problemas de salud pública, se encuentra, según Olivera (2001), que "el embarazo adolescente afecta principalmente a las mujeres, porque en ocasiones su compañero no asume la responsabilidad que implica tener un hijo; sin embargo, también han crecido de manera importante, en los últimos 20 años, las uniones por motivos de embarazo".

Este estudio indaga a profundidad el porqué no se ha logrado un mejor programa de atención para evitar los embarazos en los adolescentes. Pone de manifiesto que falta mucho por investigar para entender la salud reproductiva de los jóvenes. Es necesario que exista mayor acceso a los servicios de salud, información sobre métodos anticonceptivos más libre, completa y dirigida a los distintos sectores sociales, así como a un mayor número de talleres con jóvenes, en los que reflexionen acerca de qué quieren de la vida, qué significa planear su futuro y qué buscan de la relación con su pareja.

En México los planes de prevención de embarazos a temprana edad son prácticamente inexistentes. En las escuelas se imparte educación sexual sin profundizar sobre la materia. Se da una especie de reseña con mala información, lo cual provoca dudas que, por temor o pudor, no son expresadas por los educandos ni suficientemente aclaradas por los docentes.

Ahora bien, Cervantes (1999) considera que los padres y adultos que rodean a las y los jóvenes piensan que el acceso a la información sobre anticoncepción se asemeja a una bomba de tiempo, y que desencadenará una iniciación prematura de la vida sexual. Seis de cada 10 personas en América Latina y el Caribe tienen su primera relación sexual durante la adolescencia, de acuerdo con datos proporcionados por el Instituto Alan Guttmacher. No obstante –contra lo que suelen pensar los adultos– estudios realizados por ese mismo instituto revelan que los jóvenes que tienen información clara sobre la sexualidad aplazan su primera experiencia.

Las adolescentes sexualmente activas enfrentan una variedad de riesgos que incluyen la exposición a embarazos no deseados, abortos inseguros, así como exposición a enfermedades de

transmisión sexual (ETS) incluyendo el VIH (25% de los casos registrados se infectaron en la adolescencia según cifras del Alan Guttmacher Institute).

Para dar respuesta a esta problemática, el Sistema Nacional de Desarrollo Integral Familiar (SNDIF), en convergencia con las prioridades del sector, ha puesto en marcha un *Programa de Prevención y Atención Integral a la Madre Adolescente*, que tiene como propósitos:

1. Promover cambios de actitud entre los adolescentes frente a su sexualidad y su paternidad, e informarlos respecto a los riesgos del embarazo temprano.
2. Orientar a las adolescentes en gestación o que ya son madres sobre la maternidad.
3. Brindarles apoyos que mejoren su calidad de vida y la de sus hijos.

El plan fue diseñado por diversos especialistas en medicina, psicología, trabajo social, derecho, sexualidad y familia, del DIF, la UNAM, la UAM, el Colegio de México y otras instituciones.

El programa está conformado por dos vertientes. La primera se enfoca en prevención y se dirige a la población adolescente en situación de riesgo –tanto escolarizada como de comunidad abierta–, a la que se aborda mediante talleres vivenciales, dándole orientación sobre temas relativos al desarrollo personal, autoestima, salud sexual y reproductiva, entre otros tópicos.

La segunda vertiente de atención se enfoca a la formación de grupos de madres adolescentes, en los que se promueven esquemas de participación autogestiva de cada integrante y se les ofrecen diversos servicios asistenciales.

Desde luego, este problema no sólo se observa en México. La tasa de embarazos entre adolescentes latinas es casi cuatro veces más elevada que entre jovencitas anglosajonas. Esto motivó a asesores y colaboradores del club 4-H de Extensión Cooperativa de la Universidad de California a desarrollar el *Proyecto de Prevención de Embarazos entre Adolescentes Latinas (Latina Teen Pregnancy Prevention Project)* en el área de la Bahía. El programa trata de identificar las mejores maneras de evitar la maternidad temprana y ayudar a que los jóvenes de estas comunidades, tanto mujeres como varones, esperen estar mejor preparados económica y emocionalmente antes de ser padres.

Las proporciones del problema son alarmantes: de cada 1,000 adolescentes anglosajonas, 30 quedan embarazadas y dan a luz; entre la población de origen asiático y de las islas del pacífico, la cifra es de 23 por cada 1,000; entre los indios norteamericanos, el número de nacimientos es de 65 por cada 1,000; y para la población afroamericana asciende a 78 por cada 1,000 nacimientos. Los datos respecto a las muchachas latinas (mexicanas, guatemaltecas, hondureñas, etcétera) muestran que 113 de cada 1,000 tienen un bebé (Davis: 2000).

Por último, cabe señalar que no sólo la madre es quien sufre el rechazo social por ser en muchos casos soltera y menor de edad; el hijo, producto de un embarazo no deseado, también lo sufre a escala comunitaria, no únicamente a nivel individual.

Justificación

Mi interés en esta tesis es presentar una problemática que se está dando en México y en todo el mundo, y que no sólo afecta a una persona, sino a una sociedad completa e incluso a un país, generando todo tipo de conflictos, que van desde de una población muy grande, hasta pobreza extrema, carencias en higiene y educación.

Se ha visto que el fenómeno aquí abordado se incrementa dependiendo de las características de la población: las zonas rurales muestran mayor índice de natalidad en menores de edad. La ignorancia de la pareja que concibe a un bebé es otro de los factores primordiales que inciden en el embarazo a temprana edad. Me propongo dar un recuento de las circunstancias que afectan a las mujeres adolescentes que se convierten en madres precozmente, así como de las consecuencias que sufre el niño producto de un embarazo no querido.

La misma sociedad, que alienta a través de sus tradiciones valores que inciden en el problema (como el estereotipo de mujer/madre), llega a ser un medio de represión que reprueba a las madres adolescentes, señalándolas por *no acatar* sus normas. Tal discriminación orilla a un gran porcentaje de jóvenes a la práctica del aborto, debido al miedo que les produce ejercer su maternidad civilmente solteras. Desde luego, el conflicto no es privativamente social, sino sobre todo familiar.

Esta núcleo comunitario en que vivimos y que nos inculca reglas y estatutos para normar nuestra conducta es, paradójicamente, el causante de que el sexo y todo lo que implica

permanezca oculto a los jóvenes cuya ignorancia castigará más tarde. Tal situación puede ser ilustrada con el caso que ocurrió en Aguascalientes en 1998, cuando la publicación de un texto sobre la prevención del sida y las enfermedades de transmisión sexual, causó el cese del encargado de la publicación y que fuera considerado como candidato a la hoguera. Los ejemplos, desgraciadamente, podrían ser multiplicados largamente, y sin embargo es claro que la falta de información y el soslayar el tema a la vista de los niños constituye un factor de riesgo para su protección psicobiológica y provoca un altísimo índice de embarazos no deseados.

En este contexto, el papel que juega el psicólogo cobra gran relevancia, en primera instancia, como orientador en la previsión de este tipo de problemas, dando al adolescente los medios y recursos que necesita, tanto intelectuales como materiales (condones, folletos, etcétera). Además, es una pieza importante en la promoción entre los jóvenes – de una manera abierta y sin tabús– del respeto al cuerpo, el uso correcto de métodos anticonceptivos, la responsabilidad que implica tener relaciones sexuales y las consecuencias de no usar ninguna protección.

El objetivo del presente trabajo es, pues, conocer los diversos factores (sociales, familiares, etcétera) por los cuales las adolescentes se embarazan y las consecuencias que ello tiene.

Capítulo I

Embarazos en adolescentes

1.1. Antecedentes de los embarazos en adolescentes solteras

Desde la antigüedad se ha considerado a la mujer como un símbolo de belleza y como fuente de la vida, siendo ella quien es capaz de dar la vida a un nuevo ser humano. No obstante, éste es concebido en algunos casos de manera planeada y en otros no, como consecuencia del descuido.

En efecto, quedar encinta es el producto de una relación íntima que pudo no tener la finalidad de tener un hijo. En un alto grado, es en el grupo de las adolescentes sin experiencia, sin conocimientos de los supuestos y consecuencias de las relaciones sexuales, donde se pueden observar las próximas madres solteras.

Se ha establecido en nuestro país que muchas jóvenes no tienen conocimiento de cómo protegerse para evitar el embarazo, lo cual deriva de que no existen en México adecuados planes de prevención. De hecho, se calcula que un millón de adolescentes se encuentran en alto riesgo de convertirse en madres prematuras, según cifras del Instituto Alan Guttmacher, publicadas en abril de 1999.

Los casos analizados por García (1991), quien investigó el aumento en la tasa de embarazos en adolescentes solteras, muestran que muchas de ellas viven generalmente en zonas urbanas con alto índice industrial y que se desarrollan en un inadecuado entorno familiar.

Tal relación deficiente con padres y hermanos se considera como una de las principales consecuencias de liberación sexual que tuvo lugar durante los años 60 y 70, que llevo a cientos de mujeres en edades entre 15 y 19 años a tener relaciones sexuales sin la protección y la información adecuadas, aumentando de manera notable el número de jóvenes encinta sin desearlo.

Ante este fenómeno, la Dirección de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud dispuso en la década de los 80 que se elaborara un sondeo, el cual se conoce como ENFES (*Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud*, 1987), con la finalidad de obtener información sobre la situación prevaleciente en los hogares de mujeres entre 19 y 49 años, y sobre el conocimiento de los anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México.

El documento mostró que de los 726 hogares a los cuales se hizo la visita, en 476 había adolescentes y jóvenes con un promedio de edad de 17 años, 51.7% eran del sexo masculino y el 48.3% del femenino. El estado civil fue, el 14.6% se encontraban en unión, el 1.0% había estado en unión alguna vez, pero no lo estaba al momento de la encuesta. En cuanto a la vida sexual, se encontró que 32.7% de los adolescentes el (22.9% de las mujeres y 41.9% de los varones) habían tenido relaciones por lo menos una vez.

Por otra parte, la *Encuesta Sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes en el Área Metropolitana* de la ciudad de México (ECRAMM) no sólo tomó al grupo de adolescentes que se tenía identificado dentro del aumento en la tasa de embarazos (10 a 19 años), sino que también consideró a mujeres jóvenes (20 a 24 años). El sondeo mostró que 32.7% había iniciado relaciones sexuales a una edad promedio de 17 años. De este conjunto, sólo 35.8% utilizó algún método anticonceptivo (tabla 2) en su primera relación, mientras que la mayoría restante, 64.2% no lo hizo.

*Los principales métodos utilizados por estas adolescentes fueron:

Ritmo: 36.9%.

Interrupción del coito: 23.6%.

DIU y/o métodos hormonales: 18.8%.

Óvulos: 10.4%.

Condón: 2.8%.

Otros: 0.9%.

*Fuente: Informe de la Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo en Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México. México: 1988.

Tabla 2: Se muestra el porcentaje de métodos anticonceptivos utilizados.

Durante la investigación se estableció que 70.5% de las adolescentes sí utilizaron el preservativo en su segunda relación sexual, lo cual significa un notable avance respecto de la primera experiencia.

Las adolescentes que no emplearon ninguna medida preventiva ofrecieron como explicación que no creyeron embarazarse (27.1%), que no planearon tener relaciones sexuales y no se encontraban preparadas para tal evento (25.3%) y que la intención de tener relaciones sexuales era precisamente quedar embarazadas (24%).

En cuanto a los compañeros sexuales de estas muchachas, 31.8% afirmó que no creía embarazar a su pareja, por lo cual omitieron el uso de anticonceptivos; mientras que 35% estaba de acuerdo con la adolescente para que quedara encinta, siendo esta la razón de no uso de algún método anticonceptivo en su última relación sexual.

Del grupo comprendido entre 15 y 19 años de edad, la cifra de adolescentes que nunca los habían empleado sumó 79.6%; un porcentaje de 9.7% fueron usuarios de algún método. Entre los encuestados que tenían entre 20 y 25 años, 41.6% dijo utilizar algún método, 33.6% ninguno y 22.8% fueron usuarios en algún momento.

En este contexto, es relevante hacer notar que es la mujer, en cualquiera de las edades, quien generalmente propone el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, lo cual se estableció en 63.4% de los casos. En contrapartida, los varones tienden a evitar el empleo de tales métodos e incluso se mostró que 54.1% de ellos influyeron sobre su pareja para que no los use, convirtiéndose así en un factor determinante en la incidencia de embarazos no deseados.

En lo que se refiere a los usuarios de anticonceptivos, por sexo y método tenemos que la mujeres utilizan más los anticonceptivos orales (pastillas), dando un 25.5%, el DIU con un 39.0% y el ritmo con un 17.6%. El 19.5% de las parejas sexuales de los varones recomiendan la utilización el DIU; el 18.2% la oclusión tubaria bilateral (OTB) y el 14.8% utiliza los inyectables.

Otro dato obtenido de la encuesta fue que, del total de los adolescentes que la respondieron, sólo 85.8% declaró que los métodos anticonceptivos tienen la finalidad de evitar el embarazo; 5.7% declaró no conocer para qué se empleaban. Fue mayor el número de mujeres que conocían cómo evitar el embarazo que el de hombres. Éstos mostraron tener noticia sobre todo de

los anticonceptivos orales, el condón y los métodos de barrer; aquéllas declararon saber más sobre las pastillas, los inyectables y el DIU. Llama la atención que la interrupción del coito fue uno de los métodos que menos mencionaron las mujeres.

Tabla 3

Razón de no uso	Hombres	Mujeres
No conocía métodos, no sabía cómo usarlos o dónde obtenerlos	43.8%	32.3%
No planeó tener relaciones sexuales	28.1%	30.3%
No creyó embarazar(se)	15.5	*
Deseo de embarazo	*	21.0%
Otras razones	11.9%	16.4%
No respondió	0.7%	*
Total	100%	100%

*Fuente: Informe de la Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo en Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México. México 1988.

Tabla 3: comparación porcentajes en hombres y mujeres, de las razones de por que no usaron método anticonceptivo

En la última década se ha puesto especial atención al tema de la planificación familiar en México, pero muy pocos esfuerzos se han dirigido en forma especial a las jovencitas. El costo de los servicios de salud que ofrece el Estado encarece y limita los programas de atención a las adolescentes.

El problema es mayor si a lo anterior agregamos que se ha observado un incremento importante de la actividad sexual a edades más tempranas en la población adolescente.

La fecundidad precoz es causa de problemas económicos, sociales y demográficos. El embarazo en la adolescencia dificultará a la madre una serie de posibilidades educativas,

personales y de empleo que limitarán su vida futura y su desarrollo. Sus nuevas responsabilidades se hallan en contradicción con las actividades que desarrollaba antes de estar embarazada.

De forma relevante, Baltasar (1992) observa que la edad en la que las personas inician su actividad sexual tendrá implicaciones graves sobre el riesgo de embarazo premarital. Quienes establecen relaciones más jóvenes tienden con mayor frecuencia a no usar ningún método anticonceptivo, lo cual incrementa la frecuencia de embarazos no deseados. Naturalmente, esto tiene como resultado un incremento en las necesidades de servicios especializados como planificación familiar, atención obstétrica y, en algunos países, servicios de aborto.

Por su parte Ehrenfeld (1991), en la recopilación de información necesaria para la identificación de los adolescentes que presentan mayor índice de embarazos no deseados, encontró que los muchachos de 15 a 19 años de edad –que representan una cuarta parte de la población nacional– registran alrededor de 430,000 embarazos anuales. Estas adolescentes que en cantidad considerable acuden a los hospitales públicos para dar a luz o simplemente para solicitar la atención debido a un aborto, sin haber tenido idea sobre que fue lo que sucedió.

“Una de las instituciones que en 1986 registró un nivel mayor de consulta durante el embarazo fue el hospital general Doctor Manuel Gea González, dando pie al inicio de programas encargados de la educación y servicio a adolescentes embarazadas, con el objeto de que las jóvenes adquieran conocimientos sobre su sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva.” (Ehrenfeld 1991)

Considerando la importancia internacional del problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS), unificó algunos criterios para su estudio. Estableció que la adolescencia transcurre entre 10 y 19 años de edad y la dividió en “temprana”, que va de 10 a 14 años, y “tardía”, que se ubica entre 15 y 19 años.

