

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL  
ESTADO DE HIDALGO**

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
AREA ACADEMICA DE TRABAJO SOCIAL**

**“EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES. CASO DEL HOSPITAL  
OBSTETRICO PACHUCA”.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO  
EN TRABAJO SOCIAL**

**P R E S E N T A:**

**ANGELA SÁNCHEZ TREJO.**

PACHUCA DE SOTO, HGO

NOVIEMBRE 2005

---

---

## INDICE

### CONTENIDO

Pág.

#### Introducción

#### Capítulo I

##### Diseño de la investigación

1.1. Planteamiento del problema.....	5
1.1. Justificación. ....	6
1.3. Objetivo General .....	8
1.4. Objetivos específicos .....	8
1.5. Hipótesis.....	8
1.6. Metodología.....	9

#### Capítulo II

##### Adolescencia y Embarazo

2.1. Factores socioculturales de la adolescencia .....	12
2.2. Embarazo adolescente.....	16
2.2.1. Factores del embarazo en adolescentes.....	19
2.2.2. Factores que influyen sobre la paternidad de los adolescentes. ....	23

#### Capítulo III

##### Sexualidad en las adolescentes.

3.1. Educación sexual, adolescencia y salud .....	29
3.1.1. Salud, sexo y sexualidad.....	29
3.2. Concepto de sexualidad .....	29
3.3. Adolescencia .....	30
3.4. Sexualidad en la adolescencia .....	32
3.5. Aspectos psicosociales de la sexualidad de los/las adolescentes .....	34
3.6. Aspectos biológicos de la sexualidad adolescente.....	36

---

---

## **Capítulo IV**

### **Teorías de la adolescencia.**

4.1. La psicología biogenética de la adolescencia, según Stanley Hall.....	38
4.2. La teoría psicoanalítica del desarrollo adolescente.....	41
4.3. La teoría de los mecanismos de defensa del adolescente, según Anna Freud.....	43
4.4. La insistencia de Otto Rank en torno de la necesidad de independencia del adolescente.....	43
4.5. La teoría del establecimiento de la identidad de Yo, según Erik Eriksson.....	47
4.6. Una teoría “geisteswissenschaftliche” de la adolescencia.....	49
4.7. Antropología cultural y adolescencia.....	50
4.8. La insistencia de la Leta Hollingworth acerca de la continuidad del desarrollo.....	52

## **Capítulo V**

### **Teorías sobre embarazo en adolescentes**

5.1. Teoría psicoanalítica.....	55
5.2. Teoría biológica.....	56
5.3. Teoría social y cultural.....	57
5.4. Teoría familiar.....	58
5.5. Teoría psicológica.....	60
3.6. Embarazo adolescente.....	60
3.7. Embarazo adolescente en la mujer.....	64
3.8. Embarazo adolescente en el hombre.....	65
3.9. Factores predisponentes del embarazo en la adolescente.....	66
3.10. Consecuencias del embarazo adolescente.....	67
3.11. Anticoncepción en la adolescencia.....	71

## **Capítulo VI**

### **Resultados de la investigación.**

5.1. Interpretación y análisis de los datos.....	75
Conclusiones.....	93
Anexos.....	95
Bibliografía.....	117

---

## **INTRODUCCIÓN.**

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos ajustes psicosociales a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que esos(as) tienden al inicio de relaciones sexo genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos, estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o en una enfermedad de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes.

Dar respuesta a la pregunta ¿cómo satisfacer las diversas necesidades de los/las adolescentes?, es un problema que enfrentan padres, prestadores de servicios, educadores y sociedad en general, Pese a la urgente necesidad de satisfacer las

---

demandas de los/las jóvenes. Los programas se enfrentan con controversias y barreras sociales que limitan la efectividad de los resultados.

La ayuda que necesitan los adolescentes varía de acuerdo a sus características particulares, recordando que existen adolescentes tempranos, intermedios y tardíos; adolescentes urbanos, rurales e indígenas; escolarizados y no escolarizados y en diferentes contextos socioculturales.

Dentro de los múltiples propósitos de los programas de este tipo están el hacer accesibles los servicios, ayudar a incrementar conocimientos, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas, contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgo, entre otros, procurando que posprogramas aboguen por nuevas normas sociales que promuevan la equidad y protejan la salud de los/las jóvenes.

Los/las adolescentes necesitan programas que den cuenta de la necesidad que tienen de ser escuchados, de contar con servicios de salud que protejan su intimidad e identidad, que estén dispuestos a abordar cualquier tema, que ganen su confianza, vayan a donde ellos van y hablen su mismo lenguaje. Programas en los cuales se eliminan los obstáculos burocrático, la ineficiencia y la falta de atención empática y anónima. Si bien la experiencia es hasta ahora limitada, los programas han dado mejor resultado cuando se trabaja con los adultos responsables de su formación, cuando se involucra a los jóvenes en el diseño de los modelos fomentando la comunicación interpersonal, cuando se articula la educación a la prestación de servicios, cuando se presentan modelos de conducta que hacen más atractivo el comportamiento sin riesgos y sobre todo cuando se invierte el tiempo suficiente y se cuenta con la actitud y la disposición para atenderlos.

El Hospital Obstétrico Pachuca pertenece a los servicios de salud de Hidalgo, con sede en esta ciudad capital se encuentra ubicado en la jurisdicción sanitaria No. 1

---

que comprende una extensión territorial de 10,432.96 kilómetros cuadrados en la que corresponden 7 municipios: Pachuca de Soto, Atotonilco el Grande, Huasca de Ocampo, Mineral del Chico, Mineral del Monte, Mineral de la Reforma, Omitlan de Juárez.

Esta Jurisdicción cuenta con un total de 283 localidades, en la mayoría del territorio predomina un clima templado y su nivel de marginación se encuentra catalogado entre los niveles medio y bajo.

Esta unidad hospitalaria fue creada a iniciativa del Ejecutivo Estatal, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la mujer hidalguense durante su embarazo, en el momento de parto y puerperio, esta unidad hospitalaria tiene como función apoyar a las usuarias en este importante rubro de salud, cuenta con las cuatro especialidades básicas para el cuidado de la mujer embarazada Gineco-obstetricia, Anestesiología, Pediatría y Odontología.

Es por esto que el día 26 de Mayo del año 2000, siendo Presidente de la República, el Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León acudiendo como testigo de honor, en compañía de Gobernador del Estado, Lic. Manuel Ángel Núñez Soto; el Director de los Servicios de Salud de Hidalgo, Dr. Alberto Jonguitud Falcón; y el Dr. Salvador Martín Núñez Paredes, como Director del Hospital Obstétrico Pachuca, en cuyo acto ratificaron el compromiso de brindar una atención integral obstétrica con calidad, eficacia y calidez a la mujer hidalguense que no cuenta con seguridad social y a toda sociedad en su conjunto.

Por lo antes expuesto, el presente trabajo consta en un primer momento de seis capítulos, en primer capítulo se presenta el diseño de la investigación.

En el segundo capítulo se habla de la adolescencia y el embarazo y los factores que influyen en él.

---

En el tercer capítulo se exponen aspectos de la sexualidad de las adolescentes como psicosociales y biológicos.

En el cuarto capítulo se mencionan algunas teorías sobre la adolescencia como: biogenética, psicoanalítica y otras.

En el quinto capítulo se refiere a las teorías del embarazo en adolescentes considerando la opinión de diferentes autores y aspectos del embarazo adolescentes y los factores que lo predisponen.

En el sexto capítulo se presentan los resultados de la investigación se hace una breve descripción de resultados, la interpretación y análisis de los mismos, así como las conclusiones finales.

Se espera como resultado identificar y describir las características de las adolescentes embarazadas, en el Hospital Obstétrico Pachuca.

---

## **CAPITULO I. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El embarazo en las adolescentes representa un problema de salud pública, sobre todo por que el mayor porcentaje de población tanto a nivel nacional como a nivel mundial esta compuesta por jóvenes.

Debido a que la adolescencia es una etapa de crisis para el individuo, en la cual la familia juega un papel muy importante, ya que de ésta va a depender el éxito o fracaso con que el individuo supere dicha crisis. (Reyes, 1993).

A pesar de los avances logrados en salud sexual y reproductiva, aún es elevado el número de embarazos no planeados que ocurren en la población adolescente, esto representa un desafío para el país y para el estado de Hidalgo en el inicio del tercer milenio, ya que existen 9 mil 597 adolescentes, entre 12 y 18 años de edad, están en riesgo de abandonar la primaria y la secundaria por estar embarazadas, de acuerdo con cifras obtenidas por la Secretaría de Educación Pública.

El Hospital Obstétrico Pachuca es una unidad de salud, donde son atendidas las adolescentes embarazadas, en estos casos se encontró que no se ha realizado un estudio para identificar algunas características.

Por tal motivo se realizará esta investigación que responderá al problema siguiente:  
¿Cuáles son las características de las adolescentes embarazadas que se atienden en el Hospital Obstétrico Pachuca?



---

## **1.2. JUSTIFICACION.**

Uno de los problemas más importantes a los que nos enfrentamos por su trascendencia social, es el embarazo adolescente, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Los investigadores y la sociedad en general han tratado de comprender qué es lo que propicia un alto porcentaje de embarazos adolescentes no deseado aún cuando diversos instituciones como la escuela, la iglesia y la familia; tratan de infundir en sus adolescentes una ideología que retrase la actividad sexual, los embarazos y matrimonios precoces, por lo menos hasta que éstos hayan concluido sus estudios básicos y puedan valerse económicamente por si mismos.

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1998), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050. Será, por lo tanto, imprescindible redoblar los esfuerzos institucionales, de la sociedad civil y del sector privado para satisfacer sus demandas.

Mi experiencia laboral en el Hospital Obstétrico Pachuca, es de cinco años y me ocupo en el Departamento de Trabajo Social a dar orientación a las pacientes respecto a planificación familiar, también realizo los estudios socioeconómicos para conocer el nivel de su situación económica con el fin de ayudar a la población que lo requiere, promuevo los programas de educación para la salud, formo grupos de orientación con pacientes y familiares, mantengo comunicación directa con todos los servicios de la institución, coordino las referencias y contrarreferencias a otros niveles de atención, realizo visitas domiciliarias, registro paciente que pertenecen a

---

algún programa, informo del estado de salud de los pacientes, elaboro el informe mensual de actividades, oriento a los familiares sobre los servicios que brinda el hospital, realizo tramites de altas para egresos de pacientes, notifico al ministerio público los casos médico legal y realizo el pase de visita con el equipo interdisciplinario.

Así mismo el Hospital Obstétrico de Pachuca cuenta con el Programa del Club del embarazo y éste tiene como finalidad orientar a las usuarias respecto a los cuidados durante su embarazo.

Y he observado un incremento de adolescentes embarazadas, en el presente año en el Hospital antes mencionado y siendo un promedio mensual de 259 usuarias, es por eso que en este trabajo de investigación se considera importante identificar las características de las adolescentes embarazadas , para que de alguna manera el Club del embarazo, el Hospital y la sociedad hidalguense conozca las particularidades de las adolescentes que asisten a recibir atención medica y resulta relevante porque los beneficiarios inmediatos son los antes mencionados, las adolescentes, y también yo porque al conocer los rasgos de las usuarias las puedo orientar con mayor precisión y me ayudará a implementar nuevas estrategias para contribuir a la disminución de este problema.

---

### **1.3. OBJETIVO GENERAL:**

Identificar y describir las características de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Obstétrico Pachuca.

### **1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1.- Identificar las características de las adolescentes embarazadas tales como: edad, escolaridad, ocupación y el estado civil.
- 2.- Identificar las causas del embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Obstétrico Pachuca.

### **1.5. HIPÓTESIS.**

Se refieren a la explicación de una suposición que hace el investigador al iniciar una investigación y así tratar de comprobar los posibles factores a los cuales se hace mención.

Son hipótesis de trabajo propuestas provisionalmente para la investigación en una etapa anterior al inicio de la investigación definitiva.

Las hipótesis, además de un contexto teórico, deben contar con un contexto de realidad que las afiance. Ciertas hipótesis, correctamente construidas desde el punto de vista teórico, no pueden presentarse como tales si no guardan relación con la realidad concreta.

Existen investigaciones descriptivas que no necesariamente requieren de la construcción de una hipótesis, pero siempre será mejor tenerlas por que de ese modo habrá un referente ante el cual llegar a resultados.

---

Una característica fundamental de las hipótesis es su probabilidad de contrastación. Cuando no es posible hacerlo, se contrastan sus predicciones o implicaciones.

A continuación la hipótesis que se tiene en este trabajo de investigación es la siguiente: la falta de información sobre planificación familiar es la que determina un embarazo adolescente.

## **1.6. METODOLOGÍA.**

La definición de metodología se refiere cuando se designa al conjunto de operaciones o actividades que, dentro de un proceso preestablecido, se realizan de una manera sistemática para conocer y actuar sobre la realidad social.

Existen diferentes tipos de investigaciones como exploratorios, descriptivos, comparativos, correlacionales y explicativos.

El tipo de estudio a realizar depende de la estrategia de investigación que se realice, no obstante, cabe mencionar que para dicha investigación se pueden utilizar uno o la combinación de dos o más estudios según sea el caso.

Para efectos de esta investigación el tipo de estudio que se realizó es el descriptivo por que esta dirigida a identificar y describir las características de las adolescentes embarazadas, se hizo con un enfoque cuantitativo toda vez que se utiliza su diseño para analizar la certeza de la hipótesis con base en la medición numérica y de acuerdo con la evolución del fenómeno es transversal ya que solo se recolectaron datos en un solo momento y tiempo, de acuerdo al periodo en que se capta la información es prospectiva.

---

## **VARIABLES.**

Los elementos que constituyen una hipótesis son las variables. Para Ezequiel Ander-Egg, las variables se definen como “una característica o propiedad que pueden variar entre individuos o conjuntos.

Edad

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

Causas del embarazo en las adolescentes

## **SELECCIÓN DE LA MUESTRA.**

El tamaño de la muestra depende de la precisión que el investigador estima deberá tener la investigación. En todo caso habrá de privilegiarse el tamaño más grande posible, pues se centra con más probabilidades de su representatividad, suficiente exactitud, precisión, y es menor el error estándar.

Para esta investigación se tomó en cuenta a la población de adolescentes embarazadas que asisten a recibir atención médica al Hospital Obstétrico Pachuca, perteneciente a los Servicios de Salud de Hidalgo, siendo esta un total de 259, de la cual se tomo una muestra de 51 pacientes de 13 a 19 años, en el área de consulta externa y hospitalización, los cuales fueron escogidos al azar para contestar dicho cuestionario, el cual nos ayudo a conocer en forma general las características de las adolescentes embarazadas, se realizo en el mes de septiembre del 2005.

---

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Adolescentes embarazadas (menores de 20 años).
- Control prenatal en el Hospital Obstétrico.
- Segundo trimestre del embarazo.

## **RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.**

Para la aplicación del instrumento a las adolescentes embarazadas, se cubrieron dos turnos el matutino y vespertino, se entregaron los cuestionarios y se dieron veinte (20) minutos para que la respondieran, en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización del Hospital Obstétrico Pachuca, en el mes de septiembre 2005.

---

## **CAPITULO II ADOLESCENCIA Y EMBARAZO.**

### **2.1. FACTORES SOCIOCULTURALES DE LA ADOLESCENCIA.**

La adolescencia es un proceso que ocurre durante el desarrollo evolutivo del individuo, caracterizado por una revolución biopsicosocial.

El proceso adolescente marca la transición del estado infantil al estado adulto. Las características psicológicas de este movimiento evolutivo, su expresividad y manifestaciones a nivel de comportamiento y de adaptación social, son dependientes de la cultura y de la sociedad en las que el proceso se desarrolla. Este proceso, como es vivido en la cultura occidental, surgió con la industrialización y la evolución de la burguesía

Aries (1981), en su libro sobre la Historia social del niño y de la familia, en el capítulo que trata sobre “Las edades de la vida”, relata un estudio interesante. Nos muestra que, en el idioma francés, las palabras oriundas del latín puer y adolescens eran empleadas indistintamente. La expresión fundamental que se conocía era enfant (niños).

Recién mediados del siglo XVI pasó a diferenciarse enfance, jeunesse y vieillesse (infancia, juventud y vejez). La expresión “juventud” abarcaba una edad más tardía y significaba “fuerza de la edad”. No existía, por lo tanto, un lugar para la adolescencia.

El Diccionario de la Real Academia Española, en su vigésima primera edición, que corresponde al año 1992, dice que adolescente es el que “esta en edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”.

---

Por lo tanto, el adolescente es el que está en un periodo que antecede a la juventud.

La sociedad, en diferentes épocas, le da más valor a una edad que a otra. Por eso, la juventud fue muy valorada en el siglo XVII, y el “primer adolescente moderno típico habría sido Sigfrido de Richard Wagner”. La música de Sigfrido expresa, por primera vez, la mezcla de pureza, fuerza física, naturalismo, espontaneidad y alegría de vivir, todo ello hacía del adolescente el héroe del siglo XX. Ésas serían las variaciones conceptuales que expresan las transformaciones que ocurren en la comprensión de las sociedades, con sus culturas que cambian con el correr del tiempo y dependiendo de cuestiones demográficas, como afirma Aries. (Leo, 1999).

La sociedad tiende a organizarse por medio de reglas, leyes, costumbres y tradiciones que, por medio de la cultura, se perpetúan como valores grupales comúnmente aceptados por sus integrantes. En este sentido, las sociedades establecen los elementos que definen los estatus infantil y adulto, así como la modalidad de resolución de esta transición.

Cuando me refiero a modalidad, ella debe entenderse como el conjunto de criterios socialmente vigentes que marca la evolución progresiva del joven al estatus adulto. La escolaridad, por ejemplo, puede ser utilizada como uno de los criterios presentes en nuestra cultura, y se caracteriza por una diversidad de estatus dentro de la sociedad.

En los siglos XVII y XVIII, los niños de 10 años y jóvenes de 25 años frecuentaban la misma clase escolar. No existía discriminación programática ni de actividades en relación con las diferentes etapas de desarrollo. Los niños y los adolescentes eran expuestos, de manera explícita, a situaciones de violencia y sexo. No se pensaba que ellos fueran indiferentes a esos hechos, pero tampoco había preocupaciones en relación con las repercusiones sobre su desarrollo. Muchos, tal vez, creían que el niño, por lo menos hasta los 12 años, era ajeno e indiferente a esas situaciones.



---

El conocimiento humano evoluciono en relación con el desarrollo biopsicosocial, pero la esencia de su comportamiento persiste, gracias a las características pulsionales inherentes a la especie. Freud y sus seguidores identificaron, sistematizaron y le dieron forma científica a todo con lo que intentaban lidiar la mitología, los poetas – desde la antigüedad- y las religiones primitivas, o sea: las condiciones del alma humana.

Tanto la agresividad humana, perceptible en las guerras, en la violencia urbana o en el seno familiar y personal, como las manifestaciones amorosas sufren las influencias de la cultura vigente y al mismo tiempo la influyen por medio de un proceso dinámico y constante.

Las transformaciones de la cultura, a su vez, pueden ser observadas en la actualidad, por ejemplo, en la vulgarización de la vida privada o en la pérdida de referencias en relación con lo individual y lo colectivo. El comportamiento sexual y su liberación, así como la violencia inagotable e insertada en el alma, hacen que, en cierto sentido, el hombre contemporáneo no difiera, en su esencia pulsional, de sus ancestros más primitivos.

La vida colectiva, en sociedad, sumada a los procesos de corticalización, con su capacidad simbólica, Produce cambios en las formas de expresión de la vida pulsional. Esta, a su vez, se transforma –por medio de la cultura- en elementos de la vida afectivo-emocional y del conocimiento humano que interfieren en la cultura, movilizada por las pulsaciones.

En el malestar en la cultura y Tótem y tabú, Freud (1930, 1912-3) retrata, de manera brillante, esa situación. La pubertad, por lo tanto, es un proceso resultante de las transformaciones biológicas, mientras que la adolescencia es fundamentalmente psicosocial. Ella es desencadenada. Forzada y concomitante a las alteraciones

---

biológicas que intervienen en la maduración de las manifestaciones pulsionales y son inherentes a este periodo.

Vale la pena recordar que las velocidades de maduración de cada sector (biológico, psicológico y social), y de las partes que los componen, son distintas e interactuantes, dando el colorido típico que caracteriza al adolescente de nuestra sociedad.