Considerando que un tercio de la población mundial tiene entre 10 y 24 años, y que cuatro de cada cinco individuos viven en países subdesarrollados, resulta imprescindible difundir el empleo de anticonceptivos entre este grupo. A este propósito se deben tener en cuenta, respecto a los métodos, sus características en cuanto a efectividad, precio, disponibilidad, aceptabilidad y

reversibilidad. En cuanto a los usuarios, es preciso tomar en cuenta su edad, desarrollo biológico, salud, madurez y responsabilidad. Es necesario hacer entender a los adolescentes el uso correcto de cada una de las opciones para evitar el embarazo, con la finalidad de eliminar la ignorancia y el miedo, mostrándoles que el mejor método anticonceptivo es la abstinencia (Monterrosa 1996).

Las condiciones no son más favorables en el resto de Latinoamérica, ya que es una problemática relacionada con la salud reproductiva a escala mundial. Uno de los problemas más difíciles de superar ha sido la dificultad para contabilizar los embarazos en adolescentes, ya que muchos terminan en abortos realizados usualmente de modo clandestino, mientras que 15 millones de adolescentes dan a luz cada día, lo cual corresponde a una quinta parte de los nacimientos a nivel global. La mayor parte de tales nacimientos suceden en zonas en vías de desarrollo, tales como América Latina y el Caribe, donde a pesar de que las estadísticas de natalidad entre el conjunto de mujeres de todas las edades ha descendido, la cifra de partos ha aumentado drásticamente entre las adolescentes, elevándose a 1.5 millones de nacimientos registrados cada año.

Diversas encuestas –levantadas principalmente a finales de los 80 e inicios de los 90– señalan que en la mayor parte de los países desarrollados también han descendido las tasas de fertilidad excepto para el grupo que comprende a las mujeres de 15 a 19 años.

Aunque esta tasa de fecundidad disminuyó para el año de 1997, en 1992 constituía un porcentaje elevado: 5.14% de los embarazos correspondía a adolescentes.

1.1.1. Educación sexual

Una formación básica en este terreno podría evitar los embarazos no deseados, pero diversos elementos han limitado, tergiversado e incluso prohibido la enseñanza de temas asociados con la sexualidad. Entre ellos están los padres, quienes han impedido la labor de profesores e instituciones cuya función ha sido divulgar esta materia; tal obstaculización fue sobre todo manifiesta hasta los años 70, en los hubo una *revolución* en la forma social de considerar el tema.

Tal fenómeno propició el interés por parte de individuos y asociaciones por promover y difundir la educación sexual. El proceso, sin embargo, ha sido muy lento. Si bien es cierto que en nuestros días la impartición de conocimientos en esta área ha sido demandada por la sociedad, está en entredicho su alcance, eficiencia y aun la preparación de los profesionales que participan en el sector. Para que tenga lugar una educación suficiente, desprejuiciada y verdaderamente eficaz es necesario un extenso debate entre los diversos actores implicados en la educación y la sanidad a escala nacional.

Winn (1996) considera que el conocimiento sobre la sexualidad ha sido olvidado en las investigaciones, dando pobres resultados la correlación existente entre los conocimientos sobre el tema y la conducta práctica de los agentes sociales. Que la gente joven conozca sobre la pubertad y el desarrollo sexual es de vital importancia para su crecimiento saludable. Tal sería uno de los principales objetivos de un plan de educación sexual para todo el país, pero exige como condición de posibilidad que exista personal convenientemente preparado en este campo y la intervención de los medios de comunicación.

Aunque no es claro para todos los educadores, en especial los padres, que la educación sexual deba ser recibida en la adolescencia (y aún antes), el conocimiento durante esta etapa es crucial, puesto que el saber qué es lo que pasa en su cuerpo, facilita a las personas ajustarse a los cambios. No obstante, el estudio de Clarke (1997) basado en 80 adolescentes de 16 y menores asentó que 60% de ellas ignoraba que al tener relaciones podían quedar embarazadas, así como el hecho de que había métodos para protegerse de tal resultado.

Por desgracia, los recursos humanos y materiales para poder cubrir esta laguna educativa son muy pobres. Quienes están a cargo de la instrucción sexual son los mismos profesores que imparten los conocimientos primarios o secundarios u orientadores que también carecen de especialización. Con frecuencia, las de ser pláticas impartidas no cuentan con mayor información y sí con muchas lagunas que generan dudas en los alumnos. Además, muchas escuelas públicas no cuentan con los de medios mínimos para ofrecer este tipo de cursos; de ahí que las particulares presenten algunas ventajas, pues en muchas de ellas hay psicólogos y pedagogos capacitados en el tema. Sin duda, pues, las instituciones escolares pertenecientes al Estado ofrecen una

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

enseñanza sexual más limitada a los niños y les dan a menudo información fragmentada y datos imprecisos (Carrizo: 1992).

Monterrosa (1996) considera que el embarazo en las adolescentes es evitable si cuentan con los elementos necesarios y una educación sexual adecuada, que no contenga matices sexistas, ni discriminatorios.

El enseñarle a los jóvenes a tomar una decisión, a saber decir "no" en situaciones en las cuales los resultados pueden ser negativos a su persona e integridad, sería de gran ayuda para prevenir la gravidez temprana.

Mostrar a los muchachos qué son y cómo se utilizan los métodos anticonceptivos existentes en el mercado; que aprendan a valorar las diferentes opciones; que sepan escoger cuál es la más segura sin decidirlo a partir de cuál de los dos sexos debe emplearla motivaría su empleo en el momento en que tengan relaciones sexuales. Así mismo, se debe hacer ver que la abstinencia es uno de los mejores métodos anticonceptivos, sin que esto sea un elemento de disolución o ruptura de la pareja.

Es preciso enfatizar que la paternidad responsable, la responsabilidad sexual en general, la definición y aplicación de valores deben ser inculcadas a través de un riguroso programa de educación sexual, en el cual se les dé su lugar como un elemento de vida y para la vida, parte integrante y fundamental de la formación del individuo.

De acuerdo con Álvarez (1999), este tipo de programa busca finalmente ayudar a un desarrollo equilibrado del individuo biopsicosocial, para poder establecer vínculos de amor y de afecto. Sin embargo, la lucha acerca de las políticas educativas que deben regir esta urgente labor se prolonga habitualmente entre adultos, desde los ultra conservadores hasta los ultra liberales, entre dos corrientes que suelen discrepar cada vez más.

La relación existente entre una mala educación sexual y los embarazos no ha sido documentada adecuadamente. Se sabe que en el vecino país del norte el incremento de las adolescentes encinta, se debe en gran medida a la instauración de una educación sexual temprana,

sin embargo la educación sexual es elemento en el cual se intenta prevenir los embarazos no deseados, pero se tendría que indagar más sobre las consecuencias de por que en E.U. se siguen dando los embarazos en adolescentes. Mientras que países como México o los que componen Sudamérica, sin la adecuada instrucción, existe también un creciente número de embarazos en adolescentes, con lo cual se crea la polémica sobre en qué momento se debe dar este tipo de información a los jóvenes.

Las publicaciones que circulan sobre este tema (libros, revistas, folletos, etc.) en México se pusieron en debate, por este motivo se publicó en *La Jornada* del 9 de julio de 1996 que la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF) no permitiría que la Secretaría de Educación Pública distribuyera libros de texto sobre educación sexual, si se les excluía de su elaboración. Es un "tema central y fundamental en el que no aceptaremos que el Estado eduque, decida y realice los materiales sólo con sus investigadores", aseguró en aquella ocasión Francisco González Garza, presidente de esa agrupación.

Igualmente sostuvo que "mientras los padres de familia no participemos en la educación sexual que se les va a dar a nuestros hijos, no podemos simplemente esperar y aceptar que las instituciones públicas diseñen textos ajenos a las familias".

En una conferencia de prensa, en la que además propuso revisar el concepto de enseñanza pública, el representante insistió en que "los padres de familia deben tener diversas opciones para orientar a sus hijos en el tema, incluso con la oportunidad de equivocarse".

"Creemos que debe haber educación sexual y que ésta tiene que ser en un marco integral de respeto a la persona y ligado a ciertos principios que para los padres de familia son importantes, [como] la responsabilidad, la liga de la sexualidad con la familia y todo ese tipo de valores. Aislada esa enseñanza, no nos serviría para nada; reprobamos cualquier tipo de educación ajena al conocimiento de los padres, porque es su derecho fundamental participar en este tema."

La educación sexual es la llave para mantener informados a los adolescentes sobre las consecuencias de los embarazos a temprana edad, los cuales pueden obstruir y coartar sus objetivos, además de enfrentarlos a nuevas problemáticas, como el cuidado del bebé y su protección. Por todo ello, es imprescindible que se imparta de manera sistemática este tema, no sólo en tanto que parte de algunas materias como biología y ciencias naturales, sino de una forma particularmente clara y extensa en cuanto a información.

Aun cuando ha progresado la educación sexual en México, lo que falta por hacer es incalculable. En una entrevista realizada por Alejandro Martínez, del periódico *El Nacional*, a Óscar Chávez –miembro de la Federación Mexicana de Educación Sexual (FMES)– éste recalco la necesidad de crear un programa nacional sobre el particular que contribuya a disminuir el número de abortos, embarazos a temprana edad y enfermedades de transmisión sexual.

Según esta institución es necesario proporcionar a los jóvenes este tipo de información de forma objetiva y clara, pues de lo contrario se incurre en actitudes criminales que incrementan los problemas. El representante de la FMES explicó “que si bien en los últimos 25 años se han logrado significativos avances sobre educación sexual, aún falta camino por recorrer pues los problemas relacionados con la sexualidad son elevados actualmente.”

Durante la presentación de la declaración de principios de especialistas en sexualidad y sexología, los conferencistas dijeron que es necesario que las nuevas generaciones tomen conciencia de la importancia y riesgos de la vida reproductiva y erótica, entre ellos el alto número de abortos y embarazos no deseados que tienen profundas consecuencias en madres e hijos.

Respecto al programa que propusieron conviene hacer notar que esperan que actúe en coordinación directa con las secretarías de Educación y Salud, instancias de las que depende ofrecer las herramientas informativas para que los ciudadanos puedan ejercer una adecuada y responsable sexualidad.

Por otra parte, Esther Corona comentó que ya es tiempo de asumir ésta sin temor, pues de lo contrario los problemas y prácticas de riesgo se seguirán multiplicando hasta volverse problemas sin solución.

El organismo, que agrupa a más de 51 organizaciones que trabajan en favor de la salud sexual, sostuvo que hace falta mayor decisión y claridad para abordar el tema y señaló que se han tenido notables avances, pero que es necesario enseñar más y combatir a los grupos conservadores que se empeñan en mantener a los jóvenes aislados de temas como estos.

Los padrones del siglo XXI ya empezaron a desarrollarse y en ellos será necesario buscar un enfoque real para que deje de menospreciarse la educación sexual; sería prudente, al no poder poner de acuerdo a los adultos, escuchar a los protagonistas de estos dilemas: los adolescentes y jóvenes.

En 1998 se realizó una investigación en 16 escuelas secundarias del DF, que estuvo encabezada por el Departamento de Investigación de la Unidad de Higiene Escolar, de la Subsecretaría de Educación Media, en la cual los alumnos opinaron en general que la educación sexual es desconocida tanto por sus padres como por sus maestros. Monroy (en Cervantes, 1999), en un estudio amplio, realizado también en la ciudad de México entre más de 3,000 jóvenes, encontró falta de conocimiento en los profesores y progenitores de éstos, así como información matizada por la doble moral y el miedo de sus padres a que una vez que sepan sobre el tema inicien relaciones sexuales inmediatamente.

Una investigación llevada a cabo en niños de sexto de primaria y primero de secundaria, después de haber pasado por un taller de educación sexual, les planteó entre otras las siguientes preguntas: ¿Por qué creen que los papás tienen miedo de hablar sobre educación sexual? Sus respuestas fueron elocuentes:

- Tienen miedo a que los tomen a mal.
- Tienen pena.

- Les da miedo no explicarlo bien.
- Porque a ellos les explicaron diferente.

¿Porque les da vergüenza?

- Tienen miedo a dar mala información.
- Tienen miedo a explicarlo mal.
- Tienen miedo a que los tomen en broma.

En ningún caso se mencionó un temor vinculado con la religión, o se dijo que el tema era *malo*; fue significativamente claro que los niños perciben que el miedo de sus padres es producto de la *desinformación*.

La siguiente interrogante fue: ¿qué aconsejarías a tus padres para que puedan hablar acerca de la educación sexual contigo y tus hermanos? Contestaron:

- Que se informen más sobre el tema.
- Que hablen de manera menos formal.
- Que hablen en "buena onda".
- Que cuando expliquen utilicen material y lo hagan con claridad.
- Que tengan seguridad para explicar.
- Que lo tomen en serio.
- Que expliquen con sinceridad.
- Que no tengan miedo.
- Que se acerquen más a sus hijos.
- Que sean comprensivos.
- Que sean abiertos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La desinformación es una de las principales causas por las cuales la educación sexual es muy limitada. Esto lleva a muchos adolescentes a experimentar su sexualidad sin protección ni conocimiento.

1.1.2. Desinformación

Como ya se ha mencionado, la desinformación contribuye al embarazo en adolescentes, cortando sus posibilidades de crecimiento y desarrollo personal. ¿Pero qué es lo que genera la desinformación?

La mayor parte de las respuestas a esta pregunta están mediadas por las creencias relativas a por qué no se imparte educación sexual. Peralta (1999) menciona que en cierta ocasión se les hizo llegar a los padres de familia de una escuela primaria un aviso acerca de que a partir de ese año se impartiría a los alumnos de quinto grado tal materia. Las reclamaciones fueron muchas, desde la exclamación de asombro ante "tal desfachatez", hasta cómo era posible que a los niños "que todavía no piensan en eso" se pretendiera hablarles de algo que a su debido tiempo ya aprenderían.

También hubo padres que sospecharon que la iniciativa era más producto de las mentes sin oficio de algunos maestros y médicos. De otro modo no entendían cómo ellos nunca recibieron educación sexual y sin embargo eran "buenos padres". Y en efecto, puesto que muchas de estas personas descubrieron su sexualidad de manera natural, pensaban que era superflua la instrucción.

Esta misma posición obtusa frente a la enseñanza de temas sexuales se da en la mayor parte del país, como lo muestra el testimonio de Vargas (1996), a quien valió el simple proyecto de un texto gratuito que tocara el tema (y que en el mejor de los casos estaría en las aulas del país en 1998, para haber sido en Aguascalientes candidato a la hoguera.

En aquella entidad, la mala lectura de información oficial sobre el sida ha generado una polémica que sigue dirimiéndose en los periódicos. En ella están involucradas la Iglesia y las

asociaciones católicas en franca oposición al texto inexistente. Las autoridades locales, con una actitud ciertamente tibia, se han abstenido de actuar.

Al presentarse el informe anual de Conasida, el secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente, reseñó el contenido del documento y expuso las tareas que diversas dependencias asumirían para la prevención y el control de esta terrible enfermedad.

“Resalta la participación de la Secretaría de Educación Pública, que incluirá en los libros de texto de sexto año información sobre esta pandemia así como sobre enfermedades de transmisión sexual y adicciones.” Hasta ahí llegó la información que se dio a conocer sobre libros de texto en el boletín.

Pero en Aguascalientes las reacciones no se hicieron esperar y ese libro ya está sentenciado. Así, el 16 de junio 1996 en *El Herald* de aquella entidad, el obispo Rafael Muñoz Núñez censuró cualquier intento de orientación sexual en las aulas, a la educación pública y a los propios maestros, pues éstos, dijo, “no tienen los criterios morales, humanos y básicos para educar sexualmente, por lo que se caerá en un desgarrate que va a llevar a la corrupción”.