A pesar de que el proceso de la adolescencia depende de factores extrínsecos y regionales, hay aspectos que pueden ser considerados universales. Desde las civilizaciones primitivas hasta las consideradas modernas y progresistas, todas dan un significado social preponderante al momento de la adquisición de la capacidad reproductora, evidenciada por el inicio de la eyaculación y por la primera menstruación, centralizada en el tabú del incesto y en el significado de la representación totémica. Son las condiciones que determinan la búsqueda, fuera de la familia, de un nuevo objeto de amor.

En la sociedad contemporánea, al joven se le agrega otra función para poder alcanzar la condición adulta y así ser reconocido por la sociedad como tal. El debe poseer condiciones para encargarse de su propio destino, cualidad muy difícil de lograr en nuestros días debido a las circunstancias sociopolíticas y económicas que las sociedades contemporáneas están viviendo.

La sociedad, con su cultura y tradiciones, establece prerequisites y criterios que el joven deberá superar para obtener el estatus adulto. El indígena púber, habiendo adquirido la función reproductora y estando ya plenamente apto para la caza o la guerra, se encontraba en condiciones de ejercer diversas funciones y estaba capacitado para integrarse a la comunidad adulta.

---

Hoy, en nuestra sociedad, las condiciones necesarias para ascender a la vida adulta involucran aspectos que aumentan las dificultades y complejidades, haciendo que esta fase de transición sea más prolongada y aparentemente más penosa.

El joven, de por sí, tienen que enfrentarse con aspectos sociales, políticos, filosóficos, religiosos, económicos y profesionales, sin contar aquí todo el proceso afectivo subyacente.

La velocidad y la intensidad con que medios de comunicación social llegan a las culturas han sido, en los últimos tiempos, tan intensas que superan la posibilidad de asimilación y distorsionan las culturas que tradicionalmente eran estables. Esta constelación de valores hace todavía más complejo el periodo fundamental para la organización de la personalidad del individuo. (Leo, 1999)

## **2.2. EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.**

El diagnóstico y el manejo del embarazo imprevisto en la adolescente constituyen un tema importante para cualquier médico. En Estados Unidos, la pobreza y los cambios en las costumbres y conductas sexuales, combinado con el uso poco constante de anticonceptivos, ha provocado un índice muy alto de embarazos entre las adolescentes. Este índice es el doble del de Inglaterra y Gales, Franja y Canadá; tres veces mayor que el de Suecia; y siete veces mayor que en los países bajos.<sup>1-2</sup> Los medios de comunicación, a través de anuncios, historias y artículos tanto útiles como explícitos han glorificado el sexo en que las escuelas y otros grupos hayan ofrecido la información adecuada sobre sexualidad y control de la natalidad. A menudo los padres se encuentran atrapados en medio, incómodos con el cambio en la conducta sexual pero a la vez incapaz de iniciar la discusión necesaria sobre la abstinencia o la anticoncepción. Con frecuencia el médico debe abordar estos temas en el consultorio; además, a muchos de ellos se les pide asesoría en el sistema escolar de

---

<sup>1</sup> Heder AH, Emmans, (1992) "Evaluation of the sexually abused child". Citado en Emans; 2000.

<sup>2</sup> Finke, M.I. (1994). "Medical Findings in child sexual abused" Citado en Emans; 2000.

---

la comunidad, aun cuando no tengan experiencia en la sexualidad de la adolescente o en las enfermedades de transmisión sexual.

La tarea del médico se ha tornado todavía más desafiante por los avances políticos, legales, sociales y médicos de Estados Unidos. Están surgiendo nuevas medidas para las escuelas y las clínicas y han comenzado evaluaciones más rigurosas. Al mismo tiempo, la legislación y las decisiones de la corte limitan opciones de las adolescentes a medida que imponen nuevos requisitos para involucrar a los padres en sus decisiones respecto del embarazo y se ofrecen soluciones como interrumpir la ayuda a las madres adolescentes y a sus hijos. Es muy importante que el médico trascienda más allá de la retórica y comprenda la causa del índice tan alto de embarazos en niñas escolares en Estados Unidos. Los factores vinculados al embarazo de las adolescentes, incluidos grupos minoritarios, situación socioeconómica baja, oportunidades educativas limitadas, hogar con uno solo padre y relaciones familiares deficientes, se encuentran entrelazados de manera intrincada.<sup>3</sup> Hay que tener en mente la presencia de muchos factores mezclados al revisar la literatura sobre las causas y los resultados del embarazo en la adolescente.

Las investigaciones más recientes han disipado muchos de los mitos sobre el embarazo en este grupo de edad. Por ejemplo, el índice más alto de actividad sexual, embarazos y paternidad entre los adolescentes de grupos minoritarios en Estados Unidos quizá esté más relacionado con la situación socioeconómica baja que con el hecho de pertenecer a un grupo minoritario. Con excepción del caso de las adolescentes muy jóvenes, las adolescentes embarazadas no necesariamente tienen resultados médicos sombríos durante el parto. Mucho tiempo se pensó que las madres adolescentes eran una de las causas de las deficiencias educativas, pero ahora se consideran producto de ciertos problemas académicos. Además, el embarazo en la adolescente no siempre es imprevisto; algunas de ellas desean un hijo por su cultura, sus antecedentes socioeconómicos, sus compañeras y las

---

<sup>3</sup> Hymel KP, Jenny C. (1996) "Child sexual abused" citado en Emans; 2000.

---

expectativas de sus familiares. El hecho de que una adolescente sea una madre con poca experiencia como tal no sólo se debe a sus antecedentes socioeconómicos, sino también a otros factores de riesgo y conductas cuestionables.

Durante el decenio de 1980 se reportaron más adolescentes con experiencia sexual; gran parte de este incremento se advirtió entre las adolescentes de raza blanca y las que provienen de familias con mayores ingresos, lo que disminuyó las diferencias que existían en cuanto a raza, etnia e ingresos.<sup>4-5</sup> En 1993 ocurrieron un poco más de un millón de embarazos en adolescentes, incluidos nacimientos, abortos y óbitos. Estos embarazos tuvieron como resultado el nacimiento de 513 647 de madres menores de 20 años de edad. Entre 1980 y 1990, en 21 estados de la Unión Americana se advirtió una reducción considerable en el índice de embarazos entre adolescentes, en tanto que en otros 12 estados la cifra aumentó.<sup>6</sup> Después de un incremento de 24% en el índice de nacimientos de 1986 a 1991 con una reducción ininterrumpida los abortos, el índice nacional de embarazos entre las mujeres de 15 a 19 años de edad disminuyó de 62.1/1 000 en 1991 a 59.5/1 000 en 1995. El índice preeliminar de nacimientos en 1995 por 1 000 era de 50.3 para mujeres blancas, de 95.5 para las mujeres de 78.7 para las indias americanas, de 27.0 para las mujeres asiáticas y provenientes de las islas del Pacífico y de 106.2 para las hispanas. El índice de nacimientos entre las adolescentes de raza negra disminuyó 17% entre y 1995.<sup>7</sup> Entre 1986 y 1991, los índice de nacimientos entre mujeres de 15 a 17 años de edad aumentaron 27%, disminuyeron 2% en 1992 y disminuyeron todavía más e hasta alcanzar 37.6 nacimientos /1 000. El índice de embarazos y de abortos varía de manera considerable en los diversos estados. Por ejemplo, en 1992 los índices de

---

<sup>4</sup> American Academy of paediatrics Committee on Child abused and Neglect. "The evaluation of sexual abused of children"

<sup>5</sup> Finkelhor D, (1994). "Children as victims of violence" citado en Emans; 2000.

<sup>6</sup> Berkowitz CD (1992). "Child sexual abused. Citado en Emans; 2000.

<sup>7</sup> Larson CS. (1994). "Sexual abuse of children". Citado en Emans; 2000.

---

embarazos entre las mujeres de 15 a 19 años de edad variaron entre 57.7/1 000 (Wyoming) y 106.9/1 000 (Georgia). Entre las menores de 15 años los índices de embarazos variaron entre 2.0/ 1000 (Idaho) y 10.9/1 000 (Mississippi).<sup>8</sup> En total, los índices de embarazos entre las mujeres de 15 a 19 años de edad disminuyeron de 1991 a 1992, y mostraron un descenso considerable en 31 de los 42 estados en los que se tenían datos específicos para cada edad. En dos estados los índices se incrementaron de manera significativa. El descenso en el índice de embarazos entre las adolescentes se reflejó en el índice de nacimientos y de abortos. Los índices de nacimientos disminuyeron en 20 estados; los de abortos disminuyeron en 31 de 42 estados (entre 15 y 27% en 15 estados).

### **2.2.1. FACTORES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.**

El preludeo más evidente para que una adolescente se embarace es el inicio precoz de la relación sexual. Algunos de los principales factores de riesgo para que comiencen de forma precoz su actividad sexual es situación socioeconómica baja, orientación deficiente hacia los logros para el futuro, dificultades académicas, escasas oportunidades y escuelas deficientes.<sup>9</sup> Otra influencia importante en la decisión de una adolescente para iniciar su vida sexual es la que proviene de sus compañeras y hermanas.<sup>10</sup> <sup>11</sup> La adolescente rodeada de hermanas y amigas con actividad sexual tiende a ser más permisiva respecto del sexo premarital, la conducta sexual y, en las niñas núbiles, sus intenciones de tener sexo.<sup>12</sup> Las adolescentes con antecedentes familiares de padres jóvenes también corren mayor riesgo de tener

---

<sup>8</sup> op. cit Finkelhor D, (1994). Citado en Emans; 2000.

<sup>9</sup> Kempe CH, (1978). "Sexual abuse, another hidden pediatric problem" Citado en Emans; 2000.

<sup>10</sup> Erickson PI, (1991). "Unwanted sexual experiences among middle and high school youth" Citado en Emans; 2000.

<sup>11</sup> Nagy S. (1995). "Adverse factors associated with forced sex among southern adolescents girls" Citado en Emans; 2000.

<sup>12</sup> op. cit Erickson PI. (1991) Citado en Emans; 2000.

---

un embarazo precoz.<sup>13</sup> Klerman advierte, "para que una mujer se separe de sus familiares, amigas y vecinas y diga: 'voy a vivir de manera distinta', debe contar con una terminación extraordinaria". Las adolescentes rodeadas de hermanas y compañeras embarazadas o con hijos tienden a experimentar sentimientos positivos o ambivalentes hacia la maternidad precoz.<sup>14</sup> Pese a que muchos adultos consideran que el embarazo de una adolescente constituye un acontecimiento negativo para la vida, los jóvenes no necesariamente tienen la misma opinión. Por lo tanto, para diseñar un programa eficaz que prevenga los embarazos en las adolescentes hay que comprender profundamente la razón por la que algunas aceptan el embarazo o cuando menos no procuran evitarlo.<sup>15</sup>

La conducta sexual también depende de la falta de apoyo y estructura familiar en la vida de la adolescente, así como de la imagen glamorosa que los medios de comunicación han creado de la actividad sexual sin consecuencias. La falta de cariño provoca que algunas adolescentes inicien su actividad sexual en busca de cercanía emocional. El inicio prematuro de la actividad sexual también está vinculado a otros factores, como ser víctima de abuso sexual o estar rodeada de personas que fuman, beben o usan drogas.<sup>16</sup> <sup>17</sup>

La actividad sexual sin emplear de manera correcta algún método anticonceptivo contribuye enormemente al índice tan alto de embarazos en adolescentes en Estados Unidos. La evidencia más reciente indica que las adolescentes pueden utilizar los métodos anticonceptivos de manera tan eficaz como las mujeres

---

<sup>13</sup> Hibbard RA, (1988). "Abused , feelings, and health behaviours in a student population" Citado en Emans; 2000.

<sup>14</sup> op. cit Nagy S. (1995) Citado en Emans; 2000

<sup>15</sup> op. Cit Kempe CH (1978) Citado en Emans; 2000

<sup>16</sup> Hibbard RA (1990). "Behavioral risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a nonclinical setting" Citado en Emans; 2000

<sup>17</sup> Herman-Giddens ME. (1994)" Vaginal foreign bodies and child sexual abuse" Citado en Emans; 2000

---

maduras solteras e incluso mejor. En cualquier edad las mujeres pobres tienen más dificultades para usar adecuadamente los métodos anticonceptivos. Sin embargo, las adolescentes sí deben enfrentarse a determinados retos en cuanto a la anticoncepción. Muchas de ellas, inmaduras desde el punto de vista cognoscitivo, son incapaces de percibir las consecuencias en el futuro (embarazo o enfermedades de transmisión sexual de su conducta (relaciones sexuales) y, por lo tanto, no utilizan ningún anticonceptivo. El proceso de maduración durante la adolescencia comprende la formación de una autoimagen estable, una identidad sexual y un concepto de sí mismo como ser independiente de los padres. Este proceso no se realiza en forma ordenada, de manera que la adolescente no siempre se ve a sí misma como una mujer fértil cuando de hecho puede tener hijos si ha alcanzado la madurez sexual. La congruencia, responsabilidad y planeación necesarias para emplear en forma eficaz cualquier método anticonceptivo no siempre son compatibles con el estadio del desarrollo en el que la adolescente elige iniciar su vida sexual. El desarrollo cognoscitivo tan limitado de las adolescentes jóvenes les impide tomar en cuenta los sentimientos y los valores de su pareja sin importarles si puede ocurrir un embarazo ni si es necesario recurrir a algún método anticonceptivo. Si bien para las adolescentes mayores los riesgos que corren son menos fortuitos y las conductas y sus consecuencias están mejor conectadas, muchas siguen negando las posibles consecuencias de no emplear métodos anticonceptivos.

Algunas adolescentes rechazan la posibilidad de embarazarse y además tienen ideas erróneas; por ejemplo, creen que el embarazo es resultado sólo de la actividad sexual frecuente. Para algunas, su renuencia a reconocer su propia sexualidad impide el uso adecuado de anticonceptivos. Una situación común es la negación de la fertilidad; con frecuencia afirman: "Nunca pensé que me sucediera a mí" o "He tenido relaciones sexuales durante dos años y no me había embarazado" o "Jamás hubiera pensado que me embarazaría". Las pacientes con alguna enfermedad médica, como fibrosis quística, diabetes



---

mellitus, enfermedad inflamatoria pélvica recurrente, retraso del desarrollo u oligomenorrea, corren más riesgos al pensar que sus posibilidades de embarazarse son escasas.

Cuanto más prolongada es la actividad sexual de la adolescente sin que ocurra un embarazo, más se refuerzan las conductas arriesgadas. Muy pocas saben que al aumentar la edad ginecológica se incrementa la posibilidad de que los ciclos ovulatorios sean regulares y, por lo tanto, aumenta la fertilidad. Muchas veces tampoco pueden identificar el momento más peligroso de su ciclo menstrual para determinar la fertilidad y comprender el impacto que tienen los ciclos irregulares sobre la ovulación. Por consiguiente, es importante incluir una explicación sencilla sobre el ciclo menstrual en los cursos de sexualidad que se imparten en las escuelas y los consultorios. De esta manera, se observa que los ciclos variables y los métodos poco confiables constituyen factores importantes en los embarazos imprevistos.

Otro indicador de riesgo de embarazo en la adolescente son las consultas frecuentes para obtener pruebas de embarazo con resultados negativos.<sup>18-19</sup> En un estudio de adolescentes que acudieron a una clínica para someterse a pruebas de embarazo se descubrió que aquellas que reciben resultados negativos comparten muchas características con las que reciben resultados positivos y deciden continuar su embarazo: dificultades académicas, situación socioeconómica baja y deseo de concebir. Cerca de 56% de las adolescentes con una prueba negativa de embarazo se encuentra grávida en los siguientes 18 meses.<sup>20</sup> Aquellas con una prueba de embarazo negativa son candidatas excelentes para asesoría y prevención de embarazos imprevistos en el futuro.

---

<sup>18</sup> Kienberger Jaudes P. (1992). "Interdisciplinary evaluation of alleged sexual abuse cases" Citado en Emans; 2000

<sup>19</sup> Paradise JE (1988). "Substation of sexual abuse charges when parents dispute custody or visitation." Citado en Emans; 2000

<sup>20</sup> Becker JB (1994). Characteristics and treatment" Citado en Emans; 2000

---

Para muchas adolescentes es difícil discutir la anticoncepción con su pareja o insistir en el uso de un preservativo por las relaciones desiguales entre los sexos y las expectativas culturales y étnicas de cada sexo. Muchas de ellas son incapaces de decir "no" a las relaciones sexuales, en especial cuando la pareja es mucho mayor.<sup>21</sup> Cerca de 74% de las mujeres que habían tenido relaciones sexuales antes de los 14 años de edad, y 60% de las que habían comenzado su vida sexual antes de los 15 años, reportan haberse sometido al sexo en forma involuntaria.

Para algunas adolescentes su minoría de edad se convierte en una carga al intentar conseguir anticonceptivos. Por un lado, temen que sus padres las descubran y desapruében que los usen. Los médicos no inician la plática sobre la anticoncepción y las STD, y las adolescentes son demasiado tímidas como para sacar a relucir el tema. Las que deciden buscar algún método anticonceptivo a veces se detienen por la falta de transporte o disponibilidad (gratis o de costo reducido) de instituciones que las provean de anticonceptivos en forma confidencial. Entre 1980 y 1992, los fondos del programa de planificación familiar, que respaldan a las clínicas, disminuyeron 72%, lo que provocó costos más altos, menores horas de trabajo y reducción de las actividades educativas y esfuerzos por llegar a las adolescentes.<sup>22</sup>

### **2.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA PATERNIDAD DE LOS ADOLESCENTES.**

Si una adolescente se embaraza tiene tres posibilidades: continuar el embarazo hasta el término y convertirse en madre, interrumpir el embarazo por medio de un aborto o continuar el embarazo y dar su hijo en adopción. Muy pocas adolescentes embarazadas en la actualidad eligen esta última opción; entre 1982 y 1988, sólo 3%

---

<sup>21</sup>op. Cit Kempe CH. (1978) Citado en Emans; 2000

<sup>22</sup> op. Cit Heder AH, Emmans, (1992)"Evaluation of the sexually abused child". Citado en Emans; 2000

---

de las mujeres blancas no hispanas solteras dieron sus hijos en adopción. Como resultado, la mayoría de las adolescentes elige entre el aborto o la maternidad. Cerca de 51% de los embarazos en adolescentes termina en parto o cesárea, 14% en aborto espontáneo y 35% en aborto provocado.

El factor principal que orilla a una adolescente a decidirse por la maternidad es la situación socioeconómica baja; 80% de las adolescentes que da a luz es pobre o con ingresos reducidos.<sup>23</sup> Las adolescentes embarazadas provenientes de familias con ingresos altos 'tienden a someterse a un aborto. Klerman afirma que "para que una adolescente pobre actúe como una rica respecto de la sexualidad, el embarazo y la crianza de los hijos, la sociedad deberá ofrecerle circunstancias comparables de vida, por ejemplo, un ingreso familiar suficiente, el contacto con modelos positivos, escuelas apropiadas y un mejor hogar".

Muchos de los riesgos relacionados con el embarazo de la adolescente también incrementan su riesgo de convertirse en madre durante esta época. Las adolescentes con dificultades académicas o sin orientación para el futuro son más propensas a convertirse en madres adolescentes. En el estudio de la Rand Corporation,<sup>24</sup> el índice de madres solteras varía de 1 en 1 000 entre niñas blancas con capacidad académica alta, ingresos familiares considerables y familias íntegras, hasta 1 en 4 entre las niñas negras con una capacidad académica reducida y provenientes de familias pobres cuya cabeza es una mujer. Los factores de riesgo para la maternidad adolescente varía según el grupo étnico; por ejemplo, se observó un menor riesgo entre las jóvenes blancas con una comunicación adecuada entre padres e hijos, en las niñas de raza negra con una supervisión paterna apropiada y en niñas hispanas con convicciones religiosas. Entre las niñas hispanas y blancas, un factor importante para que se embarazaran fueron las conductas problemáticas. Los planes de emprender estudios universitarios redujeron la posibilidad de convertirse en madre soltera en

---

<sup>23</sup> Ibidem,

<sup>24</sup> Finkelhor D. (1984) "child sexual abuse" Citado en Emans; 2000

---

todos los grupos, pero sobre todo entre los de raza negra. Las niñas con fracasos académicos y sin ninguna esperanza consideran que tener un hijo sano es una experiencia poderosa y exitosa.

Otro factor vinculado a la maternidad entre adolescentes son los antecedentes familiares de madres jóvenes y los sentimientos positivos o ambivalentes hacia la paternidad. De acuerdo con la experiencia de un centro de salud que atendía a más de 600 madres adolescentes, Cox et al.<sup>25</sup> Crearon un modelo para examinar los factores que contribuyen al índice tan alto de embarazos entre las hermanas. Los factores intrafamiliares que propician el embarazo temprano son madres jóvenes, actitudes permisivas, falta de control paterno y presencia de una hermana madre. La influencia que tiene esta hermana quizá esté vinculada al papel positivo que desempeña la madre adolescente dentro del hogar, con actitudes más favorables hacia el inicio temprano de la vida sexual y las actividades compartidas. Algunos factores socioculturales, como ciertas normas de la comunidad y la sociedad que favorecen la maternidad temprana, interactúan con las influencias de los compañeros y alteran las habilidades sociales y la capacidad de autorregulación, el sentimiento de autoeficiencia y los valores sexuales de cada persona. Determinados factores personales, como la depresión y la sensación de desesperanza, se ven influidos por la pobreza multigeneracional. Las tensiones familiares como el alto índice de violencia familiar, el abuso sexual y físico y el consumo de sustancias incrementan el valor del embarazo temprano en la vida de las adolescentes. El proceso integrador central de los factores intrafamiliares, socioculturales y personales tiene un significado personal, "la vida subjetiva interior de la adolescente".

El significado, combinado con el desarrollo cognoscitivo, los conocimientos de los riesgos y las aptitudes para enfrentarse a estos riesgos, influye en la conducta de la adolescente en las situaciones de alto riesgo. Es entonces cuando percibe una

---

<sup>25</sup> Nagy S. (1994) A comparison of risky health behaviours of sexually active sexually abused" Citado en Emans; 2000

---

serie de opciones, a las que asigna ciertos valores y elige una que prefiere por encima de las demás.

En otras investigaciones se ha observado muchos de los factores enumerados en el estudio del embarazo en hermanas se relacionan con el embarazo en general. Muchas veces la carencia afectiva provoca que la adolescente busque la cercanía emotiva a través de la maternidad temprana. En un estudio de Nadelson et al,<sup>26</sup> 37% de las mujeres jóvenes en un hogar de maternidad estuvo de acuerdo con la asignación siguiente: "A veces me siento tan sola que me gustaría tener un bebé." Además, algunas adolescentes creen que el hijo les ayudará a establecer una relación duradera con su novio; con frecuencia vuelven a embarazarse cuando el novio desea el embarazo.

El vínculo entre raza y paternidad entre los adolescentes es complicado. En 1994, las adolescentes afroamericanas de 15 a 19 años de edad tenían dos veces más posibilidades de dar a luz que las adolescentes blancas,<sup>27</sup> pero la mayoría de las madres adolescentes corresponde a jóvenes de raza blanca.

Las diferencias entre las adolescentes hispanas de condición socioeconómica alta y baja respecto de la paternidad resaltan la importancia de la economía.<sup>28,29</sup>

Las adolescentes México-norteamericanas y puertorriqueñas de 15 a 19 años de edad con un nivel socioeconómico bajo tienen un índice de nacimientos de 108.8 por 1,000 y de 110.4 por 1,000, respectivamente. Las adolescentes cubanonorteamericanas, cuyo nivel socioeconómico generalmente es superior,

---

<sup>26</sup> Knight R. (1989). "A system of classification of child molesters" Citado en Emans; 2000

<sup>27</sup> op. cit Larson CS, (1994). Citado en Emans; 2000

<sup>28</sup> Abel G, (1998) " Multiple paraphilic diagnosis among sex offenders" Citado en Emans; 2000

<sup>29</sup> Schetsky DH, (1988). "Child sexual abused" Citado en Emans; 2000

---

tienen un índice de nacimientos de 26.3 por 1,000. En 1993, las niñas cubanonorteamericanas de 15 a 17 años de edad mostraron un índice de nacimientos por 1 000, comparado con 73.4 por 1 las puertorriqueñas de 15 a 17 años.<sup>30</sup> La pobreza combinada con las expectativas familiares y de los compañeros desempeña un papel muy importante en la maternidad adolescentes, y la investigación es muy limitada en relación con las adolescentes embarazadas y con hijos de raza blanca o afroamericana en los diferentes niveles socioeconómicos.

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años (Stern, 1997). A nivel mundial, cada año nacen 15 mil niños (as/os) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados (IPAS, 1999). Este hecho es motivo de preocupación de varios sectores e interés de diversos investigadores.

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

El aspecto demográfico del embarazo en la adolescente.

En los últimos veinte años, los programas de planificación familiar implementados en México han generado importantes cambios demográficos, entre los que destaca un considerable descenso en las tasas globales de fecundidad. Este descenso no ha sucedido de manera homogénea en los distintos grupos etarios de mujeres; entre las mujeres menores de veinte años el descenso ha sido muy lento. En el país el 16% de

---

<sup>30</sup> Finkelhor D, (1994) "Current information on the scope and nature of child sexual abuse" Citado en Emans; 2000

---

los nacimientos anuales corresponden a mujeres de entre 15 y 19 años de edad.  
(Memoria, Foro Nacional de Jóvenes por los derechos sexuales, 2000).

---

## **CAPITULO III SEXUALIDAD EN LAS ADOLESCENTES.**

### **3.1. EDUCACIÓN SEXUAL, ADOLESCENCIA Y SALUD.**

#### **3.1.1. SALUD, SEXO Y SEXUALIDAD.**

La transformación que experimenta el ser humano en su paso de la niñez a la etapa adulta a través de la adolescencia y juventud, representa un período crucial en su evolución biológica y psicológica. Supone, además, una modificación sustancial en su relación con el medio social. Durante esos años el individuo adquiere comportamientos y actitudes de gran importancia que determinan su integración psicosocial, su salud presente y futura.

Dentro del contexto de la salud integral de los adolescentes, debe hacerse especial énfasis en los aspectos educativos que van encaminados a crear en ellos la responsabilidad del propio cuidado de su salud sexual y reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud sexual como la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus probabilidades de comunicación y de dar y recibir amor (Monroy, 1990).

A la parte de la educación integral que se encarga de estos aspectos y del enseñar a ser y no tan sólo a hacer se le denomina educación de la sexualidad y para entender mejor su significado es necesario revisar algunos conceptos básicos.

#### **3.2. CONCEPTO DE SEXUALIDAD.**

Son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten comprender al mundo y vivirlo a través de su ser como hombre o mujer. Es una parte de la personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a



---

través del cuerpo, es un elemento básico de la femineidad masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal.

A la base biológica de la sexualidad se le denomina sexo biológico que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian a los seres vivos en femenino y masculino para propiciar la reproducción.

En la evolución posterior, entre las 6a. y 8a. semanas va a determinarse el sexo gonadal y hormonal, con la diferenciación de las gónadas a testículos, o a ovarios. Posterior a esto, se produce la atrofia de los conductos de Wolf o de Muller formándose el pene y el escroto, quedando establecido entonces el sexo genital.

Nacido el niño, con los órganos sexuales diferenciados, se le da un sexo de asignación de acuerdo con la conformación de los genitales externos. El simple hecho de que el médico o la persona que atiende al parto indique que es "hombre" o "mujer" va a establecer cuáles son las expectativas de la familia y especialmente, de la sociedad en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido y así se establece el sexo social (nombre, tipo de ropa, registro, etc.) A partir de ese momento los estímulos ambientales que lo rodean, especialmente centrados en la familia, van a empezar a moldear su conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino, determinando así el sexo psicológico y su expresión social (es decir que va a sentirse hombre o mujer y va a actuar de acuerdo con ello). Si el sexo biológico coincide con el social y psicológico se puede decir que se logra una identidad sexual (Monroy, 1990)

### **3.3. ADOLESCENCIA.**

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico,

---

origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995, p.7).

"Desde un punto de vista biológico, la adolescencia es un fenómeno universal. En cualquier grupo racial y cultural las etapas y características biológicas son las mismas; pero, desde el punto de vista psicosocial las características de los y las adolescentes se expresarán según las demandas y expectativas que la sociedad les fije." (Escobar et al., 1995, p. 6).

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos (insight), formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" (Pérez, 1992 p. 31). En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. El autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo et al., 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores." (Castillo et al., p. 12).

La formación de la identidad pasa por una separación emocional de los patrones de dependencia con los padres, con objeto de formar un sentido del sí mismo. Los adolescentes se protegen entre ellos en esta tarea de buscar la identidad, creando estereotipos de ellos mismos, de sus ideales y de sus enemigos." (Pérez, 1992, p. 31).

Según Erikson, la adolescencia es un "punto crítico necesario en el desarrollo debe tomar una u otra dirección, acumulando recursos de crecimiento, recuperación y diferenciación ulterior." (en Escobar et al., 1995, p. 18). "La crisis de la adolescencia toma sentido como un desarrollo y no sólo como un crecimiento, ya que lo importante es la conjugación de factores sociales,

---

familiares, biológicos y éticos. En particular esta crisis de la adolescencia puede ser resuelta, aliviada o agravada de modos diversos por las distintas sociedades; y se constituye en un período ineludible y crucial, ya que puede facilitar o dificultar el desarrollo psicosocial del joven." (Escobar et al., 1995, p.15).

Los criterios para señalar el final de la adolescencia serían: el logro de la independencia afectiva de los padres, el logro de la independencia económica, la elección vocacional, la adopción de una ideología, el logro de un buen ajuste psicosexual; es decir que "la persona sea autónoma, independiente, autodirigida, capaz de tomar sus propias decisiones y aceptar las consecuencias de ellas, tener una identidad clara de sí misma, saber quién es y, posteriormente, ser capaz de tener un trabajo y formar un hogar." (Escobar et al., 1995, p. 14).

En resumen, el adolescente debe cumplir en esta etapa distintas tareas: aceptación de su estructura física, y del papel masculino o femenino que le corresponde socialmente; logro de una independencia emocional de los adultos, y establecimiento de relaciones con sujetos de su edad, y de ambos sexos. Preparación para una relación de pareja estable; desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales que le permitan la elección de una ocupación, y el adiestramiento o capacitación para desarrollarla; y la adquisición de mayor seguridad e independencia económica.

Además la obtención de una conducta social cívicamente responsable, elaboración de una escala de valores acorde con el mundo actual, y finalmente que sea transmisible a su descendencia (Molina, Luengo, Guarda, González & Jara, 1991).

### **3.4. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.**

La sexualidad es una parte esencial del ser humano, la cual se definirá en su estilo de ser persona, en sus características psicológicas, en su modo de ser femenino y

---

masculino, en el modo de sentir, pensar y actuar como individuo en sociedad. La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados (Molina, Luengo & Toledo, 1994).

El adolescente, debido a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, tiene que acomodarse a su cuerpo, así como a la aparición de fuertes impulsos sexuales y de rebelión que no sabe manejar. Todas las etapas por la que pasa el adolescente en la búsqueda del otro, se orientan específicamente a la búsqueda de sensaciones placenteras y a la tendencia erótica (Castillo et al. 1992).

Es importante destacar las fuentes por las cuales el adolescente ha recibido información sexual, ya que éstas tienen distintas consecuencias en el comportamiento de éste. La influencia más directa, temprana y permanente es la del grupo familiar, aunque ésta no es la más importante desde el punto de vista del adolescente. La información acerca de sexo y métodos anticonceptivos la obtienen del grupo de pares, intercambiando generalmente información errónea.

Por otra parte, la iglesia tiene una escasa influencia debido a que "el mensaje conservador que los estudiantes reciben por parte de la iglesia es negativo en lo que sexualidad se refiere, y no coincide con el más liberal recibido a través de los amigos y medios de comunicación." (Cáceres & Escudero, 1994, p. 45).

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida entre los 10 y 19 años de edad, en base a las siguientes características:

1. Desarrollo biológico, desde el comienzo de la pubertad hasta la completa madurez sexual y reproductiva.

- 
2. Desarrollo psicológico, desde los patrones cognitivos y emocionales de la niñez hasta los de la edad adulta.
  3. Emergencia de la etapa de total dependencia socioeconómica de la niñez a la etapa de relativa independencia. (Rosenfiel, 1994).

Así los adolescentes en países en vías en desarrollo como México encuentran dificultades para ajustarse a ésta etapa de su vida, en particular en la esfera de la sexualidad.

En México el número de mujeres adolescentes se incrementa de forma importante en los últimos treinta años. En 1970 había 5.7 millones, para el año 2000 la población casi se duplicó a 10.7 millones. En contraste durante ese período la tasa de nacimientos en madres adolescentes descendió, mientras que en 1970 había 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, para 1998 se redujo a 36 nacimientos por cada mil. (Consejo Nacional de Población, 1998).

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006, con máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050. Será por tanto imprescindible redoblar esfuerzos institucionales, de la sociedad civil y del sector privado para satisfacer sus demandas. (Consejo Nacional de Población, 1998)(Secretaría de Salud, 2000).

### **3.5. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD DE LOS/LAS ADOLESCENTES.**

Una característica fundamental del ser humano es vivir en sociedad. Para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales las personas requieren participar

---

y actuar dentro de diferentes grupos sociales. De estos grupos resalta la familia, considerada como núcleo primario y fundamental, sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes.

La adolescencia es le período crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. (Ibarra, 2003).

Durante esta etapa los /las adolescentes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, pero también aumenta su responsabilidad social, ya que ahora no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuar social.

En la adolescencia se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles adultos. Así surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos propios de los adultos, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de pareja. (Villanueva, 2000; Emans, 2000).

Consolidar la sexualidad para su vida como adulto es un punto clave en el desarrollo del adolescente.

Entonces sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Sexualidad y reproducción se encuentran unidos a las condiciones culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y mujeres. Por ello sexualidad es la manera

---

como piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en función de los patrones culturales de la sociedad a la cual pertenecen. (Secretaría de Salud, 2000).

### **3.6. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE.**

Desde el punto de vista biológico el ser humano es un ser sexuado; la existencia de órganos genitales no sólo determina la asignación del sexo, sino que provoca un comportamiento sexual. El concepto de sexualidad ha traspasado los límites de la genitalidad y ha incluido las distintas conductas tanto individuales como sociales que las personas adoptan para resolver su vida sexual.

Muy distinto es el panorama cuando se habla de madurez sexual, ya que biológicamente tal evento es consecuencia de la influencia del eje hipotálamo – hipófisis – gónado lo cual trae aparejado cambios corporales y psicológicos. (Emans, 2000).

Durante ese período en las mujeres se presenta la telarca, pubarca y menarca. En los hombres hay cambio de voz, pubarca y las primeras emisiones de esperma (Emans, 2000). Anunciando así el inicio de madurez sexual cuya consecuencia es la capacidad reproductiva, siendo este proceso llamado pubertad.

La pubertad es el indicador del abandono de la niñez, y con frecuencia es un evento que se espera con ansiedad, inseguridad y en ocasiones con desconocimiento. Época considerada de crisis en el desarrollo humano (Ibarra, 2003); donde además surge el impulso y la atracción sexual. El impulso en el hombre es intenso, en el día presenta erecciones erráticas y sensibilidad circunscrita al pene, y por la noche experimenta eyaculaciones ligadas o no a sueños eróticos. (Emans, 2000).

En la mujer, se experimenta períodos de gran tensión circunscrita a genitales, con aumento del grosor de los labios menores, clítoris y secreciones vaginales.

---

Para el hombre la capacidad de sentir orgasmo depende en gran medida de la presencia de semen en las glándulas seminales, y la eyaculación es la única forma de satisfacer sus impulsos sexuales. En cambio, la mujer puede experimentar placer erótico a través de la fantasía y el afecto y es por tanto más fácil que pueda postergar la satisfacción sexual a través del coito, ocupando la fantasía un lugar importante en la vida de los jóvenes. (Ibarra, 2003).



---

## **CAPITULO IV. TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA.**

### **4.1 LA PSICOLOGIA BIOGENETICA DE LA ADOLESCENCIA, SEGUN G. STANLEY HALL.**

G. Stanley Hall (1844 a 1924) es considerado por muchos padres de la "psicología de la adolescencia". Se trata del primer psicólogo que estableció una psicología de la adolescencia como hecho en si y que utilizó métodos científicos para su estudio. Puede decirse que tendió un puente entre el enfoque filosófico y especulativo del pasado y el científico y empírico del presente.

Hall tomó el concepto darwiniano de la evolución biológica y lo elaboró como una teoría psicológica de la recapitulación. Según esta teoría la historia de la experiencia del género humano se ha incorporado a la estructura genética de cada individuo.

La ley de la recapitulación sostiene que el organismo individual, en el transcurso de su desarrollo, atraviesa etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad. Vale decir que el individuo vuelve a vivir el desarrollo de la raza humana desde un primitivismo animaloide, a través de un período de salvajismo, hasta los modos de vivir civilizados más recientes que caracterizan a la madurez.

Hall suponía que ese desarrollo obedece a factores fisiológicos. Suponía además que tales factores fisiológicos están determinados genéticamente y que fuerzas directrices interiores controlan y dirigen predominantemente el desarrollo, el crecimiento y la conducta. De esta teoría se desprende que el desarrollo y sus concomitancias de conducta se producen de acuerdo con pautas inevitables, inmutables, universales e independientes del ambiente socio-cultural.

---

Los antropólogos culturales y los sociólogos atacaron este punto de vista y mostraron, a la luz de las pruebas acumuladas, que la posición de Hall era extrema e insostenible. Refutaron además la afirmación de que las predisposiciones de conducta de los impulsos fisiológicos, tal como las expresadas en la teoría de la recapitulación, fueran predominantemente específicas.

Hall sostenía que algunos tipos de conducta socialmente inaceptables característicos de fases históricas del pasado deben ser tolerados por padres y educadores, puesto que son etapas necesarias del desarrollo social. Pero para tranquilidad de padres y educadores aseguró también que esa conducta intolerable desaparecería espontáneamente en la etapa siguiente del desarrollo, por lo que los esfuerzos educacionales o disciplinarios que se hicieran por corregirla eran innecesarios. Restos de esta suposición pueden hallarse aún en la concepción de la madurez, de Gesell.

El concepto de Hall acerca de las etapas del desarrollo humano es un corolario de la teoría de la recapitulación. Las características de cada etapa del desarrollo del individuo corresponden a alguna de las fases históricas primitivas en la evolución de la raza humana. A diferencia de Aristóteles y de muchos psicólogos modernos defensores todos ellos de la teoría de las "etapas", Hall no dividía el desarrollo humano en tres de estas etapas sino que formulaba una división cuatripartita similar a la propuesta por Rousseau. Las principales etapas evolutivas de Hall son: infancia, niñez, juventud y adolescencia.

En el período de infancia incluye los primeros cuatro años de la vida. Mientras el niño gatea, representa la etapa animal de la raza humana, durante la cual la especie aún se servía de cuatro patas. Durante ese período predomina el desarrollo sensorial; el niño va adquiriendo aquellas actitudes sensomotrices que son necesarias para la autopreservación.

---

El período de la niñez entre los cuatro y los ocho años correspondería presuntamente a la época cultural en que la caza y la pesca constituían las actividades primordiales del ser humano. Es la época en que el niño juega al escondite, a cowboys e indios, en que utiliza armas de juguete, etc. La construcción de cuevas, chozas y otros escondrijos remeda la cultura del hombre de las cavernas.

La juventud de los ocho a los doce años comprende el período que hoy en día es comúnmente llamado "preadolescencia". En esa etapa el niño recapitula la "vida monótona del salvajismo" de hace varios miles de años. Es el período de vida en que el niño ofrece una predisposición favorable a la ejercitación y la disciplina, cuando el entrenamiento y la reiteración rutinarios son los métodos de educación más apropiados.

"No existe en la vida del hombre otro período de tan óptimas posibilidades para el adiestramiento y la disciplina, ni de parecida maleabilidad, tanto para adquirir costumbres como para adaptarse fácilmente a nuevas condiciones. Es la edad del entrenamiento exterior y mecánico. La lectura, la escritura, el dibujo, el adiestramiento manual, la técnica musical, los idiomas extranjeros y su pronunciación, el empleo de números y elementos geométricos y muchas otras aptitudes tienen en ésta su edad de oro, y si no se la aprovecha a tiempo, ninguna de esas habilidades podrá ser adquirida más tarde sin graves impedimentos, desventajas y pérdidas". (Múuss, 1972).

La adolescencia es el período que se extiende desde la pubertad (alrededor de los doce o trece años hasta alcanzar el status de adulto. Según Hall, finaliza relativamente tarde, entre los veintidós y veinticinco años. Hall describió la adolescencia como un período característico de Sturm and Drang, tormenta e ímpetu.

En términos de la teoría de la recapitulación, la adolescencia corresponde a una época en que la raza humana se hallaba en una etapa de turbulencia y transición. Hall describió la adolescencia como un segundo nacimiento, pues es

---

entonces cuando aparecen los rasgos más evolucionados y más esencialmente humanos. (Múuss., 1972).