Añadió que “se ha desarrollado una campaña de educación sexual supuestamente para prevenir el sida, pero con base en anticonceptivos, en condones y esto no sólo nos va a conducir a un fracaso, sino a promover que haya un incremento de hijos fuera del matrimonio”.

Muñoz Núñez encontró organizaciones como la Unión Nacional de Padres de Familia de Aguascalientes, el Centro Empresarial, Provida, Caballeros de Colón, la Cámara de Comercio, Cursillos de Cristiandad, la Federación de Escuelas Particulares, el grupo Testimonio y Esperanza y diversos clubes de servicio, que apoyaron su rechazo total a dicha publicación.

Bajo gobierno panista en la capital de Aguascalientes, esos grupos anunciaron, días después, un boicot a los libros de texto ante su “preocupación por el tipo de educación sexual que pretende imponer la SEP a los niños y adolescentes en el próximo ciclo escolar”.

Mientras tanto, Miguel Ángel Díaz –de la Unión Nacional de Padres de Familia– sin presentar algún texto para sustentar su argumento, declaró que el enfoque de la institución pública sobre la educación sexual y el sida “atenta contra la moral y la salud pública, fomenta el libertinaje sexual y agrede a la célula familiar al ofrecer información carente de toda ética y de respeto a la dignidad humana”.

Otras voces intervinieron para opinar, como Carlos Perales López –de la Federación de Escuelas Particulares– que “la educación sexual debe estar fundamentada en el amor”; o como el secretario de Educación de la Coparmex, Marco Vinicio Alfaro, quien sostuvo, según *El Hidrocálido*, que la SEP “reconoce ya la existencia de tres sexos diferentes y no solamente del hombre y la mujer, y destacó en su declaración que temas como el homosexualismo y el de las lesbianas son tocados y con cierta normalidad”.

Con la intención de aclarar las cosas, la profesora Esperanza Andrade Ríos, directora de Educación Básica del Instituto de Educación de Aguascalientes (IEA), precisó que los libros de texto que tocan el tema de la educación sexual “aún no se conocen y lo que ahora se diga sobre ellos son sólo especulaciones”; pidió a los padres de familia no alarmarse, pero advirtió que “si el nuevo libro atentara contra los valores morales de las familias mexicanas, el IEA sería el primero en rechazarlo”.

Algunas personas llamaron la atención de la comunidad sobre la necesidad de no tener prejuicios contra un texto que no existe y destacaron que la educación sexual es importante, “porque no es viable ni sano encontrarnos con cifras tan alarmantes como el número de embarazos en madres solteras y de un crecimiento en el número de personas con sida”.

Lo paradójico en toda esta confusión es que quienes impugnaron un libro inexistente, fundamentaron sus críticas en la mera intención del gobierno de Aguascalientes de ayudar a los padres de familia a responder las preguntas de sus hijos sobre sexo.

Por otra parte, diversos funcionarios de la SEP vinculados con la elaboración de textos gratuitos, explicaron que en el ciclo escolar se introdujo un nuevo libro de Ciencias Naturales en tercero de primaria; los de cuarto y quinto en el año 1997-1998 y el de sexto, donde se incluyó temas de orientación sexual y presumiblemente sobre el sida, para las aulas en el año escolar que inició en 1998.

Este caso, y otros similares, permiten afirmar que la desinformación que priva entre los adolescentes es, al menos en parte, consecuencia de la actitud de sus padres o tutores y de diversos grupos sociales y asociaciones que prohíben la impartición de la materia. A pesar de esta tendencia, los modelos actuales de educación permiten que los niños y jóvenes conozcan más sobre este tema de tanta importancia y tomen sus decisiones.

1.1.3. Medios de comunicación

La televisión, la radio, los periódicos y las revistas enfocadas a jóvenes y para jóvenes, entre otros, son los medios por los cuales los adolescentes se van enterando de todo lo que conlleva un embarazo a una edad temprana, pero esto de manera MUY limitada.

En particular las telenovelas y otros programas donde se representan las inquietudes y problemas de los adolescentes han tenido un fuerte impacto sobre sus concepciones e información. No obstante, esto ha llevado con frecuencia a fomentar un estilo de vida muy acelerado y en cierta forma muy irresponsable.

La identificación con los personajes adolescentes que aparecen en tales transmisiones lleva a imitar su conducta y propicia la conciencia sobre problemas tales como alcoholismo, drogadicción e incluso embarazos no deseados. Aquí cabe mencionar la telenovela *Amigas y rivales* que, entre otras, muestra algunos casos de jóvenes que llevan una vida desenfrenada, sus inquietudes y conflictos, así como también las consecuencias negativas en su vida por no haber tenido límites claros ni una orientación adecuada.

A pesar de la dificultad para medir sus alcances y el empleo de estereotipos que pueden no ser próximos a la realidad, es lícito aseverar que este tipo de programas cumplen un papel

educativo, al menos en cuanto pueden servir como advertencia a los jóvenes sobre situaciones de riesgo en torno a las relaciones familiares, la sexualidad y las adicciones, entre otras cuestiones.

El gobierno y el sector salud son encargados de la promoción de una sexualidad más saludable y responsable. Entre los recursos que tienen para lograr sus objetivos está fomentar el uso del condón, con lo que esperan reducir la cantidad de infectados por el sida –enfermedad que cobra la vida de miles de personas alrededor del mundo– y la alta tasa de natalidad.

Castells (1994), considera que hoy en día las personas están expuestas, desde muy temprana edad, a todo tipo de referencias sexuales. La televisión, la radio, el cine, las líneas telefónicas, la publicidad en todas sus variantes, la música y el Internet y las revistas impresas hacen innumerables alusiones a un solo aspecto de la sexualidad, que es el placer.

Tal bombardeo de datos parciales complica la situación de los jóvenes de una manera aberrante, pues la sociedad tolera información incompleta, fragmentada y muchas veces oscura, cuando no simplemente falsa, al tiempo en que se niega a hablar abierta y claramente del tema. Con una imagen mediatizada y unilateral, el sexo difundido por los *mass media* tiende a hacer de los adolescentes *hemipléjicos sexuales*, pues sólo desarrolla de manera limitada e incierta uno de sus aspectos.

La familia, y en específico los padres, debería ser la encargada de aconsejar de una manera franca y veraz a los jóvenes en este tema. Naturalmente, su labor tiene que ser complementada con el trabajo de maestros, educadores y orientadores, con el fin de ofrecer un panorama completo y realista de las consecuencias que puede traer a los adolescentes una vida sexual irresponsable, entre ellas embarazos tempranos e indeseados, enfermedades de transmisión sexual, abortos, etcétera.

1.2. Causas de los embarazos en los adolescentes

Aunque son muy diferentes las circunstancias y los elementos que contribuyen a que una adolescente quede encinta, podemos decir que en la mayoría de los casos la consecuencia es un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hijo no deseado, que probablemente crecerá con problemas y limitaciones de diversa índole por su condición de no querido.

Pobreza, marginación, aislamiento y problemas físicos, entre otros detonantes, se conjugan con condiciones sociales y culturales —como el rol tradicional de la mujer, los cambios en los valores y las pautas respecto al ejercicio de la sexualidad entre los jóvenes— para dar por resultado un embarazo no deseado.

Por otra parte, la falta de preparación psicológica y social de las madres adolescentes es móvil frecuente de que sus hijos sean abandonados, maltratados o víctimas de abuso, y de que en consecuencia presenten un alto riesgo de tener un bajo rendimiento escolar y tasas más elevadas de problemas físicos y psicológicos.

La lista de razones que explican el la gravidez temprana es muy vasta. Entre ellas están desintegración familiar, escasa información sobre salud sexual y reproductiva, bajo nivel educativo tanto en las jóvenes y como en sus familias, reproducción de patrones culturales, condiciones de pobreza y marginación, falta de acceso a los servicios de salud, abuso sexual, uso de alcohol y drogas, influencia de los medios de comunicación y falta de expectativas para el futuro.

Un embarazo no deseado provoca problemas que afectan la vida de la madre y de quienes la rodean. A veces es motivo de una desintegración parcial del núcleo familiar o de la separación definitiva de la muchacha de su parentela, la cual la lleva en ocasiones a unirse con una pareja joven e inexperta.

Ahora bien, en la medida en la que este fenómeno es producto de una gran cantidad de factores de riesgo, es imprescindible que éstos sean reconocidos con el fin de poder desarrollar medidas de protección para la adolescente, que eviten su embarazo a temprana edad y que recurra a drogas, como medio para liberarse de la tensión o la depresión.

Según diversas instituciones del sector salud (Centros de Integración Juvenil, Salubridad, etcétera), los elementos capaces de ayudar a los jóvenes a defenderse de un medio hostil son , entre otros, la autoestima, la asertividad, el apego escolar, las habilidades sociales y la capacidad para afrontar el estrés, con los cuales se encontrarán mejor equipados para no recurrir a las drogas y ni establecer vínculos con malas influencias.

Desgraciadamente, un cierto número de variables de primera importancia permanecen más allá del control de las adolescentes y dependen por completo de su medio, tales como la desintegración familiar, las carencias económicas y el abuso sexual.

1.2.1. Desintegración familiar

A partir de lo dicho, conviene observar a la familia de la madre prematura, pues la hemos identificado como un factor que puede haber incidido en el hecho de que haya quedado encinta. Dentro del contexto promedio en México, al momento en que la joven queda preñada fuera del matrimonio, la familia busca que su pareja se haga responsable. Espera que los muchachos se unan con el fin de que el hijo cuente con ambas figuras paternas, pero tal solución puede traer consecuencias que no los benefician ni a ellos ni al niño, dado que mantendrán un matrimonio forzado que en la mayoría de los casos terminara en una rápida separación.

Otro caso frecuente, cuando la muchacha pertenece a una familia de valores tradicionales impartidos por la madre o por ambos progenitores, consiste en el desencadenamiento de un conflicto familiar entre éstos, que se culpan mutuamente del suceso e invocan la falta de atención del cónyuge sobre la hija (severidad, permisividad, presión, ejemplo, etcétera) como la responsable de su embarazo, terminando el enfrentamiento en numerosos casos con el divorcio de los padres.

Una tercera forma de desintegración tiene lugar ante la muerte de alguno de los padres. Fragoso (1998) la llama "desintegración ilegítima", dado que no puede ser prevenida y depende más de causas naturales que del núcleo parental. Aunque la sociedad suele tratar bien a las familias afectadas por la pérdida y brindarles ayuda (pensión, seguro de vida, etcétera), la ausencia misma significa ya elemento de desequilibrio para la adolescente que, si no se sabe afrontar, puede ser una causante de diversos problemas de conducta y, eventualmente, de actitudes que desemboquen en un embarazo no deseado.

1.2.2. Carencias económicas

Entre otras cosas, las limitaciones económicas orillan a las adolescentes a buscar una forma de adquirir dinero. Sin embargo, entrar tempranamente al medio laboral implica correr diversos riesgos para los que muy probablemente una muchacha no está preparada en esa edad. Entre ellos

destacan el abuso y/o el acoso sexual, pues a menudo sucede que aprovechando la inmadurez de la chica para afrontar o defenderse de las insinuaciones, sus superiores o compañeros la presionen, e incluso obliguen, a tener relaciones. La absoluta falta de respeto por el otro de parte de los varones y la muy probable falta de información de la asediada, colaboran a que en una gran cantidad de casos no exista protección adecuada y ésta se convierta en la próxima madre soltera.

El Conapo, en su boletín correspondiente a 2002, muestra que existen notables diferencias que se aprecian entre distintas entidades con relación a la instrucción secundaria entre niños y niñas de 12 a 14 años de edad. Así por ejemplo, mientras que el Distrito Federal registra una cobertura de 83%, en Oaxaca es de 46%. En cambio, las disparidades entre los estados se reducen a sólo ocho puntos porcentuales (de 98% en el Distrito Federal, Quintana Roo y Zacatecas a 90% en Chiapas) en lo referente a la instrucción primaria.

Las divergencias mencionadas se revelan como uno de los retos cruciales para el desarrollo integral de los niños y niñas, y con ello para el futuro de México. Así, mientras que en la capital familias cuentan con condiciones que hacen posible que 91% de los hijos entre 12 y 14 años de edad se dediquen sólo al estudio, sin tener que distraer su atención en el trabajo, el porcentaje cae drásticamente en otros estados del país: en Puebla únicamente 55% de los menores se concentran exclusivamente en la escuela, 64% en Chiapas, 63 % Guerrero y 60% en Oaxaca.

Las difíciles condiciones económicas y sociales que enfrenta la mayoría de los hogares mexicanos vulnera o amenaza la seguridad y protección social de los menores. En Baja California 82% de los hogares con niños y niñas menores de 15 años tienen ingresos que los alejan 25% o más del valor de la línea de pobreza extrema; en Oaxaca la cifra es de 24% y en Chiapas 23%. (Conapo: 2002).

La misma fuente revela que Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz tienen un alto grado de marginación y simultáneamente son entidades en las cuales los embarazos en adolescentes suelen ser elevados. El estudio clasifica a ocho estados con un nivel de pobreza "alto"; a siete los califica de "medio" y a los restantes como "bajo" y "muy baja". El Distrito Federal, Aguascalientes, Nuevo León y Coahuila destacan por tener las condiciones más favorables. Sin embargo, cabe mencionar que la capital presenta elevados índices de embarazos en adolescentes.

1.2.3. Abuso sexual

El abuso sexual es un fenómeno social que ha recibido diversos tratamientos e involucrado tanto a organizaciones civiles y como a gobiernos. Este tipo de agresión no sólo afecta al físico de la víctima sino también su condición psicológica, causándole miedo y rechazo al medio (Mejía: 1998).

La violación es una forma utilizada por los hombres como medio de afirmar su superioridad sobre la mujer. El empleo de la fuerza física resta a la víctima la posibilidad de defenderse. En los casos en que el acto es perpetrado por la propia pareja, se reducen casi al mínimo las probabilidades de entablar acción legal en contra del delincuente, pues existe la falsa idea cultural de que el cuerpo de la cónyuge le pertenece a éste por la existencia de un contrato matrimonial.

El abuso sexual es un complejo problema psicosocial, que debe estudiarse por distintas disciplinas como el derecho, la sociología, la medicina y la psicología, entre otras, con el fin de poder prevenirlo y ofrecer un tratamiento adecuado a las víctimas.

Hernández (en Mejía, 1998) publicó una extensa investigación realizada en México con 3,400 estudiantes de secundaria de ambos sexos. Encontró que 5.45% (94 mujeres y 92 hombres) reportaron abuso sexual infantil. Sin duda, la elevada tasa de este delito es causa frecuente de embarazos no deseados a muy temprana edad.

Otro dato destacable es que la mayoría de las mujeres que han sido violadas muestran un rechazo fóbico a los hombres, a quienes identifican con su agresor.

Desgraciadamente, la mayoría de los casos de abuso sexual que suceden en el país quedan en lo más escondido de las familias; a menudo el violador es un pariente directo de la afectada y, por miedo a la crítica social, lo familiares lo encubren. Son raros los casos que salen a la luz pública. Un interesante episodio particular sobre violación, en el que existió la influencia del personal médico del Hospital General de Ceylan para que la adolescente agredida se quedara con su bebé se trata en el anexo 1.

El registro de los crímenes sexuales llevado a cabo por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) indica que las tasas de violación (Tabla III) en la ciudad de México han disminuido gracias a la prevención del delito. Así por ejemplo, el número diario de estupros denunciados en el año 2000 fue 4.35 y en 2001 bajó a 3.32. Esto es significativo considerando que de toda la muestra, asentada en el siguiente cuadro, el año con mayor número de acusaciones de violación fue 2000 y el menor 2001

Tabla 4

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
promedio diario	3.35	3.56	3.53	3.88	3.97	3.36	3.71	4.12	3.32
variación %		6.27	-0.84	9.92	2.32	-15.37	10.42	10.99	-19.54

Fuente: Violación, 2001

Tabla 4: El porcentaje de violaciones desde 1993 a 2001, reportados en la Procuraduría General del Distrito Federal.