#### **4.2. LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL DESARROLLO ADOLESCENTE.**

La teoría psicoanalítica del desarrollo adolescente y la teoría evolutiva de recapitulación de Hall tienen una idea fundamental en común: ambas consideran a la adolescencia como un período filogenético. El psicoanálisis no incorpora una teoría específica de recapitulación, pero también Freud sostuvo que el individuo repite experiencias anteriores del género humano en su desarrollo psicosexual.

Según la teoría psicoanalítica, las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales. Un ejemplo llamativo de ello es la suposición psicoanalítica según la cual el complejo de Edipo sería un fenómeno universal.

El período de latencia toca a su fin con el crecimiento y la maduración de los genitales, lo cual es una característica biológica. Puesto que la pubescencia está vinculada con aquellos cambios corporales que se asocian con la maduración de las funciones reproductoras, se la ha de considerar, sin duda, como un fenómeno universal. Paralelamente con los cambios fisiológicos de la maduración sexual marchan los componentes psicológicos tales como el instinto sexual energías libidinales que buscan alivio a la tensión, así como otros fenómenos de la adolescencia.

Por eso ha de inferirse que la adolescencia, con sus cambios de conducta, sociales y emocionales, es un fenómeno universal. Para Freud, existen estrechas relaciones entre los "cambios fisiológicos y procesos corporales por una parte y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por la otra. Durante la adolescencia, los cambios de conducta tales como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas.

---

Finalmente, los cambios fisiológicos están relacionados con alteraciones emocionales, especialmente con el acrecentamiento de emociones negativas tales como la depresión, la ansiedad, el desgano, la tensión y otras formas del comportamiento adolescente.

La teoría freudiana del desarrollo psicosexual ha estimulado la consideración del desarrollo de la personalidad en general y de la adolescencia en particular. No obstante, en la versión original de su teoría, que contiene el descubrimiento de la sexualidad infantil, Freud se ocupa relativamente poco de la pubescencia y de la adolescencia.

Los neofreudianos parecen admitir que el período de la adolescencia ha sido pasado por alto en la literatura psicoanalítica de los primeros tiempos. El desarrollo de la personalidad se prolonga, obviamente, más allá de la situación edípica; la formación de la personalidad se verifica durante la crisis de la pubertad y como producto de su resolución.

Anna Freud explicó que el poco interés puesto sobre la adolescencia se debe a que el psicoanálisis desarrolló la revolucionaria idea de que la vida sexual del ser humano no comienza con la pubertad sino con la primera infancia. Muchos aspectos de normalidad y anormalidad, pasados por alto hasta ahora, tales como la capacidad de amar, se determinan en las fases pregenitales del desarrollo sexual. Además, una de las suposiciones fundamentales de Freud es la de que los primeros cinco años de la infancia son los más importantes para la formación de la personalidad. La teoría del desarrollo por etapas, de Freud, sostiene que el niño pequeño atraviesa cinco fases definitivas en los primeros cinco o seis años de vida, y sólo dos más en los quince años siguientes de la niñez y de la adolescencia. (Múuss., 1972).

---

### **4.3. LA TEORÍA DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL ADOLESCENTE, SEGÚN ANNA FREUD.**

Ana Freud (1895) se interesó más que su padre por la interpretación de la dinámica del desarrollo adolescente. Además ha concedido mayor importancia a la pubertad como factor de formación del carácter.

En su estudio de la niñez y pubescencia, toma muy en cuenta las relaciones entre el ello (compulsiones instintivas), el yo (gobernado por *el* principio de realidad) y el superyó (conciencia). Es evidente, para ella, que el proceso fisiológico de la maduración sexual, que se inicia con la función de las glándulas sexuales, influye directamente en la esfera psicológica. Esa interacción redundante en un despertar instintivo de las fuerzas libidinales, las cuales, a su vez, provocan un desequilibrio psicológico. El equilibrio, penosamente establecido entre el yo y el ello, se perturba, con lo que se producen conflictos internos. Así, pues, uno de los aspectos a ser tenidos en cuenta en el estudio de la pubertad es la tentativa de recobrar el equilibrio interno. (Múuss., 1972).

### **4.4. LA INSISTENCIA DE OTTO RANK EN TORNO DE LA NECESIDAD DE INDEPENDENCIA DEL ADOLESCENTE.**

Rank enfocó el desarrollo humano desde un punto de vista más positivo: consideró la naturaleza humana no como reprimida y neurótica, sino como creadora y productiva. Criticó la importancia que Freud daba al inconsciente como depósito de experiencias e impulsos del pasado. Rank invirtió esta suposición y volvió al yo consciente como campo propio del psicoanálisis.

Rank señaló que el pasado es de importancia únicamente en la medida en que sea activo en el presente e influya en la conducta. Además Rank hace menos

---

hincapié en las fuerzas y el comportamiento instintivos. Afirma que Freud en realidad se desentendía del papel desempeñado por el yo cuando sólo le atribuía valor como fuerza represiva. Rank quería restablecer el equilibrio de fuerzas .en la esfera psíquica.

El concepto nuclear de su teoría es la "voluntad", un factor positivo, una fuerza, que forma activamente el sí mismo y modifica el medio. Por "voluntad" comprendía una "organización positiva de guía e integración del sí mismo que utiliza en forma creadora los impulsos instintivos y al mismo tiempo los inhibe y controla". El yo ya no está preso entre las fuerzas instintivas del ello y el superyó impuesto desde afuera; es más bien fuerza dominante que utiliza y dirige a ambos. Rank se opuso enérgicamente a una interpretación que identificaría su concepto de "voluntad" con el concepto freudiano de "deseo". Aunque está más estrechamente relacionado con el concepto freudiano del "yo", los dos no son sinónimos, puesto que Rank asigna mayor importancia a la elección y a la actividad.

Cabe examinar el lugar que el desarrollo del adolescente ocupa en esta teoría psicoanalítica, basada en la conciencia y la "voluntad". La sexualidad deja de ser el factor determinante más fuerte en el proceso evolutivo. Ha encontrado su contraparte en la "voluntad", la cual puede controlar la sexualidad, por lo menos hasta cierto punto. Por consiguiente, el peso se traslada de la primera infancia a la adolescencia, ya que es sobre todo en este período cuando se verifica el proceso más decisivo del desarrollo de la personalidad: el tránsito de la dependencia a la independencia.

Durante el periodo de latencia, la "voluntad" se fortalece, se va independizando cada vez más y llega a un punto a partir del cual se vuelve contra toda autoridad que no haya sido elegida por ella misma. El origen verdadero de la "voluntad" se remonta hasta la situación edípica. Es allí donde

---

la voluntad individual encuentra una voluntad social, representada por los padres y expresada en un código moral que data de centenares de años.

En la primera adolescencia, el individuo sufre un cambio básico de actitud; empieza a oponerse a la dependencia, tanto al régimen de los factores ambientales externos (padres, maestros, códigos, etc.) como al de los deseos internos, los impulsos instintivos que acaban de despertar en él. El establecimiento de su independencia volitiva, cosa que la sociedad valoriza y exige, llega a ser una tarea importante pero difícil para el adolescente en desarrollo. Esta nueva necesidad de independencia y la lucha por alcanzarla constituyen la raíz de muchas relaciones personales del adolescente y de las complicaciones consecuentes.

El comienzo de la pulsión fisiológica sexual en la pubescencia amenaza la independencia recién establecida. Esta amenaza no proviene de personas o fuerzas exteriores, sino de una necesidad interior. Rank no ve la necesidad de restricciones e inhibiciones sexuales externas, puesto que, en la lucha, la propia voluntad del individuo trata de lograr la independencia contra la dominación de las necesidades biológicas.

"Pero, a medida que va despertando en el individuo en el período de la pubertad, la sexualidad constituye una fuerza incomparablemente superior al conjunto de las autoridades exteriores. Es tan fuerte y domina al individuo a tal extremo que pronto éste comienza a defenderse contra esa dominación, precisamente porque es una dominación, algo que interfiere, de manera dictatorial, su propia voluntad y aparece como una contravoluntad nueva, ajena y más poderosa, justamente cuando el yo está siendo fortalecido por la pubertad. La razón por la cual el individuo se defiende tan enérgicamente contra ella reside en que el impulso sexual biológico lo sometería nuevamente al régimen de una voluntad extraña, la sexual... precisamente en un momento en que el yo ha empezado a respirar con un poco más de libertad, liberándose un poco de la presión de voluntades autoritarias ajenas". (Múuss, 1972).



---

Debido a esa poderosa lucha por alcanzar la independencia, el individuo no es capaz de entablar vínculos emocionales fuertes, que volverían a someterlo a una relación personal amorosa de dependencia. El adolescente puede recurrir a dos tipos de mecanismos de defensa en su tentativa de conservar su independencia: la promiscuidad o el ascetismo. Si opta por la promiscuidad, satisface los apremios sexuales sin perder su recientemente adquirida independencia, ya que la gratificación sexual se cumple con prescindencia del amor genuino y de todo compromiso del yo.

Si elige el ascetismo, tal como también lo expresa Anna Freud, conserva asimismo su independencia, porque rechaza, con un esfuerzo de voluntad, toda clase de compromisos. Períodos de ascetismo pueden alternarse con otros de satisfacción instintiva. En ambos casos, el adolescente evita la verdadera relación amorosa, la cual exige autorrestricción, autosubordinación y dependencia. Rank considera el desarrollo de la personalidad como expansión, diferenciación e integración continuas tanto de la relación externa "yo-otro" como del sistema intrapsíquico homólogo.

También sostiene Rank que el individuo tiene que atravesar varias etapas evolutivas para desarrollar y fortalecer su voluntad y lograr tanto la relación, externa como la intrapsíquica "yo-otro" que acabamos de mencionar.

La primera de esas etapas consiste en liberar la voluntad tanto de las fuerzas exteriores como de las interiores que la dominan. Rank dice que el hombre común probablemente nunca sobrepasará esta exigencia, pero podrá vivir armoniosamente si acepta la realidad y adapta a ella su propio modo de vida; este tipo de persona es consciente de su deber.

La segunda etapa se caracteriza por la división de la personalidad. Existe una desunión entre la voluntad y la contravoluntad. Esa lucha moral entrafña tanto

---

posibilidades neuróticas como creadoras, desconocidas en la primera etapa. El individuo tipo es consciente de culpa: se entrega a la autocrítica, a sentimientos de inferioridad y síntomas neuróticos, o pasa a la tercera etapa y llega a ser productivo y creador. Se ve compelido a oponerse a las normas del mundo externo, ya que todavía no ha aceptado e internalizado ideales que correspondan a su concepto de sí mismo.

La tercera etapa del desarrollo es la integración de la voluntad, la contravoluntad y la formación de ideales. El individuo ya no se halla en conflicto con las exigencias del mundo externo, tal como sucede en la segunda etapa; se encuentra en armonía consigo mismo y con sus propios ideales. Rank ha caracterizado a este tipo como el genio; es consciente de su potencial y seguro de sí mismo. Al lograr la libertad, ha vencido la compulsión de la segunda etapa.

Hay dos aspectos de la personalidad que pueden impedir que un individuo pasa de la segunda etapa a la tercera: la culpa, que inmoviliza su voluntad, y la desintegración, que influye tanto en sus relaciones externas con los demás como en su concepto de sí mismo y de la estructura del yo. (Múuss., 1972).

#### **4.5. LA TEORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD DEL YO, SEGÚN ERIK ERIKSON.**

Erik Erikson, en su *Eight Stages of Man* (Las ocho etapas del hombre), modifica la teoría freudiana del desarrollo psicosexual a la luz de ciertos hallazgos de la antropología cultural. El concepto nuclear de su teoría del desarrollo del yo lo constituye la adquisición de una identidad del yo, la cual se cumple de diferentes maneras en una cultura u otra. Sin embargo, el cumplimiento de esa tarea evolutiva contiene un elemento común a todas las culturas, y es la idea de que el niño, con el fin de adquirir una identidad del yo fuerte y sana, ha de recibir un gran reconocimiento de sus rendimientos y logros. En cada uno de los ocho pasos

---

evolutivos descritos por Erikson, surge un conflicto con dos desenlaces posibles: si el conflicto se elabora de manera satisfactoria, la cualidad positiva se incorpora al yo, y puede producirse un desarrollo ulterior saludable; pero si el conflicto persiste o se resuelve de modo insatisfactorio, se perjudica el yo en desarrollo, porque se integra en él la cualidad negativa.

Las ocho etapas fundamentales son enumeradas a continuación en orden cronológico. Se indica cada solución positiva con su correspondiente contraparte negativa, cada etapa depende de la solución e integración de la etapa anterior. Las descripciones dadas entre paréntesis pueden equipararse fácilmente con las etapas freudianas.

1. Confianza contra desconfianza (oral sensorial).
2. Autonomía contra vergüenza y duda (muscular anal).
3. Iniciativa contra culpa (locomotor genital).
4. Laboriosidad contra inferioridad (latencia).
5. Identidad contra difusión del propio papel (pubertad y adolescencia).
6. Intimidad contra aislamiento (adulto joven).
7. Fecundidad contra estancamiento (edad adulta).
8. Integridad del yo contra aversión, desesperación (madurez).

Según Erikson, la pubescencia se caracteriza por la rapidez del crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual. El joven se enfrenta con una "revolución fisiológica" dentro de sí mismo que amenaza a su imagen corporal y a su identidad del yo. Empieza a preocuparse por lo que "parece ser ante los ojos» de los demás" en comparación con el sentimiento que tiene de sí mismo. La adolescencia es el periodo durante el cual ha de establecerse una identidad positiva dominante del yo. Erikson sostiene que el estudio de la identidad ha llegado a ser tan importante como el de la sexualidad en los tiempos de Freud.

---

En el adolescente, la identidad, o sea el establecimiento y restablecimiento de la consustanciación con sus propias experiencias previas y la tentativa consciente de hacer que el futuro forme parte de su plan de vida personal, está especialmente subordinada a la sexualidad. El adolescente tiene que restablecer la identidad del yo a la luz de sus experiencias anteriores y aceptar que los nuevos cambios corporales y sentimientos libidinales son partes de sí mismo. (Múuss., 1972).

#### **4.6. UNA TEORÍA “GEISTESWISSENSCHAFTLICHE” DE LA ADOLESCENCIA.**

Eduard Spranger (1882), profesor emérito de la Universidad de Berlín, es un representante contemporáneo de la psicología llamada *geisteswissenschaftliche*, y célebre por sus contribuciones a la *psicología de la adolescencia*. Fue discípulo y continuador de la obra del filósofo alemán Wilhelm Dilthey (1833-1911), padre de la *geisteswissenschaftliche Psychologie*.

Aunque reconocía que son muchas las tareas a seguir para la elaboración de una psicología de la adolescencia, Spranger se propuso comprender la *psyche del joven en desarrollo*. Por consiguiente, su psicología ha sido llamada "psicología de la comprensión". El ritmo evolutivo de los aspectos psicológicos del crecimiento atrajo su atención más que los meros cambios fisiológicos y la conducta del adolescente y se concentró especialmente en el proceso de maduración de la juventud masculina de las clases medias.

Pero no niega la existencia de relaciones entre las funciones psicológicas, y las corporales; sostiene, simplemente, que los cambios psicológicos producidos durante el "período de la adolescencia no pueden ser explicados como mera consecuencia de los cambios, endocrinológicos, de la pubescencia. Considera que la investigación de los cambios fisiológicos de la pubescencia es una tarea propia de la psicología fisiológica y no de las psicologías de comprensión. Se interesa en el desarrollo psicológico y en la estructura de la psiquis, aspectos que

---

sólo pueden por medio de métodos fundamentalmente diferentes de los que las ciencias naturales emplean en la investigación de los cambios fisiológicos.

El enfoque metodológico de Spranger lleva más a la comprensión que a la explicación causal. Se propone comprender los procesos mentales en relación con la conciencia de estructura. Spranger define la "comprensión" como la actividad mental que "atribuye a los acontecimientos una carga de significación con respecto a una totalidad". La comprensión, si bien es un proceso cognoscitivo, no es tan sólo intelectual, sino también de evaluación y sensibilidad. (Múuss., 1972).

#### **4.7. ANTROPOLOGÍA CULTURAL Y ADOLESCENCIA.**

Las comprobaciones alcanzadas por la antropología cultural constituyen un serio desafío a proposiciones teóricas hechas con anterioridad especialmente por G. Stanley Hall y Sigmund Freud que sostenían que ciertas pautas importantes del desarrollo y de la conducta de los seres humanos son universales e inseparables de la naturaleza humana. Puesto que antes de aquellas investigaciones se conocía relativamente poco acerca de la estructura social de las sociedades primitivas, las teorías de la adolescencia vigentes hasta entonces aceptaban con demasiada facilidad que las pautas de desarrollo encontradas en las culturas occidentales pueden ser aplicadas a la totalidad de la naturaleza humana. Además, en sus teorizaciones e investigaciones los antropólogos culturales fueron estimulados por hipótesis con influencia psicoanalítica. Por consiguiente, la influencia recíproca entre la teoría psicoanalítica más reciente y la antropología cultural ha sido fructífera y estimulante.

Las ideas teóricas de ambas escuelas del pensamiento han convergido en forma notable durante la última década. El reconocimiento mutuo y el resultado de las investigaciones han contribuido al nacimiento de ideas teóricas en las cuales las

---

posiciones extremas del determinismo ambiental y del universalismo genético han cedido el lugar a una posición en la que los factores biogenéticos y las fuerzas ambientales son estudiados más cuidadosamente y donde se reconoce su mutua interacción.

Sin embargo, con el fin de facilitar la comprensión de las controversias en su perspectiva histórica, consideraremos primeramente la posición antropológica, puesto que ésta ha obrado a manera de desafío y de estímulo en la elaboración de muchas teorías evolutivas posteriores. Las modificaciones más recientes serán consideradas en el lugar que les corresponda.

Ruth Benedict (1887-1948) en su obra *Continuities and Discontinuities in Cultural Conditioning* (Continuidades y discontinuidades en el condicionamiento cultural) ofrece una teoría explícita del desarrollo desde un punto de vista antropológico-cultural. Esa teoría del acondicionamiento cultural puede relacionarse fácilmente con el estudio de la adolescencia hecho por Mead en Samoa.

Si se combinan los trabajos teóricos de Benedict con los estudios empíricos de Mead, se llega a una formulación sistemática de la influencia de los factores culturales en el proceso evolutivo. El "relativismo cultural" término más apropiado a los primeros que a los últimos trabajos de Mead contribuye con nuevas e importantes ideas a la comprensión de los fenómenos de la adolescencia. Destaca la importancia de las instituciones sociales y de los factores culturales para el desarrollo humano, y describe los rituales de la pubescencia y las experiencias del adolescente en las sociedades primitivas.

Benedict ofrece los medios teóricos necesarios para vincular el modo de vida de una cultura determinada con el crecimiento y desarrollo de la personalidad individual. Ve el crecimiento como un proceso gradual y continuo. (Múuss., 1972).

---

#### **4.8. LA INSISTENCIA DE LETA HOLLINGWORTH ACERCA DE LA CONTINUIDAD DEL DESARROLLO.**

Una teoría del desarrollo adolescente que ha surtido mucha influencia, especialmente en los Estados Unidos, fue formulada por Leta Stetter Hollingworth (1886-1939) en su libro *The Psychology of the Adolescent* (La psicología del adolescente). Hollingworth atacó aún más que Mead y Benedict la idea de Hall en cuanto a que la adolescencia es un período de tormentas y tensiones inevitables.

Desechó las obras de Hall como de poco valor científico y práctico. Por otra parte, Leta Hollingworth estaba fuertemente influida por las obras de algunos antropólogos culturales anteriores a ella, tal como lo señala el capítulo "The Pubic Ceremonies" de su libro. Insistió además en la idea de la continuidad del desarrollo y de los cambios graduales durante el período de adolescencia. "El niño crece y se convierte gradual e imperceptiblemente en adolescente, y el adolescente se convierte de la misma manera gradual en adulto". Esto refutó la idea de que hubiera distintas etapas y nítidas líneas divisorias entre las diferentes "épocas", "etapas" y "fases de desarrollo". El concepto de Hollingworth en cuanto a la continuidad del crecimiento y desarrollo se halla en oposición a las aseveraciones de Rousseau y Hall, según los cuales la adolescencia sería un segundo nacimiento.

Leta Hollingworth afirmó que el cambio repentino de status social, que resultaba de los ritos y ceremonias de iniciación entre los pueblos primitivos, se ha confundido con los cambios biológicos del desarrollo orgánico. En su posición, un tanto extrema, sostenía que no existe ninguna conexión entre los cambios biológicos y los del status social que ella atribuyó a instituciones y ceremonias sociales.