La publicación de Pérez (en Mejía, 1998) intenta hacer un recuento de los datos recabados por todas las agencias especializadas en delitos sexuales de la PGJDF y mostró que de abril de 1989 a mayo de 1995 hubo aproximadamente 20,600 víctimas de violación sexual.

Este es el delito sexual de mayor incidencia fue la violación con una frecuencia de 47.3%, y el 90.2% de las víctimas fueron mujeres que se encontraban en el rango de edad comprendido entre los 13 y 17 (28.7%) y de 18 a 24 años con 24.5%.

Esta investigación informó que 67.7% de víctimas de violación fueron forzadas por personas conocidas; 34.6% de los casos, fueron agredidas por familiares directos. Las violaciones fueron cometidas en 12.9% en los lugares de trabajo o tránsito público; 5.4% fueron consumadas en transporte colectivo; 6.2% en escuelas o guarderías; 2.1% por agentes o servidores públicos; y 0.8% en consultorios o sitios donde se brinda servicio medico.

Las personas afectadas fueron mayormente mujeres entre 18 y 29 años de edad; los agresores eran personas de sexo masculino, con una edad promedio de 30 años (Valladares, en Mejia, 1998).

Según la clasificación de *DSM-IV* (1997), las mujeres que han sido violadas presentan una serie de trastornos a consecuencia del estrés, pero éstos no son los únicos sedimentos de la experiencia.

Entre las secuelas más notables de una violación en adolescentes se encuentran los problemas físicos en 56% de los casos; dolor en los genitales 53%; trastorno intestinal en 40%; problemas genitourinarios 41%; embarazo en 12% y ganancia de peso generalizada (Valladares, en Mejia 1998).

Las estadísticas exponen claramente que la violación a niñas y adolescente es más frecuente de lo que se cree. La participación de familiares directos evita que todos los casos se denuncien. Muchos de ellos terminan en un embarazo no deseado. Cabe señalar que, en tal contexto, el estupro no es un episodio aislado, sino una condición familiar que se repite constantemente hasta que deriva en dejar encinta a la joven agredida.

Capítulo 2

El embarazo en adolescentes y sus consecuencias en la sociedad.

2.1. Consecuencias de los embarazos en adolescentes

Desde que una joven queda encinta comienza a tener cambios muy drásticos en su estado de ánimo y su físico. Presenta sentimientos de tristeza, rechaza su imagen corporal por aumentar día con día de peso y en general se deprime. Tal es el cuadro más común en las adolescentes embarazadas (ver anexo 2).

Como la expresión de los sentimientos en las adolescentes es muy variada, ciertas mujeres sienten felicidad por estar dando vida a un nuevo ser, lo cual las entusiasma y les hace tener ilusión por procrear a un nuevo miembro de la familia. Por otro lado, se sienten un tanto despreciadas por la actitud sociedad, que es de reprobación cuando no de franco rechazo.

Lindsay (1993), expone los testimonios de muchachas en esta situación y demuestra que en algunos embarazos no deseados buscan el aislamiento en lo que dura la gestación con el fin de no sentirse menospreciadas. Esto no sólo las afecta a ellas sino también al bebé (ver anexo 2).

En México se han registrado casos en edades de 12 a 13 años como consecuencia de una experimentación sexual prematura y desinformada. En las comunidades donde la desnutrición es frecuente la preñez puede tener lugar un poco más tarde, aunque con los mismos resultados de no deseo del producto. El bebé de una adolescente puede tener problemas como el bajo peso o alguna lesión, según consideraciones de médicos y especialistas. Pero posteriormente observaremos que el nacimiento de un bebé de una adolescente puede transcurrir sin riesgo.

Sin duda, una de las problemáticas más grandes que tiene la madre precoz es la baja calidad de educación y orientación que puede brindarle a su hijo. Ello es así debido al bajo desarrollo que tuvo durante la pubertad, en donde se consolida el sentimiento de responsabilidad.

El estudio de Soto (1982) sobre las adolescentes que son madres solteras –realizado en la capital, el Estado de México, Veracruz, Quintana Roo, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí y Oaxaca– sigue el método de casos por edad con grupos de 100 personas. Se obtuvieron los resultados siguientes:

De 15 años	0.4%
De 16 años	12.0%
De 17 años	16.0%
De 18 años	20.0%
De 19 años	12.0%
De 20 años	12.0%
De 21 años	0.4%
De 22 años	12.0%
De 23 años	0.4%
De 25 a 28 años con	0.4%

Este cuadro indica que las menores de 15 años, junto con las mujeres que cuentan con 21, 23, y 25 a 28 años, son las que menos frecuentemente presentan un embarazo no deseado; mientras que la proporción de las adolescentes solteras entre 16 y 18 años es mayor. Según cifras del Conapo (2001), la edad promedio actual de embarazos oscila entre 19.8 y 23.8 años.

Por otra parte, Fragoso (1998) también insiste en que la existencia de estados de gravidez en adolescentes se encuentra relacionada con su contexto familiar. El cambio en su personalidad, carácter y una posible desviación del individuo, son vistos por él como consecuencias de tal fenómeno.

Es por esta razón que la familia debe ser estudiada, como el contexto en el cual tiene lugar el aprendizaje y como elemento de notable influencia que incuestionablemente es el mejor medio por el que se puede proveer a los jóvenes de valiosa información; igualmente, es preciso estudiar las características por las cuales una adolescente llega a tener un hijo a muy temprana edad.

A decir de Bernstein (1974), la madre precoz que se queda con su hijo comienza a reconciliarse con sus responsabilidades, al mismo tiempo que intenta hacerlo con sus demandas de adolescente. Dado que esta es una tarea difícil, frecuentemente se ve precisada a desatender sus necesidades juveniles. El limbo social en el que se halla hace aún más arduo que pueda adaptarse simultáneamente a los horarios del niño y a su vida social como adolescente. Sus amigas pueden sentirse muy atraídas por la novedad de la llegada del bebé, pero esto será por un tiempo limitado, dado que sus diferentes intereses de vida progresivamente les impedirán hablar. Serán menos frecuentes las visitas y finalmente la madre se irá aislando.

En la mayoría de los casos tendrá dificultades para seguir estudiando (suponiendo que lo estuviese haciendo) lo cual limitara el contacto con personas de su edad. Si no encuentra quién le ayude a cuidar a su hijo o bien lo dejará sin protección o se resignará de mala gana a su encierro, dando lugar a efectos nocivos tales como el retraimiento rencoroso y las actitudes concomitantes hacia su hijo.

2.2. La sociedad y los embarazos en adolescentes

Si bien el embarazo en la etapa de la adolescencia en algunas comunidades puede ser pasado por insignificante o como un problema de poca relevancia, en México el embarazo de una adolescente es un problema ya de salud pública, aun cuando las estadísticas demuestren que el embarazo en adolescentes es bajo, este porcentaje a un así es considerado como un problema.

Esta problemática, se acrecienta con la repetición de embarazo. Irby (2000), señala que después de que una adolescente tiene a su primer hijo, corre un mayor riesgo de quedar encinta nuevamente sin desearlo.

Este fenómeno se ha investigado en las clínicas urbanas, llegándose a determinar que las madres primerizas de edades entre 13 y 17 años, volvían a quedar encinta entre el primer y el segundo año posteriores al primer parto.

El crecimiento de la población es un problema social que se ha acentuado según Stern (1997) en los últimos 15 años, debido a lo cual se le intenta remediar con la inversión de medios económicos y humanos.

Para aliviar el problema demográfico en México no basta con una mayor promoción de los métodos anticonceptivos, dado que los sectores sociales del país donde se presenta una mayor cantidad de madres precoces es en las poblaciones rural y marginal urbana. En ellas tienen lugar los embarazos a más temprana edad, el número más alto de uniones libres y de madres solteras, siendo estos los elementos inseparables de las mujeres que cuentan con pocas opciones de superación personal.

Este fenómeno puede ser solucionado siempre y cuando se dé apoyo a la escolarización y a los medios para que promuevan la postergación de la maternidad. Lo importante es que se modifiquen la estructuras social y cultural, pues son éstas las que limitan a el sano desarrollo de los jóvenes.

Ahora bien, cabe señalar que el embarazo en adolescentes de 15 a 20 años no era mal visto en épocas anteriores, contrastando con lo que se cree ahora. En muchas comunidades rurales y urbano marginales la maternidad temprana es común, puesto que las adolescentes a menudo no asisten a la escuela y generalmente se considera que las mujeres sólo tienen esa función. Por tales razones no procuran retardar la maternidad hasta después de los 20 años.

El Conapo (2000), en su publicación de diciembre, indica que las mujeres que nacieron entre los años 1968 y 1972 han presentado una mayor frecuencia de embarazo fuera del matrimonio que las de generaciones anteriores, donde una de cada tres mujeres inicio su vida de pareja de manera consensual por presentar un embarazo premarital, siendo esta una de las consecuencias más frecuentes en los adolescentes, esto en comparación con hace 30 años, en donde la concepción dentro de los primero 7 meses de unión o matrimonio están aumentando de 9.7% que se tenían a 14.4%.

Aun cuando se menciona que la probabilidad de un embarazo premarital antes de los 20 años, se ha mantenido en alrededor de una de cada 12 o 13 mujeres de la generación anteriormente mencionada, se ha incrementado el peso de tener un embarazo en las adolescentes de generaciones más recientes.

2.3. Los mitos y tabúes con respecto a los embarazos en adolescentes

Existe un sinnúmero de fantasías sociales respecto a la inmadurez de los órganos reproductores de los adolescentes, particularmente de sexo femenino, que hace que se no se les considere aptos para concebir a un hijo, a pesar de que ya estén en edad de procrear.

Wellings (1998) observa que durante décadas la sociedad ha sido testigo del notable cambio en las conductas sexuales de la gente joven, que inicia su vida sexual cada vez a más temprana edad, sin que se hayan modificado sustancialmente las creencias antedichas.

Las diferencias de clases sociales se encontró que la edad de inicio de una sexualidad se da en una etapa muy temprana, esto en la clase media, aun cuando esta estadística que aun persisten en otros lados del mundo, tales como Reino Unido, Europa y Estados Unidos. En donde las adolescentes en edades de 16 a 24 años de clase social media tiene su experiencia sexual antes de los 18 años.

Ahora bien, los datos de la Oficina Nacional de Estadística (ONS) de Reino Unido, muestra que 29% de las mujeres que conciben a un hijo entre los 15 y 19 años tienen algunas dificultades en el parto. El segundo problema que enfrentan es la ausencia de padre para el bebé, dado que sólo 4% de los varones se hace responsable de la criatura.

A partir de ciertos datos aportados por SNC (2001) se demostró que las adolescentes corren un riesgo menor de finalizar su primer alumbramiento por cesárea, pero tienen un mayor peligro de que el nacimiento sea prematuro y de muerte intrauterina del producto en su segundo embarazo.

En los partos de adolescentes se ha registrado un aumento de la morbi-mortalidad perinatal; lo que demuestran un menor riesgo de concluir la gestación mediante una cesárea de urgencia. El segundo nacimiento conlleva un riesgo tres veces mayor de parto pretérmino o muerte fetal intrauterina. Estas son las conclusiones de un estudio retrospectivo llevado a cabo por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Glasgow, en el Reino Unido. El mismo fue desarrollado utilizando los registros hospitalarios de 110,233 mujeres con edades comprendidas entre 15 y 19 años, en los años 1993-1998.

Las adolescentes embarazadas fueron comparadas con un grupo cuya edad se encontraban en el rango de 20 a 29 años. Se utilizaron como parámetros de resultados las muertes intrauterinas, los partos pretérmino, las cesáreas de urgencia y los neonatos de bajo peso para la edad gestacional. Las pacientes fueron estratificadas en dos conjuntos, uno que incluía a las madres primerizas y otro a las que tenían su segundo hijo.

Entre las primeras, la única diferencia significativa en cuanto a resultados adversos fue la necesidad de una cesárea de urgencia, recurso menos empleado entre el grupo de adolescentes. Entre las segundas, por el contrario, fueron las mujeres de 15 a 19 años las que presentaron un aumento relativo en el riesgo de parir niños con moderada o extrema prematurez pero con un peligro reducido de terminar la gestación por medio de una cesárea de urgencia.

Los investigadores indican que es improbable que los resultados negativos en los segundos embarazos de mujeres adolescentes puedan atribuirse a diferencias en el intervalo entre partos, ya que las diferencias respecto a mujeres mayores fueron mucho mayores que las observadas en otros trabajos que consideraron periodos cortos entre gestaciones.

Estos son algunos de los mitos considerados que inciden en los problemas que afectan a la madre adolescente.

Con la intención de ver desde una perspectiva más amplia el problema, Stern (1997) propone que debemos empezar a hacernos una pregunta: ¿hay razones para sostener que un embarazo entre los 15 y 19 años es indeseable considerando que no constituye necesariamente un

riesgo para la salud de la madre y/o del niño? En efecto, contra lo que generalmente se piensa, no ocurre así. En condiciones adecuadas de nutrición, salud, atención prenatal y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo entre los 16 y 19 años de edad no implica mayores riesgos de salud materna y neonatal que uno entre los 20 y 25 años. Es sólo a edades muy tempranas, o sea menos que 14 años de edad, que la concepción constituye un riesgo en términos biológicos y su frecuencia no tiene comparación con la cantidad de embarazos que ocurren entre los 16 y los 19 años.

Aunque es cierto que la maternidad precoz tiende a observarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y salud de la madre, y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios, hay una correlación positiva entre la edad temprana del embarazo y el riesgo de problemas de salud.

En consecuencia, ni la edad a la que ocurre el embarazo temprano ni los factores biológicos asociados al mismo constituyen de por sí riesgos de consideración para la madre. Lo que debemos encontrar es la relación que existe entre la maternidad y sus secuelas tanto psicológicas como biológicas bajo condiciones inadecuadas de nutrición, salud y falta de atención.

Dicho de otro modo: existen de cualquier modo preocupaciones legítimas a propósito del embarazo adolescente. Stern (1997) refiere que las causas de éstas han sido mal comprendidas, dado que las circunstancias sociales y culturales en las que tiende a ocurrir poseen mucho más peso que la edad y los factores biológicos. En todo caso, no debemos descartar que en casos de preñez muy temprana puede haber importantes efectos negativos para la integridad física de madre e hijo. Ello obliga al sector salud a intervenir de manera decisiva para atenderlos, remediarlos y tratar de prevenir posibles repeticiones de embarazos precoces.

2.4. Causas sociales de los embarazos en adolescentes y su impacto social.

El fenómeno que hemos venido analizando exige la creación de planes y programas que intentan, en un principio, prevenirlo, y después, ofrecer un tratamiento en base a los cuidados que deben recibir tanto el bebé como la madre.

Sin embargo, el impacto social más destacado que se da en cuanto a la maternidad prematura refiere al punto de vista moral y cultural. Existen normas intersubjetivas, resultado de numerosos factores que son propios de cada comunidad, las cuales se deben seguir y respetar para poder adaptarse. Tal situación prevalece incluso si no hay un código establecido de manera explícita. Cada integrante del grupo se encuentra dentro de su rango de influencia y ello le marca límites, reglas y normas que están más o menos vigentes durante la vida del individuo (Fragoso: 1998).

Tal situación tiene lugar en toda civilización. En México domina una serie de normas rígidas y bien establecidas en la cual las relaciones sexuales fuera del matrimonio son censuradas, particularmente en el caso de las mujeres. Cuando este precepto se rompe y ella queda embarazada, su vida enfrenta serios conflictos, en parte por los cotos objetivos que le exige su nueva condición (que casi nunca está preparada para encarar), sino también porque su entorno familiar y social la presiona y/o rechaza, provocando un sentimiento de culpa que se suma a su múltiples conflictos.

Lo episodios de la crisis de una madre soltera giran en torno a que un embarazo a su edad se encuentra fuera de la norma social, en especial si sucede fuera del matrimonio. Tal reprobación genera un conflicto emocional y prolongado, en el que convergen tensiones biológicas y psicológicas.