---

Es interesante señalar la diferencia entre la idea evolutiva de Hollingworth y la de los antropólogos culturales. Hollingworth consideraba el desarrollo como gradual y continuo, y rechazaba como folklore y mito la idea de tormentas y tensiones y la del cambio de personalidad durante la adolescencia.

Kurt Lewin (1890-1947) fue discípulo de la numerada escuela de la Gestalt en la Universidad de Berlín Y, a través de su gran interés por las motivaciones, recibió también considerable influencia de la teoría psicoanalítica de Freud. Sin embargo, la teoría de la adolescencia de Lewin es conceptualmente muy diferente de otras teorías tratadas en este libro.

La teoría del campo de Lewin es ampliamente conocida y ha sido frecuentemente discutida dentro de la literatura psicológica, pero relativamente pocas referencias se han hecho a su teoría del desarrollo adolescente, explícitamente expuesta en *Field Theory and Experiment in Social Psychology* (él). Su teoría del campo explica y describe la dinámica de la conducta del individuo adolescente, sin generalizar con respecto a los adolescentes considerados como grupo. Sus trabajos ayudan a describir, explicar y predecir la conducta de un individuo dado en una situación específica. En cierto sentido, la teoría del campo de la adolescencia está expresada explícitamente y expuesta de una manera más formal que otras teorías del desarrollo adolescente.

Al mismo tiempo, sin embargo, la teoría de Lewin se opone rotundamente a aquellos esquemas conceptuales que requieren ubicar el mundo fenoménico en categorías rígidas y exclusivas. Según Lewin, todos los acontecimientos psicológicos, aun aquellos que se dan una sola vez, se producen "conforme a leyes".

Sostenía que los conceptos y las leyes psicológicas generales que se basan en la frecuencia con que un hecho acontece creaban un dilema, puesto que esas leyes se establecen en virtud de un gran número de individuos y sólo se cumplen en términos



---

de probabilidad. Tales leyes tanto podrán ser aplicables a un individuo dado como no serlo. Por lo tanto, no es posible ir de esas generalizaciones al individuo, a menos que ello se haga sobre bases de probabilidad. (Múuss., 1972).

---

## **CAPITULO V. TEORÍAS SOBRE EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

Podría parecer difícil de entender el por que tantas; adolescentes quedan embarazadas en sociedades que desalientan firmemente las relaciones sexuales prematrimoniales y la maternidad en la adolescencia.

Principalmente, en América. Latina y en países del Caribe; la iglesia, la familia y el sistema escolar censuran las relaciones sexuales y el embarazo en los adolescentes.

Generalmente, el ideal social es que la gente joven complete por lo menos la escuela secundaria, que sean económicamente independientes y que se casen antes de ser padres, dado que una pareja en donde por lo menos alguno ha terminado una profesión, y que cuentan con un empleo bien remunerado, serán más capaces de cuidar y educar a un niño, que aquellos adolescentes que han dejado la escuela, que no cuentan con un empleo y sobre todo no han llegado a una edad adulta.

Todo parece indicar que las causas que originan el embarazo en las adolescentes, son múltiples y muy variadas. Algunos autores estudiosos del tema, presentan determinadas posturas al respecto y han dado interpretaciones de los diferentes factores, que a su juicio provocan el embarazo en esta etapa.

### **5.1. TEORÍA PSICOANALITICA.**

A medida que las niñas comienzan a experimentar los profundos cambios biológicos que afectan sus sentimientos, así como su cuerpo, se tornan atemorizadas e inseguras y se aferran a la dependencia que en su desarrollo infantil significó una fuente de seguridad. La niña quiere y trata de seguir siendo una criatura que encuentra seguridad en su dependencia con la madre y del padre, pero ya no puede.

---

Ha formado nuevas identificaciones fuera de la familia y se ve arrastrada en la lucha que libran sus contemporáneos por alcanzar cada vez mayor independencia. El impulso a emanciparse de la familia se torna tan poderoso como el sexual, y a menudo, uno de ellos sirve para alcanzar los fines del otro. Ni el impulso biológico ni el psicológico pueden alcanzar una expresión realista, madura y satisfactoria sin haber superado antes el conflicto implícito en las relaciones infantiles previas de la niña. Y, sin duda, es difícil que un individuo pueda lograr una independencia satisfactoria si no ha saboreado plenamente las gratificaciones de la dependencia infantil.

Cuando las necesidades de dependencia no han sido satisfechas, el impulso y la independencia es provisional, o bien está tan coloreada por la rabia y la frustración que solo puede conducir a una actividad deformada o agresiva contra un mundo que no ha dado amor y que, por lo tanto no es amado.

Si el desarrollo emocional infantil fue pleno en dificultades de modo que la niña se siente rechazada y no querida, cabe esperar una adolescencia perturbada. Los sentimientos de ansiedad, soledad, hostilidad y frustración pueden intensificar urgencias sexuales ya poderosas de por sí. Así mismo, las necesidades no gratificadas de dependencia, el afecto y la aceptación se buscan fuera del hogar.

La adolescente que no ha experimentado con sus padres el dar y recibir de la relación de amor, o que solo ha sido objeto de interés circunstancial por parte de éstos, tiende a confundir el interés pasajero de los muchachos con amor. (En Ausubel, 1974).

## **5.2. TEORÍA BIOLÓGICA.**

La aparición de la menarquia a edades cada vez más tempranas reportadas en todo el mundo, pueden ser un elemento coadyuvante para que se dé el embarazo en las

---

adolescentes, sobre todo si se considera que los cambios fisiológicos en el organismo femenino y la capacidad de concebir pueden predisponer a la adolescente a convertirse en un ser sexualmente activo. (AMIDEM-IMSS, 1987).

Así tenemos que, en zonas urbanas de diversos países, la edad promedio de la aparición de la menarquia, suele ser entre 12.5 y 13.5 años, y en zonas rurales en desarrollo, entre los 14 y 15 años. Hace cien años, por ejemplo, en 1986, durante el Porfiriato, la edad promedio urbana era de 15.5 a 16,5 años, y en el campo, de 17 y 18 años. Estas cifras representan un descenso en la edad de la presentación de la menarca cuatro meses por década (Hofman, 1984 en Atkin, 1988).

### **5.3. TEORÍA SOCIAL Y CULTURAL.**

Durante los años adolescentes los muchachos y las chicas pasan por cambios físicos y emocionales; además de que se encuentran expuestos a presiones sociales que alientan la actividad sexual. La publicidad, la música y las películas, frecuentemente transmiten el mensaje sutil de que las relaciones sexuales son aceptables y tienen un encanto. Los adolescentes sienten presión de no ser menos conocedores o experimentados que sus compañeros. (IPPF.1989).

Por otro lado, la sociedad ofrece un modelo de amor dicotomizado: uno limpio, puro y deseable y sin sexo, y otro impuro, indeseable y donde el sexo contamina, daña; lo que a su vez genera un modelo igualmente dicotomizado del sexo: el legítimo dentro del matrimonio y el ilegítimo fuera de él. Mientras los medios masivos de comunicación bombardean con estímulos visuales dirigidos a la sexualidad; se exige por una parte abstinencia y virginidad a la mujer y desenfreno y lujuria al hombre. Toda esta confusión provoca desinformación y ambigüedad en las decisiones, lo que acerca más a los adolescentes a una conducta de alto riesgo. (Berry, 1993).

---

Es así, como los mensajes que recibe la mujer, son contradictorios Y restrictivos a la reproducción. Esta combinación de presiones antagónicas crean una situación en la que las relaciones sexuales se rodean de culpa; el tema se vuelve tabú, impidiendo a los adolescentes tomar decisiones de una manera abierta y concientizada.

#### **5.4. TEORÍA FAMILIAR.**

Cuando las relaciones interpersonales entre los miembros de una familia son débiles o se han roto y no existe unión en el grupo familiar, esto es causa de un desequilibrio en la misma.

Las desavenencias de los padres provocan la desorganización familiar, las alteraciones padre-hijo y las necesidades emocionales de los miembros de la familia, tienen como consecuencia una serie de experiencias que implican una transición en la vida de los adolescentes, llevándolos a un desequilibrio que da lugar a que los miembros de la familia ensayen una serie de mecanismos adaptativos, algunos de los cuales pueden tener éxito, sin embargo, la mayoría de las veces, los lleva a múltiples tensiones y a una situación adversa que provoca trastornos en su desarrollo.

A raíz de lo anterior, hay adolescentes que recurren a las siguientes conductas:

- Se casan para huir del hogar y salirse de la situación imperiosa e" la familia.
- provocan un embarazo.
- Se unen en pareja para lograr aunque sea de forma ficticia, autonomía y libertad, o porque no tienen a donde ir simplemente deciden irse con su pareja.

Algunos autores, estudiosos del tema, han coincidido en mencionar que los principales factores relacionados con el embarazo en los adolescentes son: los conflictos familiares, la violencia intrafamiliar, la falta de comunicación, el desafecto y

---

el autoritarismo. Estas condiciones generan en los adolescentes, una necesidad desmedida e incontenible de afecto, que buscan canalizar neuróticamente en la relación de pareja en donde la gratificación sexual apunta a una entrega sumisa, incondicional y sin ninguna defensa del ego.

Se trata de un arranque momentáneo, bajo la presión de una situación emocional tensa. A menudo se producen a continuación de una disputa grave con la madre, relaciones familiares deficientes, falta de amabilidad y en una palabra, una "enfermedad de infelicidad", tales parecen constituir en muchos casos la motivación. (Glueck, 1962).

La estructura de la personalidad de estas adolescentes, es muy tenue y no son capaces de protegerse a sí mismas o de elaborar Planes adecuados que las protejan. En las historias infantiles de estas adolescentes se encuentran abrumadoras pruebas de desorganización familiar, provenientes de hogares destrozados o donde reina una amarga infelicidad.

Se ha referido, que la falta de integración al grupo de origen, la falta de expresión de afectos los cuales pueden estar condicionados por patrones de conducta rígidos, lo que impide que la comunicación no se de en forma clara; pudiendo, ser estas condiciones las que favorezcan que la adolescente busque fuera de la familia la expresión de afecto, de comunicación y la pertenencia a un grupo.

En el estudio de la familia, casi todos están de acuerdo en que una familia bien organizada, cuyos roles no sean muy rígidos. Los miembros de una familia resisten y puede afrontar mejor una crisis. (Ausubel, 1974).

---

## **5.5. TEORÍA PSICOLÓGICA.**

En la etapa adolescente, el sentimiento de soledad se intensifica dando lugar algunas veces a la depresión y a un sentimiento de vacío, las muchachas buscan refugio de esto en la vida, en la fuga y excitación de falsos placeres.

Especialmente las muchachas cuyos sentimientos de soledad se exageran por falta de ternura en su medio, están dispuestas a tener relaciones sexuales no controladas que conducen a la maternidad, con sus maravillosas oportunidades para satisfacer el más tierno de todos los sentimientos.

Así mismo, un yo débil, baja autoestima, falta de asertividad, e inseguridad son otros factores que son casuales directos del embarazo en adolescentes. (Monroy, 1985).

Al analizar las teorías anteriormente mencionadas, podemos inferir que el que se dé el embarazo en adolescentes va a estar determinado por factores tanto biológicos, como psicológicos, sociales, culturales y económicos. Los cuales no pueden ser vistos aisladamente, debido a que cada uno de éstos, están relacionados entre si influyendo de manera importante en la adolescente; llevándola en la mayoría de las veces a quedar embarazada.

Lo anterior, como una alternativa de solución a sus problemas, que inconscientemente puede buscar en un embarazo la satisfacción de las necesidades que no han podido ser cubiertas.

## **5.6. EMBARAZO ADOLESCENTE.**

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo y en la mayoría de los casos no deseado en los momentos en que se conoce el embarazo, situación que aunque cambia con el tiempo, mantiene

---

proporciones aún altas hacia el final del embarazo. No más de un 40% de las jóvenes cuentan con el apoyo de su pareja hacia el final de éste. Desde el punto de vista de la salud mental González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (en Molina et al., 1991, p. 29). Sin embargo el embarazo es vivenciado de forma distinta por el padre y la madre

El embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial importante y que se ve en ocasiones matizado por situaciones adversas y que pueden atentar contra la embarazada y su producto.

El inicio de la maternidad a edades tempranas esta relacionado con diversas situaciones que podrían reducir las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo de las adolescentes en un ambiente de limitaciones como las que observamos, en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuente productiva por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero. (Ortigosa, 1993).

En México analizando el comportamiento sexual de los /las adolescentes, se detecta el inicio de vida sexual activa en hombres a los 16 años y en mujeres a los 17 años (Secretaría de Salud, 2000) (Villanueva, 2001), el 80% tienen su primera relación sexual con novios (as), ó amigos (as) y sólo el 6% con una pareja estable. Por su parte la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM, 1999) realizó una encuesta para su programa "Gente Joven" e informó que la edad promedio de la primera relación sexual en la población estudiada es de 15 años, ligeramente mayor para la mujer y menor para el hombre. A los 19 años, el 60% de los varones declaró tener vida sexual, mientras que esto ocurre en el 21% de las mujeres; cabe señalar que aquellos adolescentes que estudian tienen menor porcentaje de vida sexual activa.



---

Los adolescentes menores de 20 años de edad representan casi la cuarta parte de la población nacional y actualmente se registran 430 000 embarazos anuales en mujeres de este grupo (Consejo Nacional de Población, 1998). De acuerdo a registros de la Secretaría de Salud, se calcula que el 24% de los eventos obstétricos atendidos (partos eutócicos, distócicos, cesáreas y abortos) ocurrieron en menores de 20 años. (Secretaría de Salud, 1999).

Sin embargo en 1970 había 58 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes; para 1998 se redujo a 36 nacimientos (Secretaría de Salud, 1999), tasa que muestra esta reducción en forma inversamente proporcional al uso de métodos de planificación familiar.

En 1976 sólo 14.2% de adolescentes con vida sexual activa utilizaban algún método anticonceptivo; este porcentaje se incrementó a 36% en 1995 (Secretaría de Salud, 1999); en consecuencia la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 20 años ha tenido una tendencia a la baja, sin embargo los 430 mil nacimientos anuales en adolescentes, revela la impostergable necesidad de fortalecer las acciones en educación y desarrollo social con la participación de varios sectores y con una activa participación comunitaria.

La falta de educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años escolares y desde otros ámbitos de la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento.

Es por ello que la educación en salud reproductiva para las mujeres embarazadas, y en específico para las adolescentes embarazadas, cobra relevancia en dimensiones de la salud pública en tres aspectos: a) prevenir el embarazo en adolescentes; b)

---

otorgar atención a este sector de la población y c) ofrecer apoyo para el nacimiento y desarrollo adecuados de recién nacido, para lo cual se necesitan una serie de acciones en salud donde se involucren todos los niveles de educación formal y la sociedad en conjunto. (Ortigosa, 1992).

Los resultados de la implementación de estrategias educativas con enfoque en salud reproductiva, han proporcionado datos alentadores con respecto al impacto en población de embarazadas adolescentes. (Ortigosa, 1992).

Analizando en este momento en dónde obtiene sus conocimientos en educación sexual el/la adolescente, las fuentes principales son los padres y maestros. (Ortigosa, 1991)., sin embargo en términos de confianza para resolver sus dudas sobre sexualidad y anticoncepción las personas referidas son la madre, el médico (Villanueva, 2001), con mayor frecuencia; responsabilidad tal que nos conlleva al área de la salud a desarrollar estrategias educativas de acuerdo a la detección de necesidades de las usuarias adolescentes, así como sensibilización y capacitación a los prestadores de servicios de salud, y sin perder el enfoque biopsico-social, integrar a la familia al conocimiento del embarazo adolescente, a través de curso educativo dirigido a las madres (Ortigosa, 2001) (Ortigosa,2002), de manera paralela al conocimiento que adquiere la hija.

Lo anterior nos invita a reestructurar los programas establecidos, con la evaluación de necesidades de las usuarias, capacitación al personal con actualización médica continua en salud reproductiva, así como en elementos básicos de didáctica, siendo importante adecuar el curso básico para adultas, para las adolescentes, con grupos específicos de ellos y acompañantes adolescentes, así como formación de grupos paralelos educativos para las madres de adolescentes embarazadas, y grupos de apoyo terapéutico.

---

En un inicio el programa nos da la posibilidad no de evitar el embarazo adolescente, pero sí de espaciar el segundo embarazo, estimular el uso de métodos de planificación familiar y disminuir el riesgo reproductivo de la población adolescente de nuestro ámbito a través de prácticas saludables en la esfera reproductiva.

## **5.7 EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA MUJER.**

A pesar de la mayor liberalidad en cuanto a las normas sociales y específicamente las relaciones prematrimoniales, actualmente, tener un hijo natural sigue siendo para muchas mujeres una experiencia emocional y socialmente conflictiva (Castillo et al., 1992).

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. El ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valorada. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quiere mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p. 92).

La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como "pololeo" y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato. (Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991, p. 25).

---

## 5.8. EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL HOMBRE.

En los varones el inicio de la vida sexual se produce antes debido a la presión que ejercen los pares de su grupo social inmediato. La competencia para demostrar la virilidad hace que las primeras relaciones sean más bien una experiencia de hombría que un acto de amor (Escobar et al., 1995, p. 25).

En los escasos estudios realizados para conocer al varón progenitor de embarazos adolescentes, la percepción que se tiene de ellos es que huyen de la responsabilidad (Escobar et al., 1995). De todas formas, los varones se ven afectados por la situación de la paternidad, incluso en aquellos casos en que se evade la responsabilidad. Molina señala que esta evasión responde a múltiples causas: "por miedo a asumir una paternidad inesperada; por un deseo expreso de no querer asumirla; o por no sentir compromiso. Con frecuencia niegan la paternidad." (en Escobar et al., 1995, p. 44).

A pesar de lo anterior, existen adolescentes que se hacen cargo de sus hijos ya que se sienten responsables afectiva y económicamente de su pareja y su hijo, lo que trae diferentes consecuencias. Según Molina "se observan en este grupo altas tasas de deserción escolar, lo que incide en que los jóvenes se vean expuestos a mayores tasas de desempleo crónico, a ingresos insuficientes ya menores oportunidades en el mercado laboral." En Escobar et al., 1995. p. 3) esta situación suele presentar sentimientos de culpa, desagrado, preocupación y decepción, además de, rechazo por parte de la familia y los pares. La relación de pareja se ve afectada directamente por estos factores.

Este tipo de embarazo sitúa, por lo tanto, a los padres adolescentes en un grupo de alto riesgo en cuanto a salud mental, debido a que además de las dificultades económicas, éstas se ligan a carencias afectivas severas.

---

## **5.9 FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE (BIOLÓGICOS, SOCIO-CULTURALES, PSICOLÓGICOS Y FAMILIARES).**

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia (primera menstruación) y en Chile, ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores)..." (Castillo et al., 1992, p. 21). "Varios estudios han demostrado también, que los adolescentes varones tienen carencias en conocimiento de fisiología reproductiva", según Elster y Panzarine. (en Castillo et.al., 1992, p. 22).

Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquia, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una seudovaloración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

Durante la adolescencia, el grupo de pares también ejerce una gran presión, ya que presenta una importante influencia para los adolescentes. Ellos afirman que su principal fuente de información son los amigos, los cuales los guían en pautas de comportamiento sexual. Al igual que los jóvenes, en diversos estudios se ha

---

observado que la mayoría de las adolescentes han iniciado su actividad sexual por la presión de los pares. (Castillo et al., 1992).

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falla en el control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional." (op cit., p. 26). Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación.

Los factores predisponentes familiares se consideran los más influyentes e importantes para el adolescente. Es evidente "que la presencia de un modelo familiar adecuado es de suma importancia para la adolescente, ya que ella requiere, para el logro de su madurez, de modelos de identificación de ambos sexos lo cual es necesario tanto para reafirmar su propio rol de género, como para definir su patrón de interacción con el sexo opuesto." (op. cit., p. 28).

#### **5.10 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.**

Como las principales consecuencias bio-médicas, se encuentran las complicaciones obstétricas en las adolescentes. "Estas son la toxemia, anemia, parto prematuro e incremento en la mortalidad perinatal." (Peña, 1991, p. 21).

---

En cuanto a las consecuencias psicológicas, el miedo y la sensación de ignorancia suelen acompañar a la adolescente en su embarazo y parto. "Se ha señalado que por diversas sintomatologías de tipo angustiosa y depresiva, una de cada tres adolescentes embarazadas requiere de intervención psicoterapéutica." (Escobar et al., 1995, p.40). Además, es significativa la crisis emocional y social que experimentan las madres adolescentes. Según Hamel "su identidad como mujer y como madre es imprecisa, teniendo de hecho un rol social de carácter ambiguo: Debe enfrentar tareas de adulto mientras aún no ha resuelto los problemas propios de su edad." (en Escobar et al. 1995, p. 40).