Ahora bien, existe una serie de problemas que se van acentuando y que crean una serie de conflictos secundarios (no porque su importancia sea menor, sino porque son derivados del original) que inciden en la salud biológica, psíquica, social (trabajo, escuela), interpersonal

(amistades) y familiar de la madre temprana. Para solucionarlos y hacer frente a todas las decisiones que tiene que tomar la adolescente son realmente escasas las instituciones de ayuda.

Los síntomas psicológicos más frecuentes que se presentan en la crisis de una madre soltera joven abarcan reacciones como rechazo al hijo, hostilidad ante todo y ante todos, desconfianza, sentimientos de culpa excesivos, depresión y ausencia de afecto. En algunas ocasiones puede presentar euforia desproporcionada en alternancia con sentimientos generalizados de incapacidad y fracaso durante los momentos de mayor tensión (Tabla 5). Esto es comprensible si se toma en cuenta la ambivalencia implicada en que ella se hace responsable de su hijo (y lo quiere de alguna manera) aun cuando no haya sido planeado (Fragoso: 1998).

1. Personales:	2. Económicos:	3.- Ambiente familiar:
Edad	Pobreza	Ambiente familiar
Capacidad intelectual	Condición de trabajo	Hogares incompletos
Actitudes maternas		Hogares irresponsables
		Orfandad

Fuente: Aspectos psicológicos implicados en la problemática de las madres solteras, 1998.

Tabla 5: indica los factores que son los más significativos para que se dé un embarazo en la adolescencia.

Como es patente, todos estos problemas impactan directamente a la sociedad y deben ser solucionados de una forma igualmente social.

Después de este breve recorrido podemos llegar a la conclusión de que las familias, completas o incompletas, se encuentran inmersas en una sociedad en la que tienen que convivir a diario y que inevitablemente influye en sus miembros. Cada sociedad presenta distintas estructuras y valores que se encuentran acordes con los patrones e intereses culturales que la rigen.

Susan (2001) es otro autor que insiste en que las condiciones de la sociedad actual han favorecido las prematuras prácticas sexuales en los adolescentes. Con mucha frecuencia ni el hogar ni la escuela proporcionan a los jóvenes una adecuada formación, capaz de permitirles asumir una actitud responsable frente a la sexualidad. Buena parte de la educación sexual se halla liberada al azar o a lo que dicen u ocultan, por desconocimiento o prejuicios, los padres o maestros. En tales casos los compañeros de escuela son muchas veces los emisores de la información acerca del sexo, la cual, en consecuencia, es muy poco acertada. Por otra parte, los afanes fundamentalmente comerciales de los medios de comunicación desvirtúan y fragmentan la imagen de la sexualidad, no prestando ninguna ayuda a las necesidades de los jóvenes.

La magnitud del problemas que hemos venido describiendo ha significado un impulso para la promoción de publicaciones periódicas en fascículos como *Sexualidad hoy*, las cuales están pensadas para proporcionar a los jóvenes y sus familias material que permita una aproximación más clara y orientadora acerca de este tema. Las perspectivas biológicas, psíquicas, éticas y culturales guían el horizonte informativo de tales revistas, que pretenden ser un espacio de comunicación, acercamiento y reflexión de padres, hijos, educadores y estudiantes.

En resumen: existe un número muy alto de embarazos en adolescentes. Las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. No obstante, la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de niños y adolescentes. La tónica general es el silencio, el disimulo y la censura. Ni padres, ni maestros hablan sobre el tema, esta es la razón por la cual los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras, lo cual les genera más dudas o les da una excesiva confianza.

Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, con una visión de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás.

Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

Capítulo 3

Consecuencias psicológicas para los hijos de madres adolescentes solteras.

El embarazo de una adolescente no sólo le afecta a ella y a sus familiares; también tiene consecuencias directas en bebé no deseado. Estas pueden ir desde el rechazo de la madre, problemas de conducta, o repudio social por no tener padre, hasta problemas graves a nivel emocional, que con frecuencia se agudizan conforme pasa el tiempo. En muchos casos esta situación deriva en el consumo de drogas y conflictos sociales mayores, pero no podemos generalizar en este terreno, pues hay quienes presentan tal cuadro dentro de una familia integrada y no todos los que carecen de ella lo muestran.

De cualquier modo, a menudo se observa en clínicas e instituciones que brindan atención a los menores, la presencia de dificultades de conducta y emocionales en niños cuyas madres son solteras. Uno de los organismos a los que nos referimos es La Semillita, que encuentra en la zona de La Merced y brinda información a los hijos de jóvenes solas y madres prostitutas (ver anexo 3).

3.1 Cómo se ven afectados los niños de madres adolescentes solteras.

Para que podamos entender este punto es preciso tomar en cuenta la forma en que se desarrolla el conflicto de ser hijo no deseado en un contexto en el que la madre se encarga de formar una familia, frente al sujeto y a la comunidad.

Hay casos en los que el hecho de que la joven se haga cargo del bebé no implica rechazo social ni familiar; de hecho, se tiene la seguridad de que algunas mujeres se acercan más a su familia al nacer su hijo. Sin embargo, el caso contrario es por desgracia prototípico (Berstein: 1974).

También podemos mencionar que no se sabe con certeza el nivel que existió de aceptación social, que se extienda a todas la familias y madres, dado que estos datos fueron los encontrados durante una investigación y donde se entrevistaron a 27 al 52% de las poblaciones centrales, mientras que puede haber familias que se encuentre en otras localizaciones y que no se encuentren en una buena situación, además de que presentarían citaciones inconvenientes en la sociedad, si las identificaban como madres solteras.

Cabe señalar que el niño también está expuesto a sufrir las consecuencias de la relación entre sus abuelos y su madre. Esta situación puede ser determinante para la salud del infante, que en ella puede encontrar apoyo incondicional, pero también lo contrario.

Berstein (1974) registra la historia de Holly, que ilustra de manera clara los problemas que pueden surgir entre la adolescente y su familia por la llegada de un bebé. El resultado en este caso fue que la joven, bajo la presión del entorno, se sintió muy torpe, inepta y deprimida por haber fracasado en alimentar a su hijo.

Bajo tales condiciones, y dada su juventud e inmadurez, es difícil que una muchacha llegue a tener en cuenta la salud del bebé.

También en el ámbito de las instituciones públicas se ha observado que los niños sin padre son problemáticos, debido a que frecuentemente son rechazados por los demás.

Un aspecto que se olvida a menudo es en este contexto es la violencia doméstica antes de que nazca el bebé. Valdez (1995) se plantea como objetivo determinar la prevalencia de esta situación durante el embarazo, la asociación que tiene con el peso del producto y las complicaciones que conlleva durante el parto y el posparto inmediato. Al efecto, estudió a pacientes del Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos. La investigación se realizó a través de un cuestionario aplicado por personal especializado. De entrada encontró que, en muchos casos, la concepción misma había sido producto de una violación, aunque esta circunstancia es poco reconocida por los sectores de salud. Enseguida halló que muchas mujeres habían sufrido violencia durante el embarazo, lo cual se reflejó directamente en el bebé configurando lo que se conoce como el abuso prenatal este es, para algunos, el inicio de una cadena que deriva en diversos problemas, que van desde la muerte prematura hasta el abandono del hogar por parte del menor.

Tanto en México como en el resto del mundo este fenómeno afecta a gran número de mujeres y sus familias. Entre los estragos que causa está el riesgo de un aborto espontáneo, la posibilidad cuadruplicada de que el niño nazca con bajo peso y que se multiplique por 40 la probabilidad de que muera en el primer año de vida.

El grupo estudiado estuvo compuesto por 90% del total de las pacientes atendidas en el nosocomio durante el tiempo que duró la investigación. Ninguna mujer se negó a participar en la encuesta. Sólo se excluyeron los casos en que había algún impedimento, como estar bajo

anestesia o sufrir fiebre. El promedio de edad fue de 22 años; el 20% eran adolescentes (13 a 19 años); 65% pacientes tenían entre 20 y 34 años y 7% entre 35 y 42 años. De las participantes, 17.3% eran madres solteras.

Del total de la muestra 33.5% sufrieron violencia, 3% habían sido violadas y el embarazo era consecuencia de tal circunstancia. Las mujeres que habían padecido estupro llevaron a término el embarazo presentando una serie de dificultades emocionales, sociales y de salud.

El estudio demostró que la violencia durante el embarazo tiene relación con el bajo peso del bebé, puesto que las mujeres que lo padecieron tienen cuatro veces más este riesgo, donde el 75% de las mujeres que lo presentaron. La investigación, sin embargo, no es del todo clara, pues también consideró la antropometría materna, nutrición, consumo de alcohol, tabaquismo, etcétera.

3.2 El rechazo por parte de las madres.

Este fenómeno es muy común en las adolescentes embarazadas y, lógicamente, se observa con mayor frecuencia en las que han sido violadas, que presentan una aversión mayor.

La existencia de una relación tensa entre madre e hijo es una de las causas más notables de trastornos emocionales. López (1998) considera que 87% de las madres tiene un papel de ama de casa, situación que facilita el que transfiera un peso importante de su estado anímico a sus niños, lo que genera una subcultura, haciendo la existencias de un posible menor infractor.

Una familia débil por la ausencia de padre produce insatisfacción de necesidades afectivas y de seguridad, lo cual infunde en el niño un sentimiento de soledad y vacío emocional. Ya adolescente, éste realiza una búsqueda para suplir las carencias con su grupos de amigos, orillándolo a que se una a pandillas o que desarrolle actividades antisociales.

El rechazo de la madre o de los padres es por lo general el elemento que produce y desarrolla la conducta agresiva y la violenta en el joven. Aunque ésta puede provenir de diversas influencias –herencia genética, carácter neurológico, nivel de estrés, fracaso en la consecución de deseos personales y limitantes económicas–, el poco amor y una disciplina muy dura y errática durante la etapa de formación son factores recurrentes.

3.3. Resentimiento social del niño por carecer de padre.

Este problema se presenta cuando el infante advierte que la mayoría de los otros niños cuentan con un padre y una familia; al compararse con ellos, tiene un sentimiento de carencia que posiblemente lo lleve a tener conductas agresivas y antisociales.

Fernández (en Saucedo, 1997), menciona que el trastorno de conducta en niños y adolescentes en el contexto pediátrico, es una ambiente propiamente dicho en un estado de potencializado, así como, disfrazado en la problemática familiar.

Los niños conflictivos rompen reglas de la familia y la sociedad y perjudican a otros con su comportamiento.

Según Fonseca (1998), en este fenómeno intervienen algunos aspectos psicológicos relevantes, como son los problemas familiares, la inestabilidad emocional, el fracaso escolar, la carencia de relaciones interpersonales y la discriminación, entre otros.

El ambiente familiar es el primer lugar donde el niño interactúa y donde se da el aprendizaje social; ahí tiene sus primeras experiencias, crea vínculos con los padres y posteriormente con grupos mayores. Entre los aspectos formales de la estructura familiar que ejercen influencia sobre la conducta del niño se encuentran la familia incompleta, el lugar que ocupa el niño ella y la interacción entre padres e hijos (Fonseca, 1998).

Ciertos informes clínicos muestran que la pérdida de uno de los padres por muerte, divorcio o simplemente por ausencia, puede provocar un trastorno emocional en el niño, puesto que dificulta la identificación o la diferenciación de roles sexuales (Hanke, 1979, Citado en Fonseca 1998).

Debido a que la influencia de los parientes es decisiva en el niño, las relaciones con los progenitores constituyen un elemento importante en el desarrollo de su personalidad. En su carácter de agentes socializante y representantes de la cultura, los padres determinan muchos de los rasgos psicobiológicos y psicosociales. Por esta razón es muy relevante que se encuentren ambos padres, ya que cada uno influirá para la determinación del comportamiento posterior del infante.

El lugar que ocupa el niño en la familia influirá en la interacción que éste pueda tener con los padres. Cuando se trata del primogénito existen mayores posibilidades de haber sido deseado,

de que su nacimiento haya sido planchado y de que su madre lo atienda por un periodo más largo. Sin embargo, debido a la inexperiencia de los padres, también es frecuente que haya un nivel elevado de ansiedad respecto al primer hijo.

Ausubel (1991) afirma que el primogénito recibe más calidez y afecto que segundo hijo. Generalmente se impone al hijo mayor la responsabilidad de cuidar a sus hermanos y se espera que dé un buen ejemplo, pero el hijo menor recibe más atenciones puesto que interactúa con los padres y con los hermanos menores. En el caso de las madres adolescentes que tienen un segundo o tercer hijo sin padre, la situación se presenta desfavorable tanto para los vástagos mayores como menores, puesto que a menudo se recurre a los castigos físicos debido a la pérdida del control, como medio de fomento del control de la familia.

Cuando uno de los padres no está presente el infante no logra tener una identificación desde pequeño y esto ocasiona que ingrese a la escuela e interactúe con los demás niños de su edad sin saber cómo debe conducirse, siendo esto lo que hace que recurra a formas de agresión como defensa ante su inseguridad (Ausubel 1991).

Bajo una situación normal al padre se le percibe como un agente benevolente que satisface las necesidades básicas, ejerce una supervisión biológica y brinda seguridad emocional al hijo durante todo el periodo de infancia, el padre es el encargado de regular sus motivaciones, satisfacciones y normas.

Munsinger (1978) piensa que los padres son una parte primordial de la familia y un medio de influencia sobre el niño, dado que son el elemento de disciplina para mantener el orden. Algunos de ellos lo hacen dando a sus pequeños un ejemplo y un estímulo que deben seguir. Este método hace que los niños imiten los actos de quienes los rodean. De igual manera, la disciplina puede ser moldeada con castigos y premios según se realicen actos incorrectos o correctos.

A decir de Frago (1998), los estallidos de agresión en los niños son reacciones a la frustración y las sanciones recibidas en sus propios hogares, observándose de manera más detallada que los niños violentos crecen en una atmósfera igualmente ruda. En el caso de las madres adolescente la falta de satisfactores, la marginación y el menosprecio pueden ser causa de las reacciones explosivas para con el hijo.

3.4. Problemas escolares.

Es frecuente que un bajo rendimiento académico se presente en los niños que carecen de padre. Organizaciones como La Semillita han detectado diversas dificultades para la educación y atención de hijos de madres adolescentes solteras, las cuales pueden ir desde una mala retención, hasta lento aprendizaje. Esto ha propiciado el desarrollo de programas con respecto a los resultados de una batería.

Valenzuela (en Saucedo, 1997) menciona que pueden tener un origen interno y un origen externo, lo cual limitara su desarrollo en el ámbito escolar. El DSM IV los cataloga en cuatro áreas: Trastorno de la lectura, de la expresión escrita, del calculo y no específica.

Los trastornos no específicos son los que enfocan a la unión de los tres trastornos que afectan de manera conjunta, lo que interfiere en el aprovechamiento académico, situándose por debajo de lo esperado al tomar en cuenta la edad cronológica de la persona.

Se considera que se debe hacer una evaluación en cuanto a este tipo de problemas de aprendizaje, así como catalogar los factores internos como pueden ser retraso mental, lesiones cerebrales, etcétera y factores externos donde son originados por el ambiente que rodea al sujeto, y dividido en familiares y sociales (Tabla 6).

Es indudable que la familia tiene un papel esencial en el desarrollo general de los niños. Los problemas que con frecuencia se observan en la familia son de dos tipos, la integración y de funcionamiento. La integración, cuando solo existe una figura parental, cuando hay hacinamiento o cuando conviven varias generaciones juntas. El funcionamiento puede estar alterado por conflictos entre los padres, con los hijos, con la familia extensa o de los hijos entre ellos, lo cual también contribuye a entorpecer el aprendizaje. Por ultimo el factor social esta relacionado con la importancia del lugar de residencia donde el menor y la familia, así como el lugar de ubicación de la escuela y el acceso a los servicios primordiales (agua, luz, drenaje, etc.) y la relación que tenga con la comunidad. Si estos elementos son los causantes del trastorno inespecifico del aprendizaje pueden ser los causantes de generar, perpetuar y complicar un problema. (Valenzuela, en Saucedo, 1997).

Trastorno Específico

Antecedentes heredofamiliares de trastornos de la lectura.

Antecedentes personales: pueden ser negativos.