En la familia, la adolescente embarazada debe enfrentar una situación inicial de rechazo, que influye directamente sobre el sentimiento de rechazo, duda y perplejidad que se crea en ella con relación a su hijo. Al consolidarse un matrimonio producto del embarazo, la adolescente "suele vivir de allegada en la casa de sus suegros o padres. Estos matrimonios presentan una gran exigencia adaptativa, por no tener un espacio propio para desarrollar su vínculo afectivo y su intimidad. Al mismo tiempo han de adaptarse al embarazo y a la convivencia con otros familiares." (Escobar et al., 1995, p. 41).

Entre las consecuencias sociales, algunos autores plantean que se produciría un "síndrome de fracaso" caracterizado según Klein por: "fracaso por no cumplir funciones de la adolescencia: fracaso escolar; abandono sus habituales relaciones sociales con pares y quedando en una posición desventajosa en cuanto a posibilidades laborales". (en Escobar et al.,1995, p. 42). Hamel agrega además "un fracaso social por la exclusión y la estigmatización social de que es objeto la madre soltera y su hijo". (en Escobar et al., 1995, p. 42).

Dentro de las consecuencias que afectan al niño, se ha observado que "los riesgos que conlleva para el hijo el no haber sido deseado puede resultar para él una fuente

---

de frustración e incluso fuente de patologías psicológicas. Además, a causa del alto porcentaje de abandono, estos niños no reciben una adecuada protección del progenitor varón, afectando su desarrollo futuro y aumentando el riesgo social de éstos. (Escobar et al., 1995, p. 42).

Por otro lado, los roles del padre también se ven afectados en el embarazo adolescente, se experimentan grandes dificultades, ya que "generalmente, aún no han logrado su independencia económica y el embarazo indicaría la necesidad de buscar la manera de proveer económicamente a su hijo." (op. cit., p. 43). Además, la moratoria psicosocial de estos jóvenes se hace más corta y se agudiza su ansiedad transicional y el grado de stress, lo que afecta el logro de una identidad adulta.

Entre las principales consecuencias de los embarazos a temprana edad tenemos:

Un embarazo en una niña de 14 ó 15 años puede tener graves consecuencias para la madre y para el niño, ya que es una persona que no está totalmente formada desde el punto de vista físico y puede ser muy difícil para ella soportar lo que supone un embarazo y un parto. Puede traerle problemas de salud en el momento del embarazo y en su vida futura. Para el feto también es problemático, ya que si la madre sufre enfermedades el feto también. Estos problemas pueden ir desde alteraciones en el crecimiento de la madre, descalcificación de huesos, problemas de hipertensión y diabetes, pero posiblemente lo más grave sea un cuadro que se denomina desproporción materno-fetal. Esto consiste en que las caderas de la adolescente no están desarrolladas como las de una mujer adulta, y cuando el niño tenga que pasar a través de ellas en el momento del parto posiblemente no haya espacio suficiente porque sean más estrechas de la cuenta.

Eso provoca problemas de sufrimiento fetal (que es bastante grave), puede deformar las caderas de la chica, y al final desemboca en que haya que hacerle una cesárea.

Por otra parte un embarazo en una adolescente le trae a ésta problemas de tipo



---

social, familiar, académico. Suele suponer un drama en el seno de la familia y estas chicas suelen dejar de estudiar. La vida de una chica de 15 años que queda embarazada cambia radicalmente en un instante y de repente tienen que dejar de ser niñas para afrontar una responsabilidad de dimensiones considerables.

Pobreza.

Violencia intrafamiliar.

Desestabilidad ó Desesperación Psicológica que puede ir desde lo que dirá la familia hasta la ausencia de el padre del niño puede estar expuesta la adolescente a diversas consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas. Además, tiene grandes posibilidades de quedarse, en un corto período de tiempo, nuevamente embarazada si no se informa adecuadamente.

El aborto.

Prostitución.

Suicidio.

Rechazo de los padres.

Hijos no deseados.

Desorientación total de las metas que tenían como adolescentes.

Un embarazo de alto riesgo con dificultades antes del parto y durante el parto que pueden provocar la muerte de la madre y del producto o de uno de ellos.

---

## **5.11. ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENCIA.**

La salud es un derecho del pueblo y es deber del Estado propiciar condiciones adecuadas para ofrecer a la población servicios preventivos y curativos requeridos para preservar o restablecer la salud.

En lo que a salud reproductiva se refiere se basa en el principio del derecho individual de decidir sobre el número de hijos que desea tener y el espaciamiento del nacimiento de los mismos. Para poder garantizar que se cumpla este derecho humano elemental, el Estado debe ofrecer a la población información, orientación y educación científicamente fundamentada y actualizada sobre las posibilidades del uso de anticonceptivos o de las estrategias para conservar la salud reproductiva. (Krause, 1988).

Por lo cual, en la educación del individuo debe ser incluida la información más completa sobre los métodos anticonceptivos, que les permita integrarla a sus conocimientos y aplicarlos según vayan siendo sus necesidades, para evitar relaciones sexuales irresponsables que repercutan en embarazos no planeados, hijos no deseados o embarazos muy frecuentes. Así mismo la adolescente merece atención especial por las autoridades, especialistas en el ramo y padres de familia; ya que es muy importante asegurar que esta población tenga acceso a una educación sexual adecuada y a servicios de metodología anticonceptiva de alta calidad (Atucha, 1989).

Tradicionalmente, los programas de metodología anticonceptiva se han concentrado en las mujeres y no han existido oportunidades de fácil acceso a la educación sobre la salud reproductiva entre las jóvenes y mucho menos en los hombres jóvenes (Friedman; 1989).

---

La mejor manera de evitar las consecuencias nocivas de una actividad sexual prematura es posponerla. La orientación y educación de los adolescentes se debe centrar a menudo en ayudarlos a entender las consecuencias de su conducta y en alentarlos a posponer la actividad sexual. Sin embargo, algunos jóvenes rechazan este mensaje. Al mismo tiempo, las encuestas han comprobado que la mayoría de los adolescentes sexualmente activos no utilizan métodos anticonceptivos eficaces para protegerse del embarazo no deseado. Aunque la mayoría de los adolescentes habían oído hablar por lo menos de un método anticonceptivo, eran menos los que entendían cómo usar los anticonceptivos y muchos tenían ideas erróneas sobre sus efectos secundarios; así mismo los jóvenes no entienden los fundamentos básicos de la reproducción (Potts, 1990).

Aún cuando cuenten con información exacta sobre los anticonceptivos, los jóvenes pueden seguir teniendo dificultades para obtenerlos ya que con frecuencia los adolescentes se sienten incómodos ante la idea de ir a una clínica a hacerse los exámenes médicos.

La prestación de servicios de metodología anticonceptiva para los adolescentes es, por lo general, controvertible. A fin de ayudar a los jóvenes a comprender las implicaciones de su incipiente sexualidad, se requiere sensibilidad con respecto a las actitudes y a los valores tanto de los padres como de los adolescentes. Por otro lado, la hipocresía o la renuencia al enfrentar la realidad de la sexualidad de los adolescentes sólo conducen a poner en peligro los esfuerzos por proteger a los jóvenes de los efectos nocivos de una actividad sexual temprana. Para tomar decisiones responsables, los adolescentes necesitan disponer de información exacta y de un asesoramiento compasivo (Mederith y Cols 1990).

Por otro lado, si el tema de anticoncepción por sí solo puede ser motivo de discusión, aunado a la situación del adolescente el problema aparece más difícil de abordar, no

---

sólo por implicaciones médicas sino también morales, sociales, legales, económicas, etc.

La anticoncepción comprende todos los métodos que tratan de evitar una gestación, es decir, evitan que el óvulo y el espermatozoide se unan y se lleve a cabo la fecundación, ya sean fisiológicos, mecánicos, hormonales, químicos, quirúrgicos, etc., y se excluye el aborto que sería un procedimiento que evitaría no una gestación ya establecida, sino un nacimiento (Ruoti, 1988).

Lo que se puede afirmar con certeza es que el adolescente en nuestra época actual tiene más probabilidades de enfrentarse a una gestación deseada o no, ya que en las últimas décadas han aparecido factores condicionantes que favorecen la gestación como:

- a) Aumento notable de la actividad sexual del adolescente
- b) Aparición más precoz de la menarca, y
- c) Aumento de matrimonios en edades jóvenes

Por lo tanto, los problemas médicos y no médicos que ello acarrea son numerosos, como:

- Embarazos de alto riesgo a temprana edad
- Madres solteras o concepciones prematrimoniales
- Matrimonio y unión precoz
- índice mayor de separación marital
- Abortos ilegales
- Deserción escolar por motivo de embarazo
- Embarazos indeseados
- Mayor mortalidad perinatal-infantil y maternal

---

Al aceptar la necesidad de medidas anticonceptivas para los adolescentes, lo primero que se debe considerar de cada uno de ellos es un caso individual y, si bien el grupo de adolescentes comparten algunos rasgos comunes nunca podría ser útil aplicar medidas anticonceptivas en general, por eso una buena historia clínica, psicológica y sociológica debe preceder a toda recomendación anticonceptiva (Ruoti, 1988). Así mismo, la metodología anticonceptiva a ser ofrecida debe de adaptarse a ciertas características propias de cada uno de los adolescentes, tales como:

- Adolescentes que han tenido una o más gestaciones que terminaron en aborto o nacimientos
- Adolescentes con vidas sexuales activas y decididas a no embarazarse.
- Adolescentes con vida sexual esporádica.

Con base en lo anterior, se debe tener presente que no hay un método anticonceptivo "ideal" para la etapa de la adolescencia, sino que el método a utilizar se debe ajustar a la realidad de cada joven, se debe ofrecer a la paciente el método que prefiera en tanto no existan contraindicaciones y se discutan con ella o la pareja sus ventajas y desventajas. Así, los métodos a elegir son:

- Método de ritmo o abstinencia periódica
- Billings
- Coito interrumpido
- Método de barrera (condones y espermaticidas vaginales combinados).
- Anticoncepción hormonal (píldora e inyecciones)
- Dispositivo intrauterino

---

---

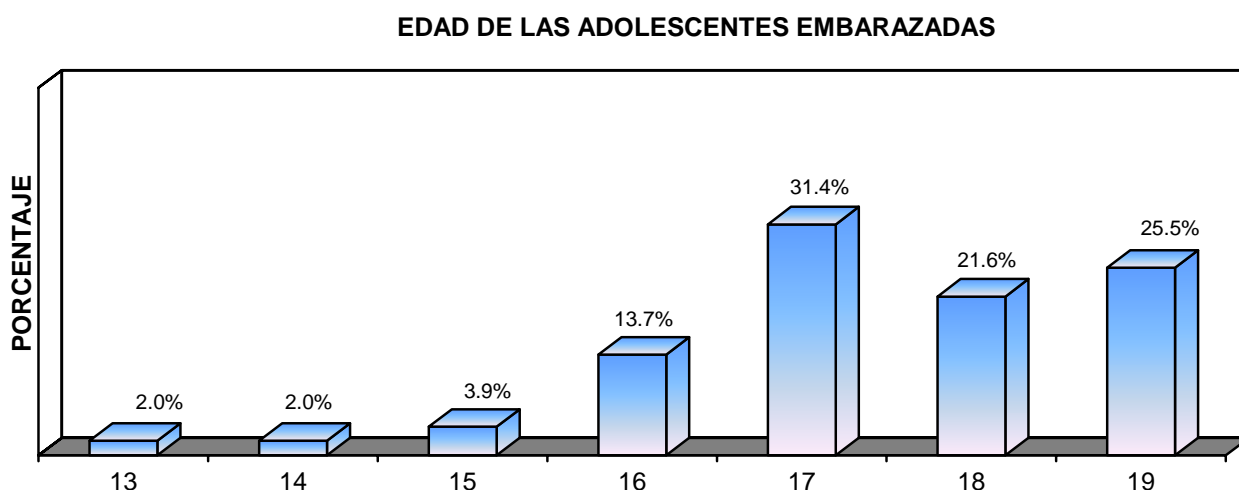
## CAPITULO VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

### 6.1. Análisis de los resultados de los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta a las adolescentes embarazadas del Hospital Obstétrico de la ciudad de Pachuca que reciben atención prenatal.

La encuesta fue aplicada a 51 adolescentes embarazadas que reciben atención médica para el control de su embarazo en el Hospital Obstétrico Pachuca con los siguientes resultados, el procesamiento estadístico se llevo acabo con el software SPSS Versión 12.0 para la plataforma Windows.

**Edad.** Esta variable muestra que la edad de las adolescentes embarazadas que con mayor frecuencia acuden al Hospital Obstétrico Pachuca, para su control prenatal durante su embarazo, oscila entre los 17 años un 31.4% (Ver tabla 1), y el siguiente grupo de 19 años representa al 25.5%, la edad más temprana de embarazo en las adolescentes se presenta en esta institución a partir del los 13 años, situación que involucra la participación activa de Trabajo social con estos grupos vulnerables.

**Grafica 1**



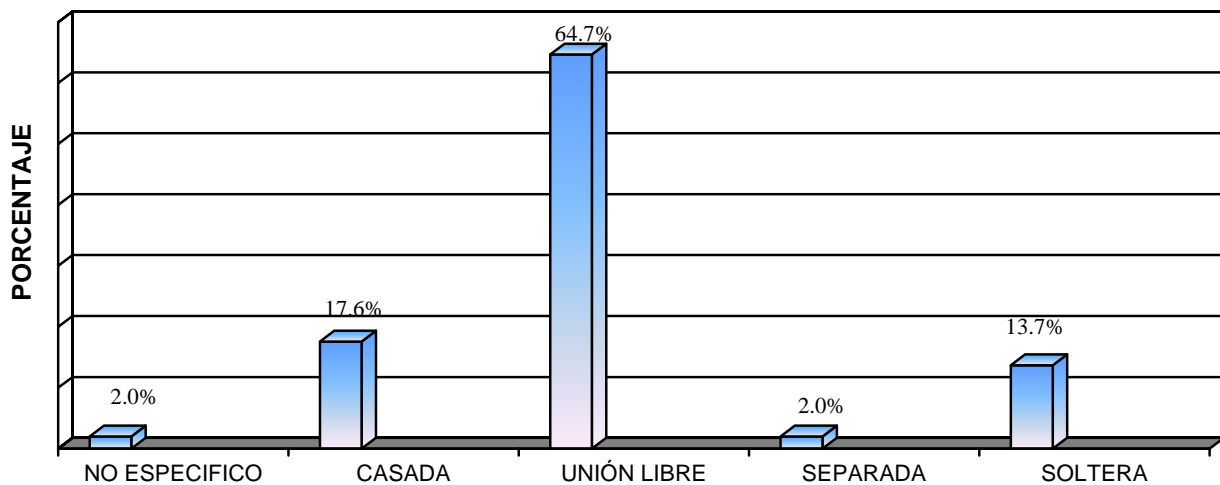
**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**Estado Civil.** Referente al Estado Civil de las adolescentes embarazadas entrevistadas, manifiestan en un porcentaje del 64.7% (tabla 2) vivir en unión libre con su pareja, el 17.6% refiere que esta casada y el 13.7%, se encuentran son madres solteras o viven separadas de su pareja, por lo tanto carecen de todo tipo de apoyo por parte de su pareja.

**Grafica 2**

**ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

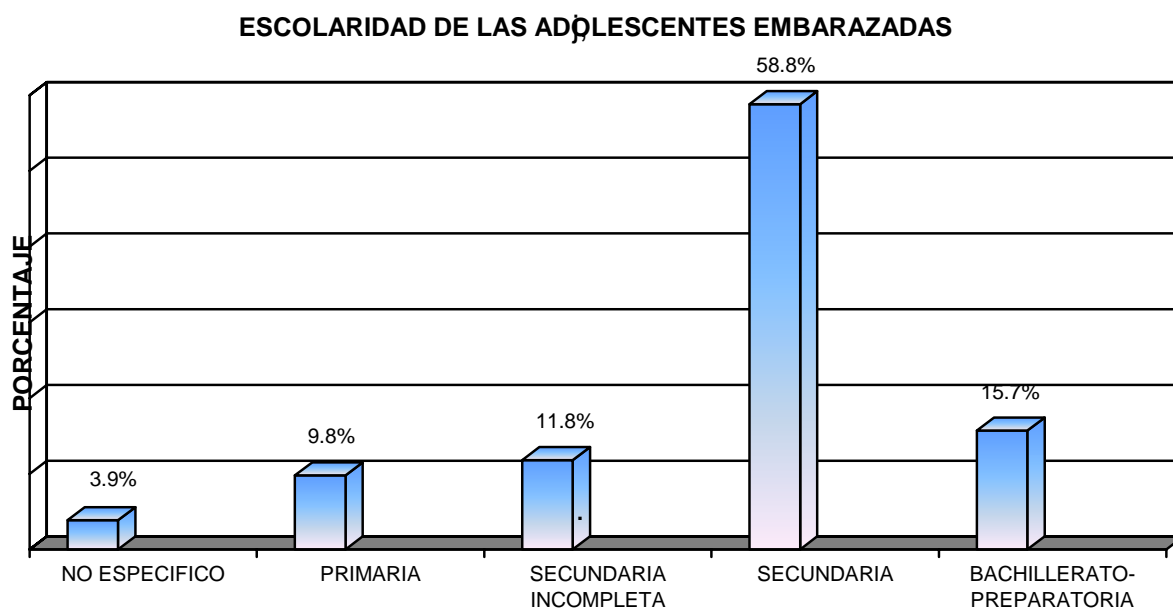


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**Escolaridad.** Es importante considerar el nivel educativo de las adolescentes embarazadas que fueron entrevistadas, los resultados demuestran que el 58.8% (tabla 3) de este grupo solamente concluyen la educación básica, es decir el grado de secundaria, debido a que el embarazo merma de manera importante el que continúen otro nivel educativo, en virtud que el embarazo complica su estado físico y emocional lo que implica modificar su proyecto y estilo de vida y dedicar tiempo al reposo y vigilancia de su embarazo.

**Grafica 3**



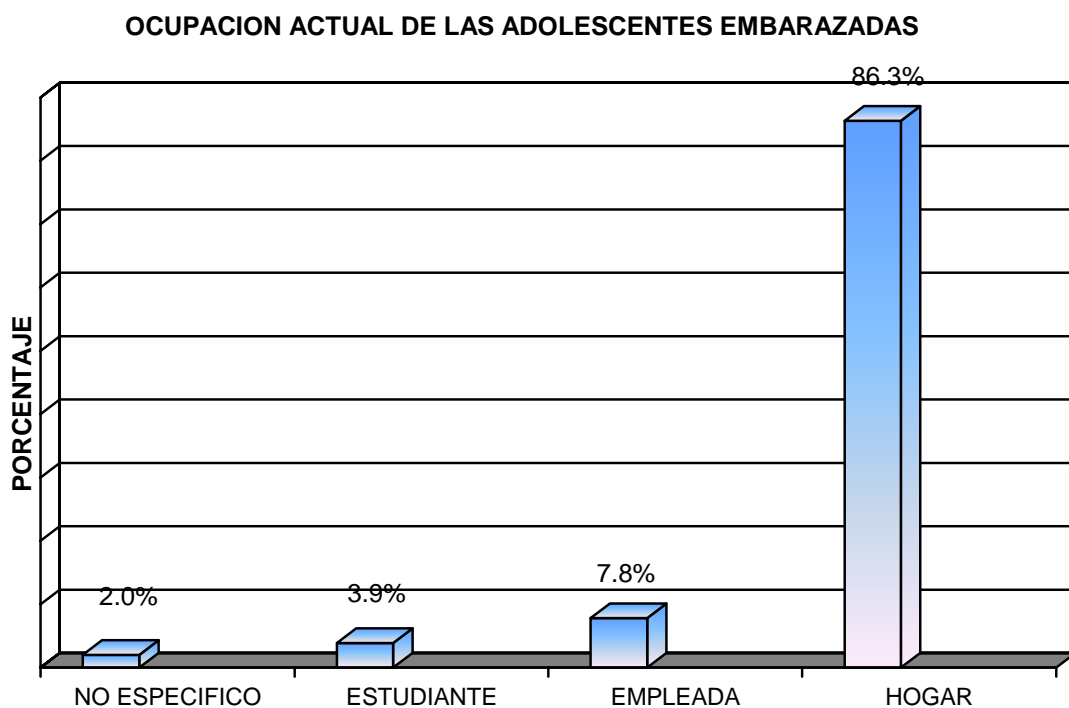
**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.