Desarrollo retrasado del lenguaje.

Exploración: deficiencias de atención, memoria visual

Proceso de aprendizaje: específico en la lectura.

Lectura: errores característicos.

Inicio primario: presencia de factores de modo secundario.

Valoración psicológica: rendimiento intelectual normal.

Predominio del área motriz.

Valoración pedagógica: patrón característico. Deficiencias en la lectura.

Trastornos Inespecíficos

Antecedentes familiares negativos.

Predominio de factores externos o individuales de manera primaria.

Desarrollo: normal o alterado.

Exploración: diversas alteraciones en las funciones mentales superiores.

Procesos de aprendizaje: alteración global.

Valoración psicológica: normal, con tendencia a normal-baja.

Valoración pedagógica: alteraciones múltiples.

Fuente: Psiquiatría, 1997.

Tabla 6: El cuadro permite el diagnóstico de los trastornos del aprendizaje visualizando las dos clasificaciones y así hacer un fácil diagnóstico.

3.5. Problemas emocionales.

Algunos conflictos psicológicos que afectarán al niño, se pueden detectar de inmediato, mientras que otros se manifestarán en la etapa adulta.

Los trastornos emocionales en la infancia tienen como principal síntoma la ansiedad, la cual —conviene aclarar— se manifiesta comúnmente como un proceso de la evolución normal en niños y adolescentes.

La existencia de dos contextos sociofamiliares en el problema se puede ir desarrollando, uno de ellos es la alta exigencia de las familias dirigidas hacia la excelencia en los deportes o los estudios.

Los problemas emocionales no sólo se arraigan en el niño a raíz de su nacimiento, también tienen lugar cuando se encuentra en el útero. Mussel (1980) asegura que a pesar de que no existe una conexión nerviosa directa entre la madre y el feto, los estados emocionales de aquélla pueden influir en las reacción y el desarrollo del embrión.

La ira, el miedo y la ansiedad tienen repercusiones en la criatura por la liberación de sustancias que produce el sistema nervioso autónomo, tales como la acetilcolina y la epinefrina. Todas ellas generan cambios hormonales que alteran el metabolismo celular al fluir por la sangre, la cual llega al bebé por medio de la placenta, introduciéndose en su sistema circulatorio.

Ahora bien, si las alteraciones emocionales de la madre duran varias semanas, ello se resentirá en el feto por un periodo prolongado. No obstante, si su duración es breve, la irritabilidad incrementada durará, por lo común, una cuantas horas. Las investigaciones sobre una larga tensión de la madre durante el embarazo revelan que puede ocasionar consecuencias que duran mucho tiempo en los niños.

Entre ellas están los cólicos en neonatos, que son considerados un síndrome caracterizado por la distensión del abdomen, así como un dolor aparente y un llanto continuo determinado por intervalos durante un día. Un estudio comparativo sobre el tema muestra que las madres que tuvieron bebés que presentaron alguna alteración habían estado bajo mucha presión con respecto al cuidado del niño.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En este apartado se presentará una propuesta de atención para madres adolescentes y solteras, así como a sus hijos, los cuales pueden presentar trastornos que afecten su vida.

Si bien el desarrollo de un tratamiento para madres prematuras y sus pequeños puede facilitar el que se evite alteraciones en la conducta, problemas de aceptación y rechazo, también es deseable que un ataque frontal al problema inicie con acciones preventivas.

Capítulo 4

Atención psicológica a madres adolescentes e hijos.

4.1. Propuesta de prevención del embarazo.

Esta cuestión debe ser estudiada desde el punto de vista del incremento de la natalidad. El INEGI (1993) en la tabla 7, contabilizó a la población femenina de 15 a 29 años de edad clasificándola por el número de hijos nacidos vivos.

No. De hijos nacidos vivos	Población fem. de 15 a 29 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años
Total	12'349,463	4'904,511	4'091,035	3'353,917
Sin hijos	6'161,155	3'657,360	1'806,999	2'696,796
Con hijos	4,945,779	511,642	1,940,964	2,493,173
De 1 a 2	3'305,992	482,159	1'497,199	1'326,634
De 3 a 4	1'286,386	23,115	386,968	876,303
De 5 a 6	283,735	4,192	44,950	234,593
De 7 a 8	55,250	2,176	7,859	45,215
De 9 a 10	10,430		2,817	7,613
De 11 o más	3,986		1,171	2,815

Fuente: Publicación del INEGI (EN INTERNET) 1997.

Tabla 7: La tabla permite observar la cantidad de hijos nacidos vivos, observándose que las adolescentes tiene el nivel más elevado en total.

Como podemos observar, estas estadísticas muestran que las adolescentes se embarazan con frecuencia en las edades más tempranas y también tienen una cantidad de hijos mayor. La relación de embarazos en adolescentes y el nivel de estudios de éstas queda como sigue, según el INEGI.

Nivel de estudios	Tota
Sin estudios	60%
Bachillerato o más.	10%

Fuente: Publicación del INEGI (EN INTERNET) 1997.

Tabla 8: EL porcentaje de madres adolescentes sin estudios es más elevados, que en adolescentes con estudios.

Aquí se puede apreciar que la mayoría de las mujeres que no estudian (Tabla 8) presentan una tasa más elevada de fecundidad, a diferencia de las que sí lo hacen. Asimismo, la zona donde viven es una de las variantes dignas de consideración en este problema. Los datos del INEGI muestran que en las zonas rurales existe una mayor propensión para que se dé un elevado nivel de embarazos (Tabla 9).

Zona	Hijos por cada 100 adolescentes
Urbana	11.89%
Rural	69.3%

Fuente: Publicación del INEGI (EN INTERNET) 1997.

Tabla 9: comparación de porcentajes de embarazos en adolescentes entre zonas rurales y urbanas.

Zetina (en Fragoso, 1998) considera que los embarazos en las adolescentes se incrementan cada vez más en las diferentes sociedades contemporáneas, donde el problema se ha abordado desde las perspectivas demográfica, sociológica, médica, psicológica, etcétera. Ello lo adjudica a que una actividad sexual descuidada e irresponsable se ha venido multiplicando a través de las generaciones.

Una propuesta para ayudar a evitar los embarazos no deseados en zonas rurales sería la creación de medios más eficientes en cuanto a la educación escolar, dado que en comparación con la zonas urbanas y adolescentes con educación de bachillerato la situación de las jóvenes en el campo es sensiblemente más vulnerable. Si mejoramos la información que se ofrece a tales núcleos sociales progresaría su calidad de vida y sus expectativas.

Otro elemento que permitiría prevenir el elevado número de madres precoces, sería el desarrollo de una promoción adecuada de la educación sexual. Winn (1996) apunta que existe interés por parte de los jóvenes acerca de la pubertad y el desarrollo sexual. Si tal curiosidad fuese desarrollada y orientada adecuadamente disminuiría la sexualidad irresponsable.

Monterrosa (1996) concuerda en que la preñez temprana es previsible, si se les da a los muchachos las herramientas y los conocimientos necesarios para evitarla. Un programa que fuese aplicado en los dos últimos años de educación primaria (desde 5to año) y hasta la secundaria, podría adquirir enorme relevancia en el ataque frontal de este conflicto. Los niveles medio

superior y superior también se verían beneficiados con el programa, pues si se adquirió un buen conocimiento sobre la sexualidad lo más probable es que se mantenga una actitud responsable al respecto. Conviene recordar que en proyecto de esta índole debe hacer partícipes a los padres de familia o tutores para que ellos mismos puedan ampliar sus conocimientos y ser un elemento orientador.

4.2. Atención a madres.

Éste se debe instrumentar desde el momento en que la joven se entera sobre el embarazo y no tiene los elementos que la ayuden a afrontar la nueva experiencia de su vida y los retos que tendrá que afrontar.

La perspectiva de la terapia racional emotiva (TRE), planteada por Ellis (1989), se comenzó a ejercer en Nueva York en 1955 y se basa en el conjunto de suposiciones que giran en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. De acuerdo con esta teoría, los hombres son más felices cuando establecen metas en su vida y se esfuerzan para obtenerlas. Una vez que aquéllas estén definidas y se tenga claridad de propósitos, las personas serán más conscientes de su posición en el mundo social. Ello implica que los sujetos se coloquen a sí mismos en primer lugar, aunque pongan a los otros en un segundo lugar muy cercano.

Se supone que la gente tiende a ir directamente hacia sus metas, lo cual le ayuda a alcanzarlas y cubrir sus propósitos básicos. Sin embargo la intervención de factores irracionales a menudo frena o desvía el proceso. De tal manera la racionalidad no se puede definir como una forma absoluta, ya que es relativa por la naturaleza.

La TRE sostiene la idea de la interacción de los procesos psicológicos humanos. La cognición, las emociones y la conducta no se experimentan de forma aislada, sino que se superponen significativamente; esto ocurre, en particular, en el campo de las alteraciones psicológicas.

La importancia de la interacción consiste en que es uno de los elementos de la cognición correcta de los procesos psicológicos humanos y en que define el papel que juegan los pensamientos en la evaluación de la salud y la enfermedad psíquica.

La contribución que hace la TRE en el campo de la terapia cognitivo-conductual, es la distinción entre las creencias racionales e irracionales. Las primeras son cogniciones evaluativas

propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial. Lo podemos ver en expresiones como "me gustaría, quisiera, no me gustaría y prefiero". Aquí se dan los sentimientos positivos de placer y satisfacción que se experimentan cuando las metas que se han establecido son cumplidas. Sin embargo, la existencia de su ambivalencia, como el sentimiento negativo de displacer, interviene cuando los objetivos planeados no se cubren, lo cual le genera dolor, tristeza, preocupación, etcétera. Esto puede afectar o no a la persona, dependiendo de si ésta es capaz de superar el conflicto orientándose hacia nuevas metas.

Las creencias irracionales, desde luego, se presentan como punto opuesto y tienen dos características principales: la primera es que se manifiestan de manera absoluta, expresándose con términos como "tengo que, debo, debería, estoy obligada". La segunda, que interfiere con la persecución y obtención de fines a través de procesos como depresión, ansiedad, culpabilidad y miedo. Todas estas ideas irracionales se fundan en disfunciones del aislamiento, demora, alcoholismo y el abuso de sustancias tóxicas (Ellis: 1982).

Como hemos visto la TRE atiende los aspectos racionales e irracionales del pensamiento humano. Tal combinación de elementos es claramente observable en las ideas de las adolescentes entrevistadas en los anexos 1 y 2. Desde el momento que se encuentran embarazadas, la generación de ideas irracionales negativas las pueden llevar a la toma de una decisión que afecte su vida y la del bebé.

El tratamiento que propongo estaría enfocado a las madres que se encuentren entre el cuarto y noveno mes de embarazo y se extendería después del parto, momentos en que se pueden presentar los problemas de pensamiento irracional.

El trabajo se concentraría en plantear la vida que quiere llevar, en la decisión de mantener al bebé y en cómo piensa hacerlo. Otro punto de principal importancia sería el establecimiento de metas a corto y largo plazos.

El planteamiento de Albert Ellis sobre estas pacientes se enfoca en lo que él llama "evaluación de obligaciones negativas", dado que las ideas de deber son absolutas, lo cual hace se refieran a la consideración negativa de una forma devota y limitara las posibilidades de alcanzar sus propósitos básicos como persona.

En este punto las madres solteras jóvenes pueden comenzar a hacer generalizaciones excesivas, empleando frases como "soy una persona despreciable e incompetente"; caer en el

tremendismo: "mi vida será una absoluta miseria"; en la autocondena: "merezco que me suceda lo peor" y a predecir un futuro sin salidas: "siempre seré despreciable".

Una vez que obtenemos la información del estado emocional de la paciente debemos hacer una segunda ponderación para observar sus puntos fuertes; es lo que Ellis nombra "Evaluaciones preferenciales positivas", que tienden a expresarse con oraciones como "me aceptan y me apoyan". Estas frases, clasificadas entre las racionales, ayudan a que la persona consiga sus objetivos.

Ahora bien, cuando confrontamos las características racionales con las irracionales, debemos hacer hincapié en la importancia de las primeras, procurando que esto vaya modificando la forma de pensar de la adolescente y ayudándola a que comience a plantearse nuevas metas con su hijo.

Ellis (1989) afirma que la TRE puede sintetizarse con una fórmula matemática $A \times B = C$, donde "A" refiere a factores del medio que generan estímulos en los seres humanos; "B" representa los estados emocionales de la persona y "C" la resultante de ambos elementos.

En base a los conceptos presentados por Albert Ellis (1989), sobre la terapia racional emotiva, el tratamiento tiene como objetivo, el eliminar las ideas irracionales, para que ella misma se plantee nuevas expectativas de vida con su hijo.

Lugar

Con el fin de realizar una terapia óptima se recomienda un lugar que cuente con condiciones de iluminación, ventilación y espacio suficiente. Esto con el fin de que la madre adolescente se sienta cómoda y pueda tener un mejor reflexión.

Método.

Es recomendable conocer en primera instancia las ideas de las madres adolescentes, ya que esto marcará la pauta de si son adecuadas sus ideas o no. Es de mucha utilidad el construir un cuadro que permita visualizar las ideas irracionales.

IDEAS IRRACIONALES	IDEAS RACIONALES
SOY UNA FRACASADA	

Una vez construida esta tabla se puede pedir a la adolescente que haga una reseña de por que cree que eso, haciendo que ella misma reflexione y modifique su idea buscando una opción adecuada para ella, y solo si no cambia se puede presentar opciones y que ella considere si son adecuadas o no, para ella.

Una vez logrado el cuadro con el cambio o modificación de sus ideas por ella misma, se recomienda que visualice el cuadro y lo lea, lo cual le va a permitir observar como era ella antes y lo que piensa ahora. Ejemplo.

IDEAS IRRACIONALES	IDEAS MODIFICADAS
Soy una fracasada	Puedo triunfar con mi hijo

De esta forma las ideas irracionales serian modificadas por la adolescente, tomando nuevas perspectivas que le ayuden sentirse útil frente a su nuevo reto. Como se observa en TRE, la modificación de ideas irracionales por medio de una confrontación y reflexión, mejoraría el trato con su hijo y con su medio.

Una vez que se haya mejorado o cambiado las ideas irracionales, se debe realizar por lo menos una sesión en la cual ella plantee sus objetivos para ella y su hijo, puesto que en medida que las ideas irracionales se eliminaron, le permitirá plantearse objetivos a corto y a largo plazo, en los cuales se encontrara su hijo como un elemento el cual tendrá que cuidar y hacer que se desarrolle y no sufra lo mismo.

Posibles resultados

Aun cuando los resultados sean una suposición, es probable que si la adolescente cambia esta ideología (ver *anexo 2*), se podría superar la etapa de menospreció, rechazo, etc. Dado que se observa en la TRE, que las ideas irracionales afectan a la persona en su relación con el medio y no se cumplen las metas, es prudente que esta atención y apoyo a la madre adolescente, ayude a plantearse nuevas metas y que considere el trabajo que tendrá que hacer con su hijo, el cual en algunos casos tendrá un peso importante para la madre. Se espera que en la mayoría de los casos donde la atención a la madre adolescente, se realice un cuadro que le permita tanto al terapeuta, como al paciente permita visualizar sus ideas y que ella misma cambie estas ideas por nuevas ideas racionales, que le permitan plantearse nuevas metas y objetivos que tendrá que ir cumpliendo. En medida que esto lo haga podrá superar y ayudar al desarrollo de su hijo.

4.3. Atención a hijos.

Éste tiene como principal objetivo disminuir y, de ser posible eliminar, las conductas negativas que mencionamos anteriormente. Nuevamente deben atacarse las ideas negativas y mejorar las relación irracional que tenga en un determinado momento con la madre.

La terapia propuesta para atacar este cuadro es la cognitiva. Beck (en Mahoney: 1997) funda este tratamiento en la intención de conjuntar normas que sirvan para evaluar métodos psicoterapéuticos y poder emitir un juicio, para lo cual es necesario reunir evidencia empírica que apoye el principio inherente a la terapia. Sin embargo, considero que la aplicación de un modelo cognitivo, que se enfoque a un desorden específico, debe emplear diferentes técnicas orientadas a modificar las creencias disfuncionales y los errores del proceso de información característicos de cada desorden.

Los autores Robins y Hayes (en Mahoney: 1997); consideran que Beck intentó verificar los aspectos de la teoría psicoanalítica. Investigó inicialmente los pensamientos y sueños, en los que el sujeto deprimido expresa signos de hostilidad reprimida; sin embargo, descubrió que lo predominante en tales pacientes era la existencia de ideas de fracaso, acompañadas por una tendencia negativa.

La terapia cognitiva se enfoca en problemas específicos; su meta es el alivio de los síntomas y ayudar al paciente a ser consciente y cuestionar sus pensamientos e imágenes automáticas. Esta parte del tratamiento estaría enfocada a los hijos de jóvenes madres ya mayores, preferentemente adolescentes que tengan dificultades con su progenitora al cuestionar la ausencia de padre.

Esta práctica terapéutica ha sido una de las que más ha penetrado en el problema de la depresión. En entrevista con personal de La Semillita, se confirmó que esta institución ha tenido algunos pacientes con depresión infantil y que la terapia cognitiva puede ser utilizada en tales casos, adaptándola a la características del niño. La forma en la cual atacaríamos un cuadro de tal naturaleza en un infante consistiría en plantearle sus posibilidades presentes y futuras; mostrarle que a pesar de las dificultades, como no tener padre, cuenta con posibilidades superación, a través del planteamiento y la consecución de metas. Aquí el elemento importante es que el niño no puede comprender al nivel de un adulto, pero de manera sencilla se pueden ir cambiando las ideas disfuncionales y los errores de sus predicciones.

Una modalidad adicional en la terapia cognitiva es su aplicación a la familia, formulada recientemente. Aquí se tienen por objeto de investigación las creencias de los miembros del grupo respecto a los conflictos intersubjetivos. Por ejemplo: la madre, que también cubre el papel paterno, con la dificultad de saber como sobre llevar los sentimientos de "el niño necesita amor" que es un elemento que la madre tiene inherente a ella y que le permite hacer cualquier cosa a su hijo. Pero la creencia de que "el niño necesita disciplina" no le gusta al infante y, como no existe una igualdad de términos o un equilibrio, la madre lo acusa con frecuencia de mala conducta y él probablemente intente escapar por no haber tenido al parejo amor y orden. Con base en la terapia presentada por Wright y Beck en prensa es posible afirmar que da buenos resultados trabajar con la madre adolescente y su hijo en el aspecto de dar amor y mantener la disciplina, lo cual mejora sustancialmente las relaciones entre ellos.

Aplicar la terapia cognitiva en casos como los planteados en este trabajo implica modificar las conductas no deseadas en el infante, como ira, trastornos de personalidad y ansiedad, que es recomendable atender a través de una valoración de las ideas del paciente al respecto.

El objetivo de la atención a los hijos de madres adolescentes, es el dar un apoyo que permita el eliminar los posibles trastornos y ayudar a mejorar una posible mala relación con la madre.

Lugar

Si bien las condiciones para trabajar con un niño deben ser diferentes a las utilizadas con un adulto, aquí se debe contar con un lugar espacioso en donde el niño pueda desenvolverse y moverse con facilidad. Si no se cuentan con estas condiciones se puede utilizar un lugar donde le niño se sienta cómodo para trabajar.

Método.

El método con un niño es muy sencillo, pero no se debe olvidar realizar un entrevista previa con la madre, la cual nos permitirá observar que tipo de comportamiento tiene el niño y así poder diagnosticar correctamente. Una recomendación para poder realizar un diagnóstico acertado, es tener a la mano cualquier libro especializado en Psicología o Psiquiatría, que permita observar las características que se van a diagnosticar y el libro del DSM IV (o la actualización), esto nos permitirá conocer más sobre como diagnosticar y ser mas acertados.

Una vez obtenido el diagnóstico general o el posible diagnóstico, debemos empezar a planear una estrategia que debemos seguir, esto nos permitirá planificar la manera correcta de trabajo. Así mismo debemos conocer nuestras limitaciones en algunos casos donde la patología necesita medicamentos como son: Depresiones Infantiles Severas o Fuertes, Hiperquinesia y otros trastornos de origen orgánicos.

En la mayoría de los casos con mala conducta la forma de tratamiento con niños es con juegos que les permita identificar reglas claras y castigos en caso de romper las reglas. Esto le va a permitir conocer que en los juegos y en la vida diaria, si uno rompe las reglas o no sigue los lineamientos correctos uno puede ser castigado. Esta parte del trabajo se debe realizar con el apoyo de la madre, quien durante la vida diaria se va a convertir en el apoyo y que será la encargada de premiar cuando las acciones sean correctas y castigar en situaciones. Un elemento

importante que permite conocer las conductas durante una semana es la creación de un formato de registro, que puede ser llevado por la madre o algún familiar que lo supervise (*Ver Anexo 4*).

Con algunos trastornos donde todavía la intervención de un psicólogo, cuando a un la afección no necesita tratamiento psiquiátrico, la terapia de juego para un niño le permite desarrollar afección y formas adecuadas para la relación con los demás, tal como se presenta la atención en la *Semillita* la cual utiliza métodos de juegos e integración de los niños con el medio, donde se les presenta que es lo que quieren ser de grandes y plantearles los medios por los cuales lo van a lograr. Esto permitiría disminuir o eliminar trastornos como la depresión o la ansiedad.

Cabe mencionar que es muy importante que realizar una entrevista previa con la madre para que nos permita ver las limitaciones que como psicólogos que tenemos, así mismo podamos enriquecer el tratamiento con apoyo medico u de otro tipo.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el trabajo anteriormente expuesto, se llegó a las siguientes conclusiones:

La cifras de embarazos en adolescentes pueden ser engañosas. Mientras que la gente observa día a día que éstos se incrementan, los datos de instituciones como el Consejo Nacional de Población (Conapo) registran que disminuyen. A partir de eso los investigadores se dan a la tarea de estudiar el caso. García (1992) indagó el incremento de madres prematuras, encontrando que las relaciones familiares son en la mayor parte de las veces la causa de que queden preñadas.

Muchas experiencias comunes nos permiten observar que gran cantidad de jovencitas embarazadas pertenecen a una familia desintegrada o con grandes problemas de comunicación, lo cual las lleva a intentar salir de su casa y, sin saber cómo cuidarse, entran en un campo para ellas nuevo: la sexualidad.

Un número importante de adolescentes carece de los conocimientos básicos sobre sexualidad, lo cual las hace vulnerables y propensas a ser madres solteras. Tal situación, aunada a la mala comunicación dentro de la familia, puede llegar a fungir como causa de quedar encinta.

Ahora bien, con frecuencia las malas relaciones en el hogar orillan las jóvenes a salir de su casa e incluso a embarazarse con tal intención. Esto pretende ser una solución inmediata para el problema, pero desde luego constituye una salida falsa que afectará a la muchacha cargándola de responsabilidades para las cuales no está madura.

La problemática de la maternidad prematura es demasiado amplia para ser resuelta con facilidad. En las décadas anteriores la liberación sexual propicio indirectamente el incremento de embarazos en adolescentes y a la fecha tal tendencia continúa. Las instituciones de salud, públicas y privadas, promueven una sexualidad saludable y con responsabilidad, pero su mensaje no ha sabido llegar a la mayor parte de la población: los jóvenes de ambos sexos utilizan pocos métodos anticonceptivos y, cuando es el caso, no lo hacen de manera confiable.

En efecto, dado el elevado porcentaje de personas entre los 10 y 19 años que desconocen el empleo correcto de los recursos contra la concepción, es factible afirmar que en la medida en que se impartan más talleres y se les dé una divulgación más vasta, los adolescentes comenzarán a saber cuál es el que se adapta mejor a sus necesidades. No obstante, cabe hacer hincapié en que el mejor de los métodos anticonceptivos es la abstinencia.

Las investigaciones de Ehrenfeld (1991) muestran que la maternidad no planeada en personas entre 15 y 19 años se elevó notablemente en 1991, lo cual incrementó la tasa de nacimientos anuales que va 430,000 a 454,000. Por supuesto, el caso de México no es aislado, sino que se comparte con el resto de Latinoamérica (y otras regiones de países en vías de desarrollo o subdesarrollados). Este conflicto se agudiza debido a la falta de recursos adecuados para la atención de la madre y su hijo. Muchas adolescentes, con el fin de evitar la responsabilidad y presión concomitantes recurren al aborto clandestino, poniendo con ello en peligro su salud.

Aunque el problema es complejo no es invencible. Es viable atacarlo si comenzamos a desarrollar una conciencia que plantee abierta y claramente la necesidad de una sexualidad responsable. Sin duda, este es el método por el cual podemos abordar la cuestión y no ocultando la verdad o escamoteando la necesidad de impartir educación sexual, la cual es la llave para la prevención de embarazos en adolescentes, puesto que es el medio por el cual podemos instruirlos sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Winn (1996) confirma que el conocimiento de la sexualidad integral es un elemento importante para que exista un desarrollo saludable en el adolescente. En nuestro país el tema se aborda sólo en lo referente a la procreación, pero debemos comenzar a observarlo como una parte vital de nuestra vida, que debe ser tomada con responsabilidad y ejercida en la medida en que el sujeto sea apto y maduro para hacerlo.

En cuanto comencemos a hacer conciencia de esto, los embarazos en adolescentes irán disminuyendo; en realidad no hay razón válida que nos impida obtener un conocimiento amplio, verídico e integral de la sexualidad y de cómo cuidarnos. La barrera que nos separa de tal objetivo ha sido investigada por Peralta (1999), quien consigna que un gran número de padres tiende a considerar la impartición de la educación sexual como una aberración peligrosa y carente de moral. Éstos creen que los niños de quinto grado de primaria no piensan en el tema y que introducirlos en él sería contraproducente. Pero si superamos tal obstáculo, los más pequeños pueden comenzar a entender qué es la sexualidad y cuáles son las medidas que deben adoptar para protegerse de un embarazo indeseado o si de enfermedades de transmisión sexual. Para ello es imprescindible hacer a los padres participes de la educación sexual de sus hijos, junto con maestros preparados y especialistas en la materia.

Con el fin de eliminar tabúes y mitos acerca de este tópico la sociedad podría echar mano de una de las fuerzas más poderosas de la época: los medios de comunicación. Si éstos comienzan a asumir esta tarea y a enfocarse a la prevención, pueden ser una valiosa ayuda en la promoción de temas y elementos que serían captados por la casi todos los niveles sociales y se entenderían con mucha facilidad.

No debemos olvidar la atención a los sectores marginales, sobre todo porque son éstos los estratos en los que hallamos mayor número de embarazos en adolescentes y porque la pobreza se transfiere y reproduce. No sólo se trata del hecho de que una joven quede encinta, sino que puede reincidir limitando las posibilidades de desarrollo de sus hijos y aumentando el grado de carestía para ella y sus hijos. Un plan que aborde esta cuestión debe tener como prioridad a las zonas rurales y urbano marginales, con programas de prevención y planificación.

El fenómeno social de la preñez temprana e indeseada tiene fuertes repercusiones tanto en materia de servicios de salud y cuidado obstétrico como psicológico. Es importante investigar más los sentimientos de depresión, culpa, menosprecio y limitación de expectativas para ofrecer un apoyo real a las personas en esta situación.

Berstein (1974) señala que la joven que conserva a su bebé se enfrenta con las responsabilidades de ser madre y adolescente; debe adaptarse a su nueva vida y buscar una solución a su desarrollo, ya que en algún momento tendrá que estar sola y encarar retos muy complejos. Pero no únicamente ella sufrirá el rechazo de la sociedad, la soledad o la falta de cariño; el infante probablemente se encuentre expuesto a los mismos problemas. Si es repudiado desde el momento en que está en el útero, se verá muy afectado y casi seguramente presentará trastornos psicológicos que afecten su vida social y escolar. La madre, al padecer un sentimiento de fracaso, posiblemente lo refleje de manera inconsciente en el niño: por su parte él, al sentirse mal rechazado, asimilará esta situación, presentando conductas agresivas y violentas en su medio escolar y/o familiar. López (1998) aborda este punto al describir cómo la transferencia de emociones negativas al niño puede convertirlo en un menor infractor en casos extremos.

Lo anterior nos lleva a formular una propuesta de atención en la cual se marcan tres puntos relevantes. Uno: la prevención como elemento de vital importancia en la cuestión, porque en la medida en que las adolescentes no tomen conciencia de las consecuencias de una vida sexual acelerada y sin protección se convertirán en madres solteras. Esto no quiere decir que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

impongamos una abstinencia, sino que es preciso hacer conciencia del uso adecuado de métodos anticonceptivos.

El punto dos se enfoca a eliminar las ideas irracionales de la madre por medio de la terapia racional emotiva de Albert Ellis. Como ya se expuso, se trata de creencias que afectan al bebé desde que se encuentra dentro del útero, donde recibe las emociones de su progenitora directamente. En tanto que se transformen estas nociones, la adolescente comenzará a observar a su bebé con otra imagen, podrá plantearse metas que deberá cubrir para su propia satisfacción y cubrir las necesidades físicas y afectivas de su bebé.

Por último, el punto tres aborda la atención a los hijos de madres adolescentes, que en ocasiones lastiman o hieren a su hijo sin intención, como resultado de la presión concomitante a un hogar incompleto en el que ellas deben adoptar el papel materno y paterno simultáneamente, sin estar preparadas. Al respecto se propone la atención del problema con la terapia cognitiva de Beck. Aun cuando ésta se orienta a niños ya mayores, es posible emplearla para atacar las depresiones infantiles con el planteamiento de objetivos. Para los más pequeños este recurso debe adaptarse a través de juegos, con los cuales se pueden ir cambiando las conductas no deseadas por ideas adecuadas.

Aun cuando Mahoney (1997) asegura que la TRE y la terapia cognitiva se aplican efectivamente en México, la presente debe ser considerada como una propuesta orientada a aplicarse. Tratándose de una tesis teórica se prescindió del seguimiento de casos concretos, pero mi experiencia en atención a pacientes, y específicamente en el caso de una niña embarazada por violación, me permitió saber cómo piensan las personas en situación similar y por qué se da un rechazo al producto. Lo importante en cualquier caso es que, si ella decide quedarse con el bebé, ayudarla a que se plantee metas y eliminar las ideas irracionales; igualmente relevante es plantearle la posibilidad de apoyo al niño(a) si va a carecer de un padre.

En conclusión: el embarazo en adolescentes debe ser considerado un problema si no se tienen los medios adecuados hacerse cargo de la situación y la joven no acepta al bebé, pasado el tiempo en el cual pudo solucionar el problema por otra vía. Es, además, un vasto problema demográfico. Sin embargo, puede solucionarse en la medida en que comencemos a promover la conciencia de una sexualidad sin tabúes y más responsable.

REFERENCIAS

1. Álvarez, A.(1999) "PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES". DIF, México DF.
2. Ausubel, D. (1981). Desarrollo infantil. México, DF.: Trillas.
3. Babikian, J. & Golfman, L.(1980). Embarazo en adolescentes solteras: aspectos sociales y psicológicos. México, DF.: Editorial Diana.
4. Baltasar, J. y García A.(1992) "Practica Anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México". Salud publica de México, 5, (34), 14-23
5. Bernstein, R. (1974). La madre soltera Frente a la sociedad . Buenos Aires.: Marymar
6. Carrizo B. H., Corona V. E., Funke A. S. & Gantier G. M. (1992). Educación y Sexualidad. (4), 23-25 y 52-55.
7. Castells M. (1994). Nuevas perspectivas criticas en educación. México, DF.: Paidós.
8. Cervantes E. (1999) Salud sexual y reproductiva en las y los jóvenes. México, DF.: Nueva Identidad.
9. Clarke, M. (1997) "Embarazos no deseados y enfermedades venéreas". Guía practica de la salud y Psicología del adolescente. México, DF.:Planeta.
10. Comisión Nacional de Población. (2002) "Marginación". Boletín de Prensa. México DF.
11. Comisión Nacional de Población. (2002) "Índice de desarrollo social de los niños y niñas". Boletín de prensa.
12. Comisión Nacional de Población. (2001) "Índice de desarrollo social de los niños y las niñas". Boletín de prensa. México, DF.