---

**Ocupación Actual.** La ocupación actual de las adolescentes embarazadas que fueron entrevistadas refieren que por estar embarazadas se dedican a labores propias del hogar, el 86.3% (tabla 4) lo que las limita a realizar otras actividades laborales. A pesar de que el mayor porcentaje de entrevistadas no labora se encontró que el 7.8% si ha podido continuar con un trabajo que le da una remuneración económica y el 3.9% hace mención que el hecho de estar embarazada no ha sido causa de abandonar sus estudios.

**Grafica 4**

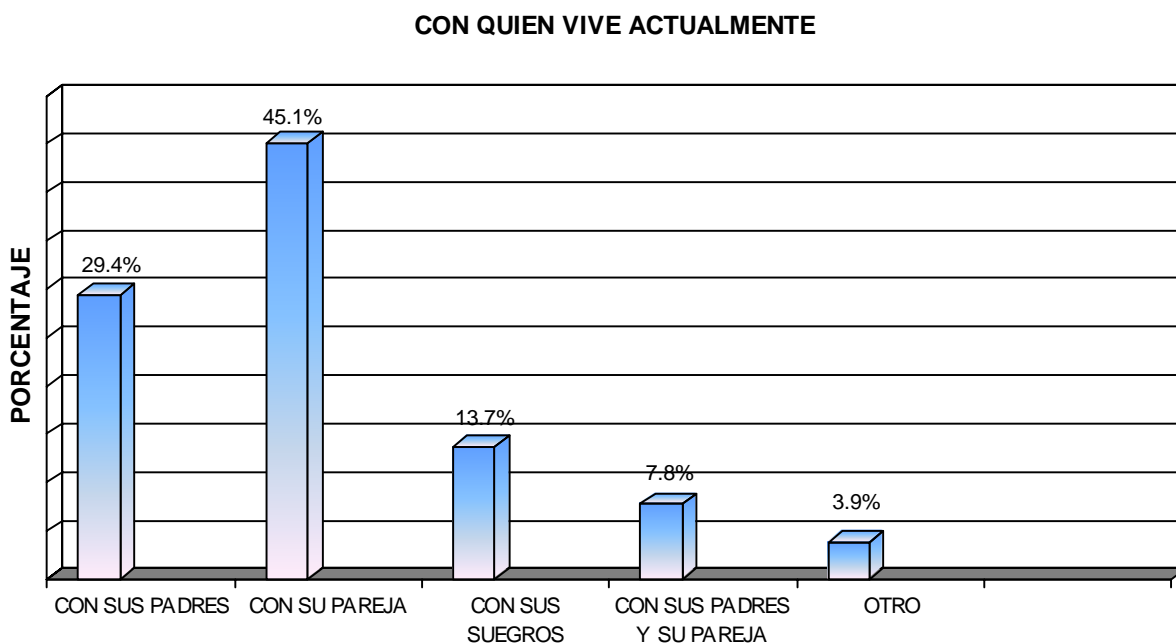


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**¿Con quien vive actualmente?** Esta variable indica que el 45.1% (tabla 5) de las adolescentes embarazadas entrevistadas viven con su pareja y el 29.4% se ven obligadas a seguir viviendo con sus padres. Aunque la mayoría de ellas indica tener el apoyo de su pareja, sin embargo la protección y cuidado la reciben de sus padres. El 13.7% de este grupo vive en casa de los suegros por no ser aún autosuficientes moral y económicamente, son inmaduros, sin preparación biológica, psicológica y social.

**Grafica 5**

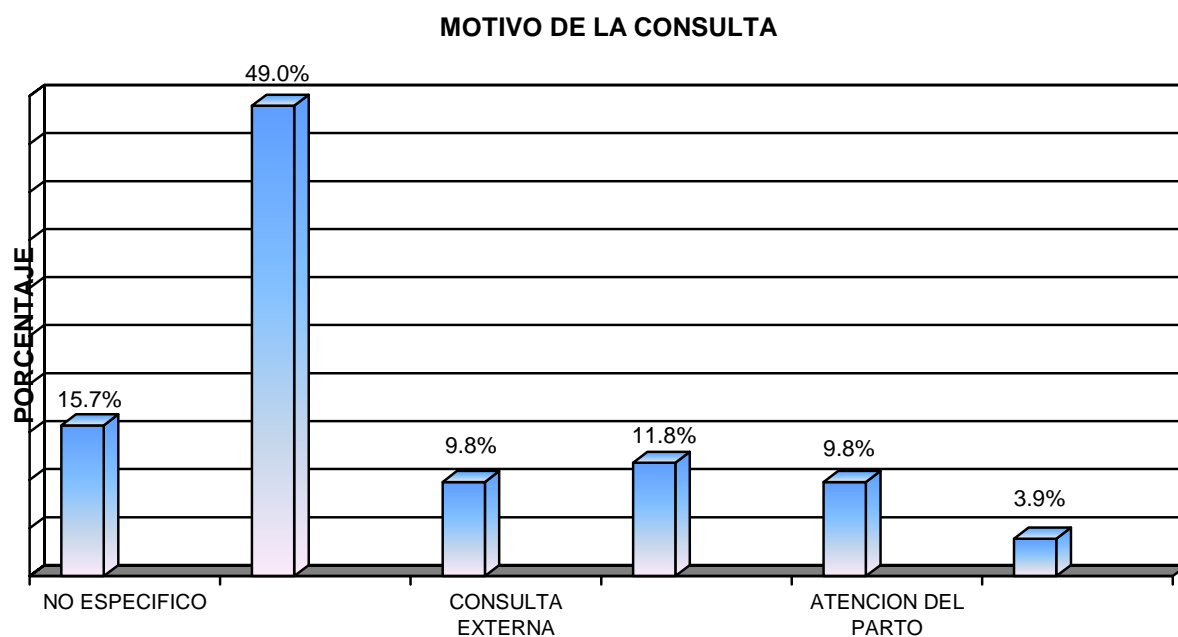


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**Motivo de la consulta.** El 49.0% (tabla 6) de las embarazadas adolescentes entrevistadas asisten periódicamente al hospital para su control prenatal, el 11.8% acude porque presenta complicaciones relacionadas con su embarazo y el 9.8% se presentan en trabajo de parto y su atención es resolutive para dar a luz y el 3.9% solo se acerca a los servicios del hospital para solicitar información acerca de cómo se brinda la atención de las embarazadas y los costos de la atención del parto. El 15.7% no contestó. Este grupo de adolescentes embarazadas manifiesta que esta consiente de la responsabilidad que implica un embarazo y por lo tanto es regular en su asistencia del control prenatal y se prepara para el nacimiento de su hijo.

**Grafica 6**

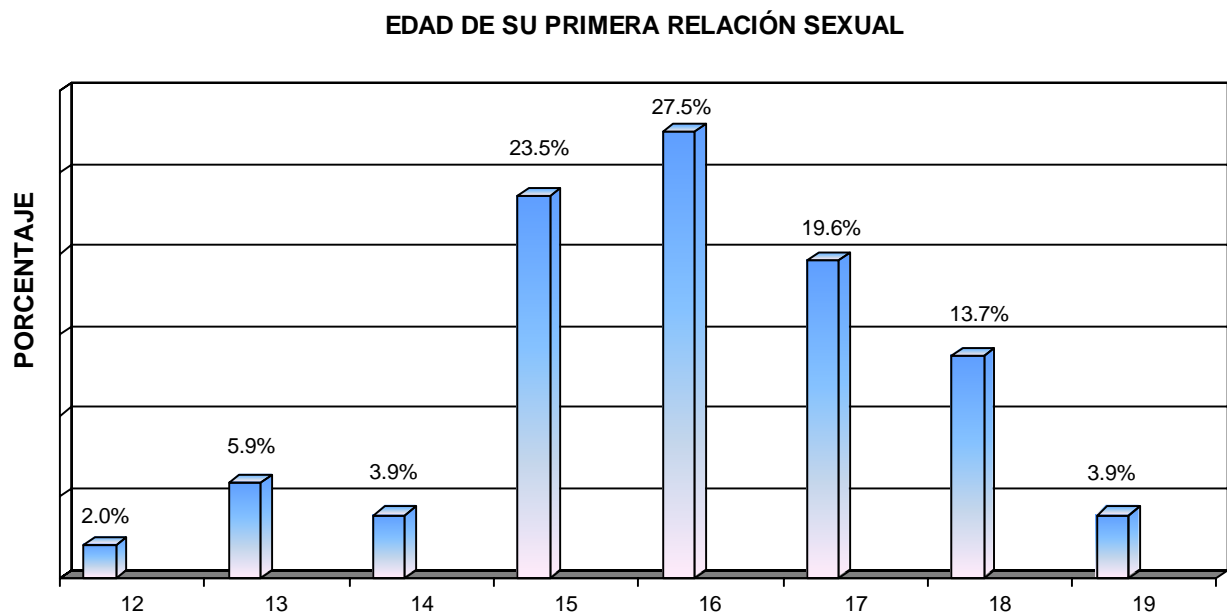


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**Edad de su primera relación sexual.** Como se observa la vida sexual activa de las adolescentes embarazadas se inicia a temprana edad ya que el 27.5% (tabla 7) de las entrevistadas refieren haber tenido su primera relación sexual a la edad de 16 años, el 23.5% indica que su primera experiencia sexual fue a los 15 años, y el 19.6% las usuarias la inicio a los 17 años. Sin embargo se encontraron casos de adolescentes embarazadas que iniciaron su vida sexual activa entre los 12 y 13 años de edad. Situación que se debe considerar para introducir programas de atención especializada en orientación sexual y reproductiva en las instituciones educativas y de salud.

**Grafica 7**



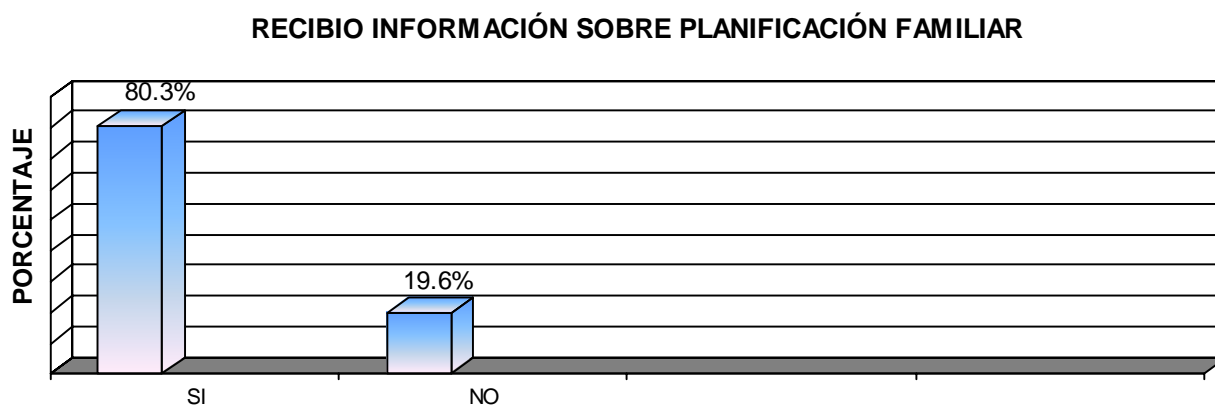
**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**Recibió información sobre planificación familiar antes de ese embarazo.** El 80.4% (tabla 8) de las entrevistadas refieren que si recibieron información acerca de planificación familiar antes de su embarazo.

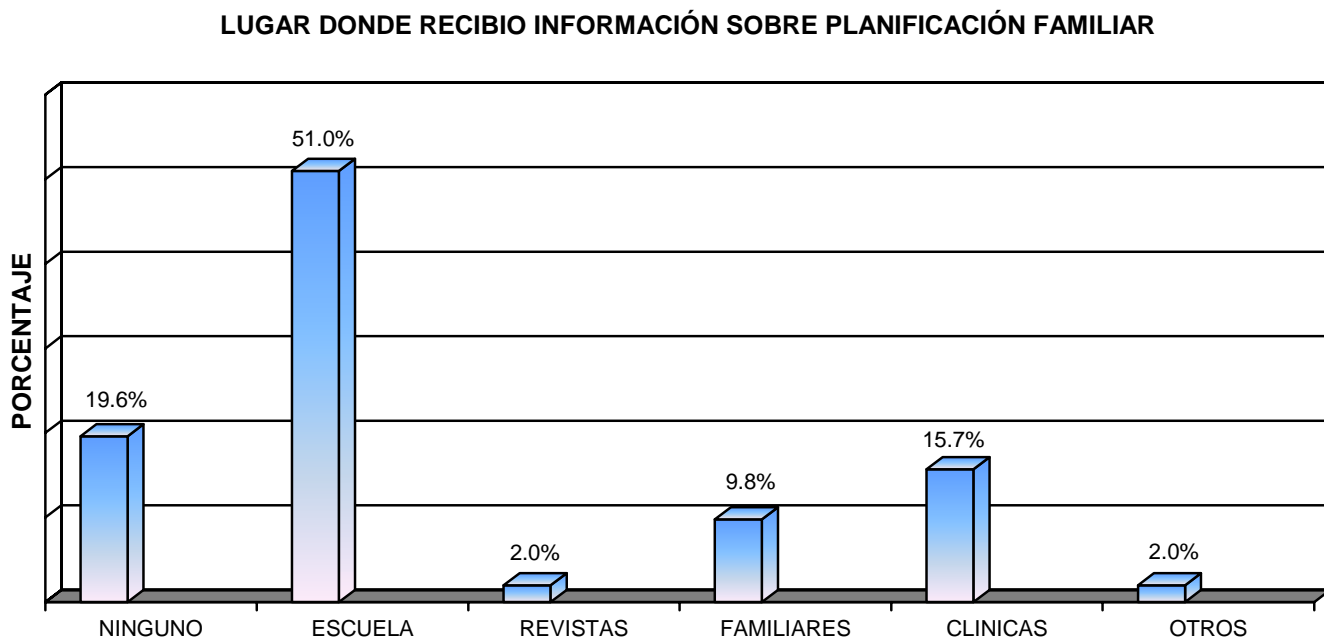
El 51.0% (tabla 9) de las adolescentes embarazadas que recibieron información sobre Planificación Familiar en la escuela, el 15.7% en las clínicas y Centros de Salud, así mismo el 19.6% no recibió información alguna sobre la Planificación Familiar. Como se puede apreciar que a pesar de tener una información oportuna las adolescentes no tomaron medidas para evitar el embarazo. Situación que permite modificar estrategias de intervención para la trasmisión de información que permita a las adolescentes evitar embarazos no planeados.

**Grafica 8**



**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

**Grafica 9**



**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

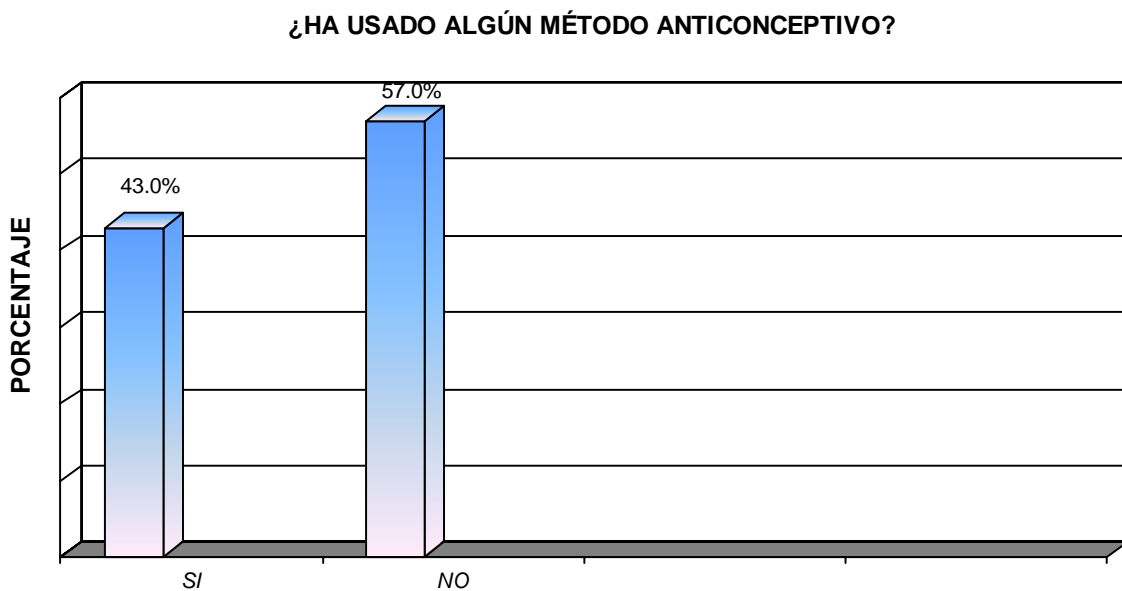
---

**Usa método anticonceptivo.** De los métodos anticonceptivos existentes las adolescentes embarazadas entrevistadas han mencionado los que:

El 57% (tabla 10) de las usuarias refieren que al momento de tener relaciones sexuales con su pareja no utilizaron ningún método anticonceptivo.

El 43%, de las adolescentes embarazadas refiere si haber utilizado métodos anticonceptivos.

**Grafica 10**

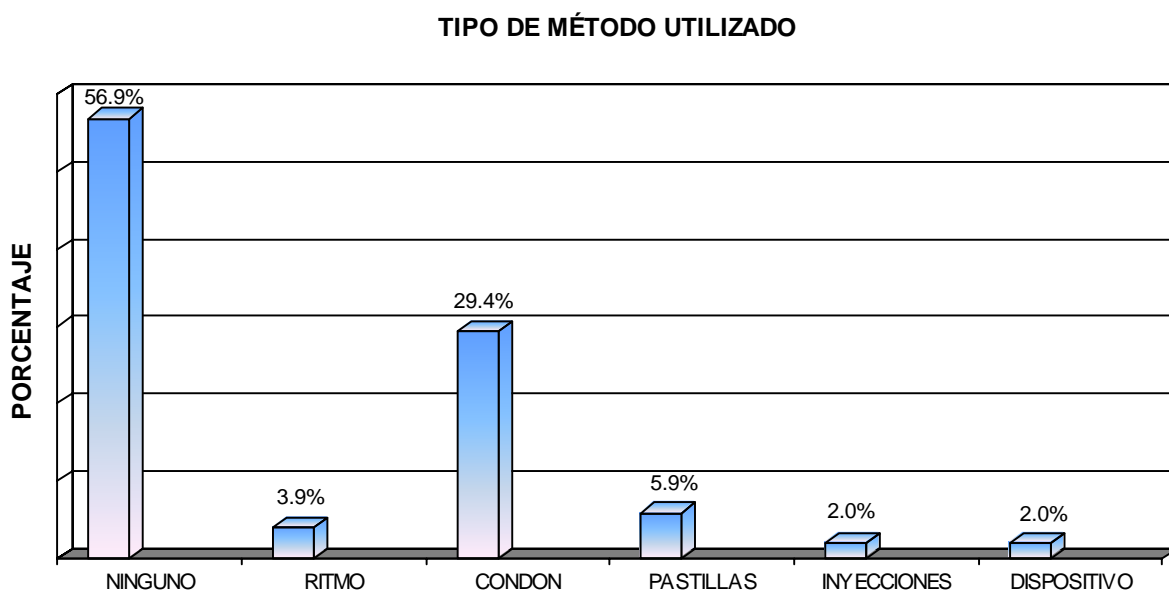


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**Tipo de método utilizado.** Los métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes embarazadas son: El condón un 29.4% (tabla 11), pastillas anticonceptivas el 5.9%, el método del ritmo el 3.9% y el 2.0% usaron las inyecciones y el 2% dispositivo intrauterino.