13. Comisión Nacional de Población. (2000) "La "unión libre" es cada vez más frecuente entre los jóvenes". Boletín de prensa. México, DF.
14. Comisión Nacional de Población. (2000) "La serie radiofónica Zona Libre, Un programa de orientación para las y los adolescentes y jóvenes". Boletín de prensa. México, DF.
15. Comisión Nacional de Población. (2002) "Población, Crecimiento y Proyecciones". Boletín de prensa. México, DF.
16. Cunningham P & Boulton B. (1996). "Black teenage Pregnancy in south Africa: some considerations". Adolescence, 11, (31), 256-261.
17. Daley, S. (2000, Febrero). France Provides Morning-After Pill to Schoolgirls [En red] Disponible en: <http://nytimes.com/library/world/europe/020800hth-france-birthcontrol.html>.
18. Davis, R. (2000) "Alta tasa de embarazos entre adolescentes hispanas". La Prensa San Diego.
19. DSM IV. (1997). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Masson, S.A.
20. Eggleston E. Jackson J. Hardee K. (1999). "Sexual Attitudes and Behavior Among Young Adolescents in Jamaica" International Family Planning Perspectives, 2, (25), 78-84 & 91.
21. Ehrenfeld, N. M. (1994). "Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada". Salud pública de México, 2, (36), 47-64.
22. Ellis, A. (1989) "Teoría general de la RET(TRE)". Práctica de la terapia racional emotiva. México, DF.: Desclee de Brouwer S.A., Biblioteca de Psicología.
23. Fonseca, V. A. (1998) "**La conducta Agresiva en el niño escolar de 6 a 12 años**". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

24. Fragoso, A. (1998) "**Aspectos psicológicos implicados en la problemática de las madres solteras**". Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx., México.
25. García L. (1991). "Embarazos en adolescentes". Revista Rol de enfermería, 158, (14), 21-41.
26. Gordon C. (1996). "Adolescent Decision making: a broadly based theory and it's application to the prevention of early pregnancy". Adolescence, 123, (31), 54-70.
27. INEGI (2002, Febrero). [En red] Disponible en: www.inegi.com.gob
28. Irby S., Nitz K. & Felice M. (2000). "Repeat Pregnancy among urban adolescents: sociodemographic, family and health factors". Adolescence, 137, (35), 76-95.
29. Leroux, J. (2000). "La generación perdida". Grupo Reforma.
30. Lindsay, J. (1993). Adolescentes como padres. Buena Park, California: Morning Glory.
31. López, O. R. (1998) "**Menores Homicidas**". Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, México, DF., México.
32. Mahoney, M. (Ed.). (1997). Psicoterapias cognitivas constructivitas: Teorías, Investigación y Práctica. México, DF.: Biblioteca de Psicología.
33. McBride, D. & Giennap, A. (2000). Using Randomized Designs to Evaluate Client-Centered Programs to Prevent Adolescent Pregnancy. International Family Planning Perspectives, 5, (32), 53-61.
34. Mejía M. (1998) "**Apoyo de emergencia a personas violadas: participación del(la) psicólogo(a)**". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx., México.

35. Monterrosa, M. (1996). "Embarazo en adolescentes" Tribuna Medica, 4, (94), 154-160.
36. Musinger, H. (1978). Desarrollo del niño. México, DF.: Interamericana.
37. Mussel, P. (1980) "Influencias prenatales del ambiente" Desarrollo de la personalidad en el niño. , México, DF.: Trillas.
38. Nafis, S. (1995) "prevención y ayuda a los adolescentes en materia de la salud reproductiva". UNITED NATIONS POPULATION INFORMATION NETWORK (POPIN). EU.: Alan Guttmacher Institute.
39. Olivera, L. (2001). "El embarazo a edad temprana deteriora la calidad de vida de los jóvenes". Gaceta UNAM.
40. Peralta, S. (1999) Cuando los niños hablan. La jornada.
41. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. (1991) "Incidencia de delitos sexuales". Junio a Noviembre de 1990. México, DF.: Documento Interno..
42. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. (2001) "Violación". Estadísticas. México, DF.:
43. Ravert, A. & Martin, J. (1997). " Family stress, perception of Pregnancy and age of firts menarche among pregnant adolescents". Adolescence, 126, (1), 57-87.
44. "Contra los embarazos de adolescentes, información". Periódico. (1998). México, DF.: Impresiones.
45. "Teens Sex and pregnancy". Facts in Brief. (1999). EU.: Alan Guttmacher Institute.
46. Secretaria de Salud. (2000) "El embarazo". Causa Joven, el sexo. México Yucatán: Gobierno de Yucatán.

47. Saucedo, M. J. (Ed.). (1997). Psiquiatría. México, DF.: McGraw Hill.
48. Shirley, A. (1998) "Critical Issue Essay: Teen Pregnancy" Bell & Howell information and Learning.
49. SNC. (2001). "Riesgos del Embarazo en Adolescentes". Salud Publica, 3, (23), 476-479.
50. Sommer, K., Whitman, T. & Borkowski, J. (2000). "Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional delays in children of adolescent mothers". Adolescence, 37, (134), 12-17.
51. Soto, F. (1982) "Actitudes Familiares". Cuando son problemas y cómo cambiarlas. España: Narcea.
52. Susann, S. (2001) "Sexualidad y Embarazos en Adolescentes". [En red]. Disponible en: <http://adserver.hispavista.com>
53. Stern, C. (1997). "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica". Salud Publica, 7, (39), 137-143.
54. Valdés, R & Sanín, L. (1996) "La violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer". Salud publica de México, 5, (38), 41-55.
55. Vargas, R. (1996). "En Aguascalientes, cruzada contra un libro de texto que aún no se escribe". La jornada.
56. Ventura, S. (1999) . "Pregnancy, birth and abortion rates among U.S. teenagers continued their downward trend in 1996" . Teenage Pregnancy.
57. Wellings, K. & Mitchell, K. (1998). "Risk Associated with Early sexual activity and fertility". Teenage sexuality: Health, Risk and Education, 14, (23), 10-21.
58. Winn, S. (1997). "Young People's Sexual Knowledge". Teenage Sexuality: Health, Risk and Education, (17), 21-33.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Anexo I

Un ejemplo veraz de abuso sexual que llevó a un embarazo no deseado es el caso de una muchacha de 15 años, originaria de provincia, quien vino a la capital a trabajar para ayudar a sus papás que viven en Oaxaca.

Acogida por su tía en Tlanepantla, un día salió a su trabajo, como lo había hecho durante el tiempo de su estadía, y se encontró con su agresor, que la violó. Al cabo de unos meses descubrió que estaba encinta. Con el desconocimiento del estupro por parte de la tía y de los familiares, nadie pudo hacer nada para buscar una solución rápida a su estado.

La muchacha desconocía en un principio lo que le pasaba y su tía ignoraba el estado de gravidez. En esta ignorancia se cumplió el periodo en el que no se veían manifestaciones externas de su embarazo. Cuando éste se hizo evidente, comenzaron a procurarle cuidados, aunque la aceptación de la tía era muy baja, repitiendo con ello el esquema social.

Cuando llegó el momento de dar a luz, la joven tuvo un sentimiento de rechazo al niño: concibió la idea de regalarlo, una solución que para ella representaba una forma fácil de eliminar el problema. Por su puesto, esta salida no contemplaba el bienestar del niño, que probablemente sufriría las consecuencias de haber sido obsequiado y de vivir sin madre y/o padre, pero este recurso no afectaría a la muchacha directamente.

Las enfermeras del hospital en que fue atendida realizaron con ella una charla posterior al parto. La intentaron animar con la finalidad de disminuir la depresión, fenómeno que muchas mujeres resienten después de dar a luz. Esto las llevo a indagar el futuro que tendría con su bebé. La joven les comentó que quería deshacerse de él, ya que no era lo que ella había elegido, sino producto de una violación. De alguna forma las enfermeras convencieron a la adolescente para que conservara al recién nacido, dado que ellas consideraron que esto era lo más sano para él.

El personal auxiliar del hospital continuaba viendo a la paciente muy deprimida, así que pidieron una interconsulta informal a Psicología, con la finalidad de encontrar apoyo en esta situación. Durante la entrevista levantada la convalciente mencionó que tenía dolor a causa de haber parido en forma natural. Asimismo, se le cuestionó sobre la situación de su pequeño, a lo que respondió que ella no lo quería, pero que ahora ya tenía planes de quedarse con él.

Atribuimos su depresión a la gran presión que producto de tener que preservar a una criatura que fue resultado de una violación, algo que no esperaba y que no sabía que le pasaría, al

igual que al problema de la manutención y el cuidado del bebé. Un tercer factor que intervino fue la familia, que no se enteró del embarazo de la muchacha hasta el momento en que dio a luz a su hijo.

El problema continuó. Desafortunadamente, debido a la dificultad para el seguimiento del caso y la somnolencia de la adolescente, no se obtuvo una información más completa. Pocos días después fue dada de alta y no fue posible tomar conocimiento más que de un esbozo de los planes a futuro que tenía con su bebé.

Anexo 2

Lindsay (1993) investigó los sentimientos de las adolescentes que tuvieron un embarazo no deseado y cómo fue cambiando su forma de pensar cuando tuvieron el apoyo de alguien.

Elisha, 17 años.

“Me sentí muy triste. No podía creer que estaba embarazada. No quería creerlo. Con el pasar de los días yo iba engordando. Finalmente tuve que enfrentarme a la realidad. Mis papás se sintieron muy heridos, pero me dieron apoyo. Me ayudaron muchísimo.”

Maurine, 14 años.

“Dejé de asistir a la escuela cuando tenía tres meses de embarazo. No quería que nadie lo supiera. No iba a ninguna parte. Creo que eso fue peor. Me hubiera podido quedar en mi escuela secundaria.”

Patti, 16 años.

“Yo me desentendí del embarazo. No les dije nada a mis padres todo el verano. Tuve que decirles cuando empezaron las clases para poder participar en el programa para madres y padres adolescentes. Mi novio se había mudado y yo estaba sola. El se cambió cuando yo todavía no sabía que estaba encinta. No se lo dije. Creo que todavía no sabe.”

Elise Marie, 14 años.

“Si se lo hubiera dicho a mi abuelita más temprano, probablemente habría visto al médico. Eso me hubiera servido. Esconderlo era difícil. Nunca quería estar en casa porque no quería que me vieran.

“Esperé tanto porque tenía miedo. Yo creía que mi novio me iba a dar apoyo, pero no lo hizo. Las cosas no son siempre como uno las quiere.”

Liz, 15 años.

“Cuando se me empezó a notar, tenía miedo de estar en público. Estaba avergonzada de mí misma. No quería saber nada del embarazo, pero era una realidad de la vida.

"Mi consejera me habló del Teen Mother Program, para muchas como yo. Me sugirió que me cambiara allí. Cuando fui al programa, me sentí mejor. No tenía idea de que tantas muchachas estuvieran embarazadas. Hasta entonces, creía que era sólo yo."

Miranda, 13 años.

"Mi mamá se decepcionó mucho cuando supo que yo estaba encinta. El embarazo cambió nuestra relación.

"Antes yo no le decía nada a ella. No hablaba casi con ella porque no me importaba. Ahora le digo las cosas, cómo me siento, qué estoy haciendo. ¡nos hemos unido más!

Lei, 16 años.

Lei tenía 11 años cuando se mudó a Estados Unidos con su familia:

"En mi país no puedes tener novio sino hasta cuando estás en la universidad.

Yo me aburrí de ellos [de mis padres] por que no me dejaban crecer. Decían que yo no podía salir con ningún muchacho hasta los 21 años. Ni siquiera podía salir con un muchacho que fuera sólo amigo.

"Me fui de casa cuando tenía 16 años. Me fui a vivir con mi novio. Después salí encinta. Me dijeron que podía volver a casa si abortaba. Me dijeron que me perdonarían.

"Yo sabía que todo volvería a ser igual que antes si volvía. No me dejarían ver a mi novio.

"Después mi tía habló con mi mamá. Le dijo: 'Es tu única hija y tienes que ayudarla.' Así que mi mamá nos invitó a mudarnos con ellos.

Nosotros no queríamos, pero lo hicimos. Teníamos que ahorrar dinero para el bebé. Nos casamos y nos mudamos con ellos. Mi papá todavía no nos acepta muy bien."

Lucía, 16 años.

"Durante seis meses no se me notaba. No aumenté de peso. Yo ni si quiera pensaba en eso. Entonces, de repente, me hicieron el examen de ultrasonido. Tenía 26 semanas de embarazo.

"Ya estaba muy adelantada y lo único que podía hacer era tener el bebé. Yo no sabía que hubiera podido abortar. Entonces la consejera me dijo: 'bueno, ya es demasiado tarde'."

Lucía dio su bebe en adopción.

Anexo 3

Livier (2002) registra que los altos índices de marginación en la colonia Merced motivaron en 1991 la creación del Centro de Apoyo a la Mujer y al Niño La Semillita, cuyo objetivo es brindar educación y alimentación a los hijos de las madres solteras que convergen de estados como Oaxaca, Guerrero, Chiapas, Michoacán y Veracruz, con un alto nivel de analfabetismo y pobreza.

Actualmente la organización, iniciativa de la Unión Nacional de Mujeres Mexicanas AC, realiza trabajo social en la zona de La Merced, y atiende a un promedio de 130 niños.

Según la información proporcionada por la secretaria de ecología de la Unión, 80% de las mujeres que llevan a sus pequeños al Centro son analfabetas y se desempeñan como vendedoras, trabajadoras domésticas o meseras.

Por 60 pesos semanales, La Semillita brinda los servicios de maternal, jardín de niños y preescolar; alimentación, apoyo psicológico, atención médica y dental.

El Centro también cuenta con talleres en las áreas de educación, salud y capacitación laboral, dirigidos a los vecinos de la comunidad y a las madres de los pequeños, con el fin de proporcionarles elementos que contribuyan a su desarrollo.

La Merced es una zona que enfrenta altos índices de pobreza, desnutrición, maltrato físico y psicológico, abuso sexual, prostitución, adicciones y falta de espacios y ambiente positivo para la estimulación del crecimiento de los niños y niñas que habitan la colonia.

Paralelo al servicio de estancia infantil, periódicamente se presenta en el Centro el espectáculo infantil *De juegos y de sorpresas*, del Grupo Tlacuache Teatro, compañía integrada por artistas de la Escuela de Arte Teatral del INBA y del Colegio de Teatro de la UNAM. El costo por función es de 3,000 pesos, para un promedio de 400 espectadores. En el caso de La Semillita, el Tlacuache Teatro se presenta gratuitamente.

ANEXO 4

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Medio Día							
Tarde							
Noche							
Total							
Total de la semana							

Puntuaciones a considerar:

Mañana:

Conducta de Tender cama, Higiene(lavado de manos o bañarse), conducta en el desayuno.

Comportamiento con visitas y en casa de las visitas.

Medio Día:

Si esta en clases ser reportado por la maestra, en casa: conducta de higiene (lavado de manos), comportamiento en casa, comportamiento con visitas o en la casa de las visitas, comportamiento en parques o calle.

Tarde:

Comportamiento en casa, escuela o calle, comportamiento con visitas, conducta de higiene, comportamiento al comer, labores escolares, labores de casa.

Noche:

Comportamiento en casa, con visitas o en la casa de las visitas, higiene (lavado de manos o bañarse) conducta durante la cena, respeto de normas para ir a dormir.

Puntuación:

Si cumple con todas, si falla en una a dos = 1 punto

Si falla en mas de 3 = 0 puntos

Máxima puntuación por semana = 28

Nota:

La madre considerara dar un premio si cubre un mínimo de 20 puntos en la semana.

El premio lo decidirá la madre durante la terapia.