**Grafica11**



**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

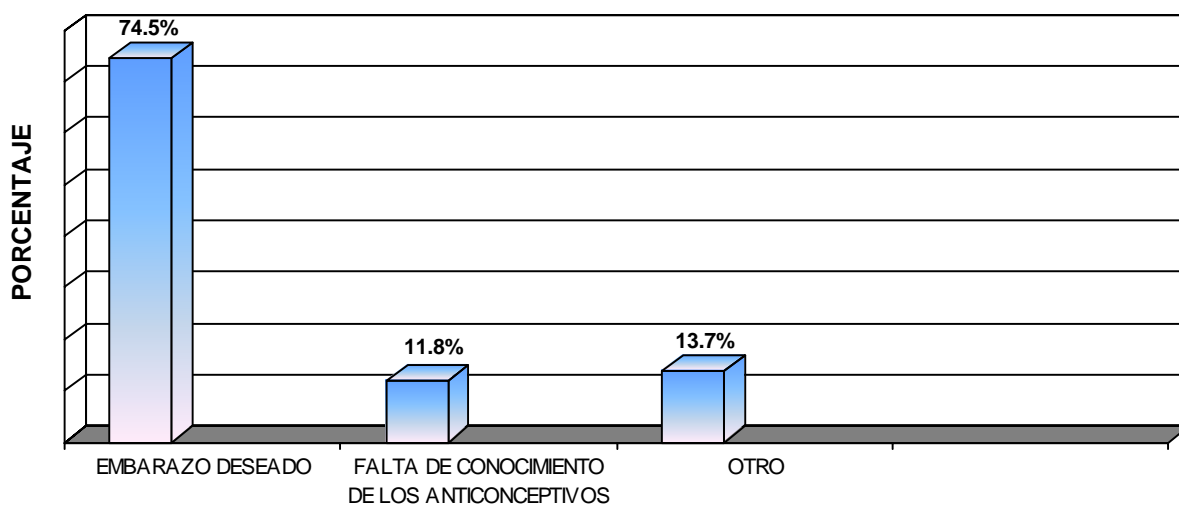


---

**Causa de embarazo.** Las adolescentes embarazadas entrevistadas hacen referencia que el 74.5% (tabla 12) fue resultado de un embarazo deseado, el 11.8% fue por el desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos y el 13.7% otro motivo.

**Grafica 12**

**CAUSA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

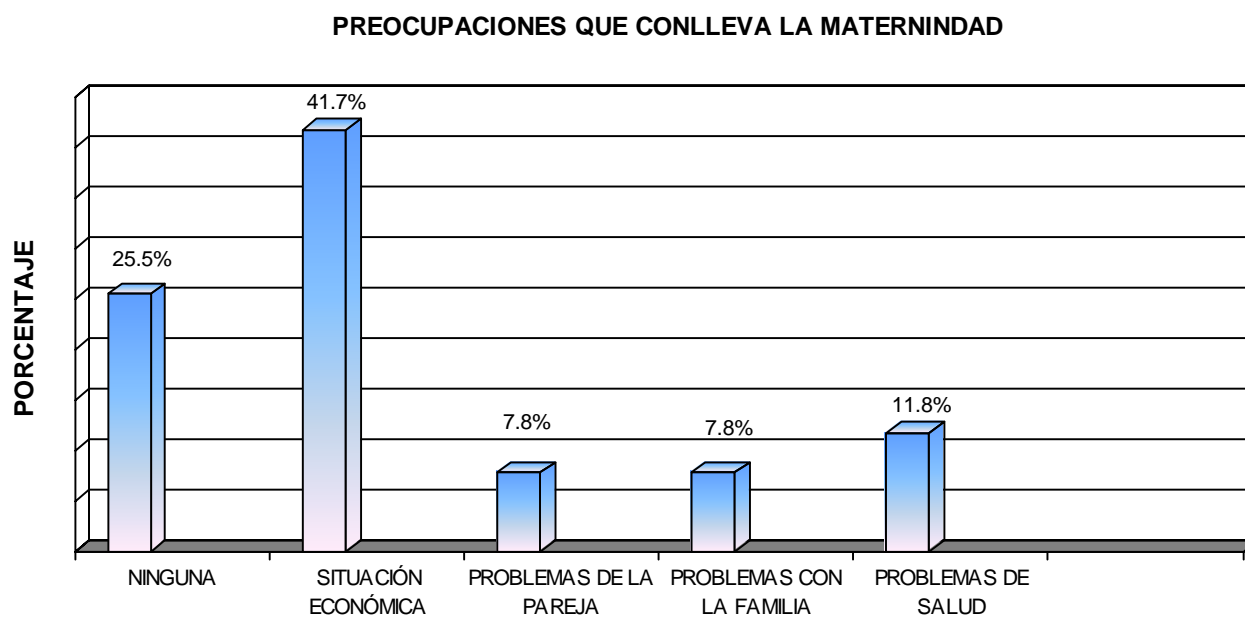


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**Preocupaciones que conlleva la maternidad.** El 47.1% (tabla 13) de las adolescentes embarazadas entrevistadas comparten su preocupación en relación con la maternidad es enfrentarse a la situación económica, como uno de los principales problemas durante el periodo de embarazo y posterior al nacimiento del bebé, al 11.8% le preocupa tener algún problema de salud relacionado con el embarazo y con el cuidado de su futuro hijo, y el 7.8% tener problemas con la pareja, el 7.8% con la familia que rechaza el embarazo de la adolescente, el 25% refiere no tener preocupación alguna por lo que respecta enfrentar la maternidad en esta etapa de su vida. Tal parece que fuera algo normal que sucede a las adolescentes.

**Grafica 13**



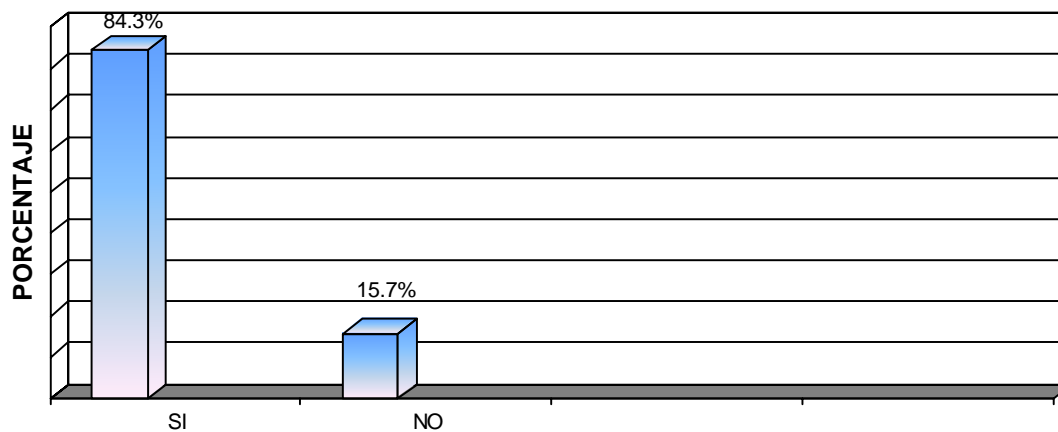
**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

**Tiene compañero.** El 84.3% (tabla 14) de las usuarias indican que si tienen compañero que las apoye y acompañe durante su embarazo, el 15.7% refiere que no lo tienen.

**Grafica 14**

**¿TIENE USTED UN COMPAÑERO?**

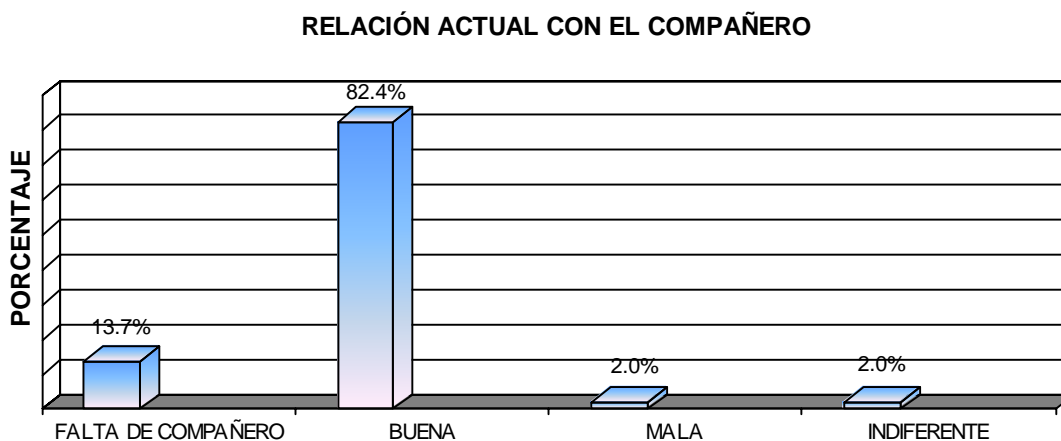


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

Las adolescentes embarazadas entrevistadas que si tienen un compañero su relación actual en un 82.4% (tabla 15) es buena, y el 2.0% refiere tener una relación mala, es indiferente 2.9%, no contestaron el 13.7%. Este último dato tiene relación con las adolescentes embarazadas que no tienen pareja.

**Grafica 15**

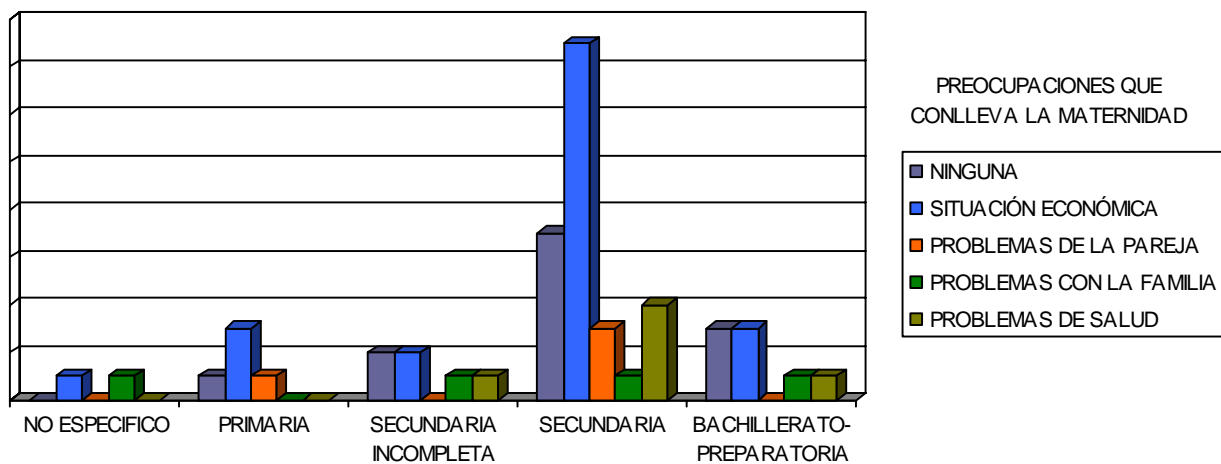


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

La principal preocupación que afecta a las madres adolescentes es sin duda la situación económica, ya que el dedicarse a su embarazo y el nacimiento de su hijo se merman los estudios por lo que estos difícilmente llegan a concluir el bachillerato, siendo la secundaria el último peldaño de estudios que se concluyen por parte de la mayoría de las usuarias como consecuencia a los embarazos en la etapa adolescente.

**Grafica 16**

**ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y PREOCUPACIONES QUE CONLLEVA LA MATERNIDAD**

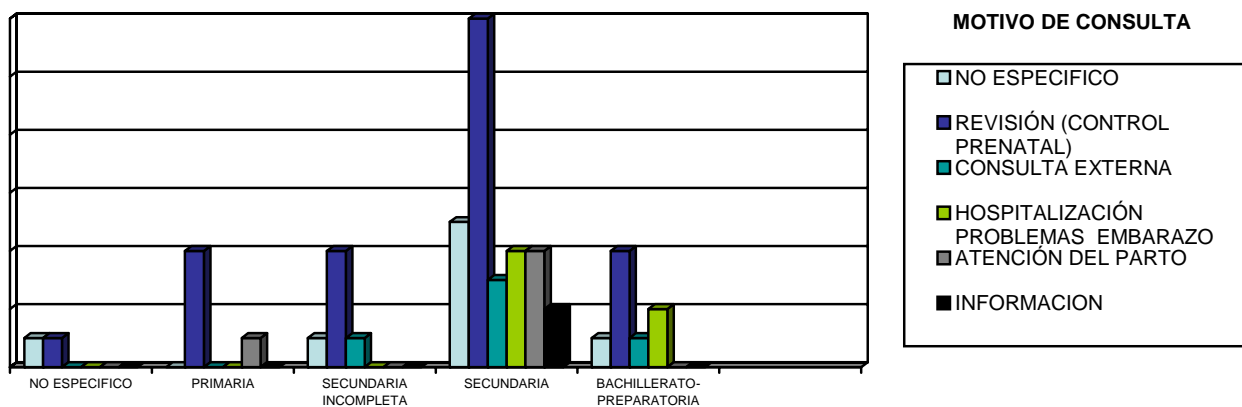


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

El grado de escolaridad que más predomina es el nivel secundaria, lo que permite a las adolescentes embarazadas tener conocimientos básicos y capacidad para asimilar aspectos fundamentales con la atención y cuidados de su embarazo y prepararse con ayuda de la familia y personal de salud sobre todo del médico que atiende, ya que al hospital comúnmente asisten para su revisión y control prenatal y posteriormente para la atención del parto.

**Grafica 17**

**ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MOTIVO DE CONSULTA**

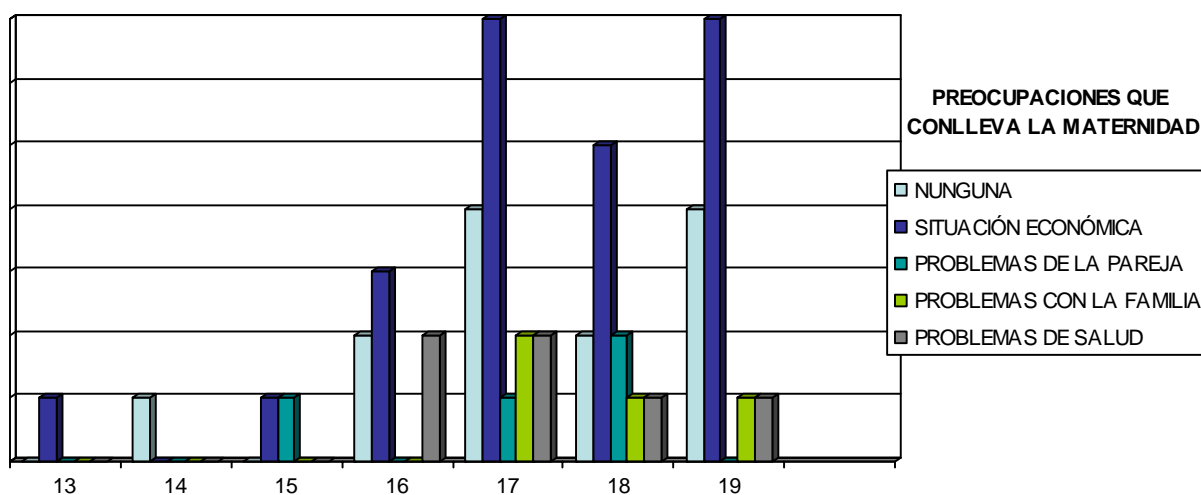


**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

Se encontró con las adolescentes embarazadas entrevistadas que el grupo mas representativo con edad de 17 años, que su preocupación esta más enfocada con su situación económica en gran medida, debido a la inseguridad con sus parejas, ser madres solteras, depender económicamente de sus padres, no estar en posibilidades de trabajar, ni están preparadas para enfrentarse a esta responsabilidad.

**Grafica 18**

**PREOCUPACIONES QUE CONLLEVA LA MATERNIDAD CON RELACIÓN A LA EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas en el Hospital Obstétrico Pachuca, Septiembre 2005.

---

## **CONCLUSIONES:**

Con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se puede concluir que la adolescencia es un periodo conflictivo debido a que la joven debe adaptarse a todos los cambios tanto a nivel biológico como psicológico. Es en este periodo cuando más se apegan a su grupo de pares y la relación con los padres y familiares se hace más difícil.

También en esta investigación se demuestra que en nuestro universo de estudio el 80% recibió información acerca de la planificación familiar, por lo tanto la hipótesis formulada al inicio de la investigación queda descartada debido a que la población entrevistada si contaba con información sobre planificación familiar independientemente de la instancia educativa o de salud, lo cual señala que la información recibida no es suficiente para evitar embarazos en las adolescentes.

Los indicadores utilizados en nuestro instrumento de investigación nos permiten identificar y describir cuales son las características de las adolescentes embarazadas entrevistadas que acuden al Hospital Obstétrico Pachuca.

En relación a la edad de las adolescentes embarazadas, la investigación nos arroja que hay mayor incidencia en las edades entre 17 y 19 años de edad, lo que demuestra que las entrevistadas por esta razón han abandonado sus estudios, siendo el nivel máximo el grado de secundaria y las conlleva a adquirir nuevas responsabilidades, asumir otros roles como es convertirse en ama de casa y al cuidado y crianza de sus hijos, compromiso de pareja, lo cual genera frustraciones, limitaciones, incapacidades para afrontar cambios en sus estilos de vida. A pesar de que se encontró que existe buena relación y apoyo de la pareja en la mayoría de adolescentes embarazadas que viven en unión libre o casadas se enfrentan con la principal preocupación que es la situación económica en consecuencia de no contar con un empleo estable y bien remunerado, depender muchas veces de los padres o



---

vivir con los suegros, no están preparadas ni biológica, ni psicológica.

Es de gran interés social el hecho de que se inicie la educación sexual a temprana edad, esto con el fin de que las adolescentes adquieran conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad y al mismo tiempo logren un mejor proyecto de vida.

---

# **ANEXOS.**

---

---

## **GLOSARIO:**

**Adolescencia:** Es una etapa de transición de la infancia a la edad adulta en la cual desarrollamos todos los miembros de nuestro cuerpo, comprendida entre las edades de 12 y 17 ó 12 y 19 años.

**Anticonceptivo:** Químico o mecanismo diseñado para prevenir embarazos no deseados.

**Causa:** Lo que se considera como fundamento ú origen de algo.

**Consecuencia:** Hecho ó acontecimiento que se sigue o resulta de otro.

**Educación Sexual:** De forma amplia, toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, generalmente dada a niños y adolescentes.

**Embarazo:** Es el periodo del tiempo durante el cual un bebé se desarrolla en el útero de la madre.

**Incidencia:** Lo que sucede en el curso de un asunto y que está relacionado con él y que no se ha planeado.

**Irresponsabilidad:** No ser responsable de sus propios actos o no hacerse cargo de su responsabilidad y dejar a otros que carguen con ella.

**Madres solteras:** Son aquellas que se velan por el cuidado de sus hijos y las que crían ellas solas; sin él cuidado o la ayuda de su compañero o él padre de su hijo.

**Padres adolescentes:** Son aquellos que tiene hijos durante la etapa adolescente.

**Planificar:** Pensar y planear algo antes de actuar o llevar acabo un objetivo.

---

**Protección sexual:** Anticonceptivo, que se usa para evitar, las consecuencias de las relaciones sexuales.

**Sensualidad:** Se define como propensión exagerada hacia el goce de los deleites sensoriales.

**Violencia:** Agredir los derechos de los demás, golpear, insultar o hacer cualquier cosa que dañe a los demás.

**Aborto:** Interrupción del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del organismo materno.

---

---

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

ACTIVIDADES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
REVISION BIBLIOGRAFICA	■	■	■	■	■	
DISEÑO Y ELABORACION DE INSTRUMENTOS		■	■			
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS				■		
APLICACIÓN DE ENTREVISTAS				■		
CODIFICACION DE LA INFORMACION					■	
ANALISIS DE LOS DATOS					■	
INTERPRETACION DE LA INFORMACION					■	
REVISION EN BORRADOR					■	
ENTREGA DE TESIS						■

---

---

## **I INSTRUMENTO APLICADO.**

POR MEDIO DE ESTA ENCUESTA NOS AYUDARA A IDENTIFICAR ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y ANONIMA.

### **DATOS GENERALES.**

1.- Edad: \_\_\_\_\_

2.- Estado Civil:

- a) Casada b) Unión Libre c) Separada d) Divorciada e) Soltera

3.- Escolaridad: \_\_\_\_\_

4.- Ocupación Actual:

- a) Estudiante b) Empleada c) Estudia y trabaja d) Hogar

5.- ¿Con quien vive usted actualmente?

- a) Con sus padres b) Con su pareja c) Con sus suegros  
d) Otra persona especifique \_\_\_\_\_

6.- Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

7.- Edad de su primera relación sexual \_\_\_\_\_ años cumplidos.

8.- Edad de su primera menstruación \_\_\_\_\_ años cumplidos.

---

---

9.- ¿Ha recibido usted información sobre planificación familiar antes de este embarazo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10.- ¿Donde recibió esta información?

a) Escuela b) Revistas c) Televisión d) Radio e) Familiares f) Amistades g) Clínicas

11.- ¿Ha usado algún método anticonceptivo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12.- ¿Que tipo de método utilizó?

a) Ritmo b) Condón c) Pastillas d) Inyecciones e) Dispositivo  
f) Óvulos G) Espumas y jaleas

Otros especifique: \_\_\_\_\_

13.- La causa de su embarazo fue:

a) Embarazo deseado b) Falta de conocimiento de anticonceptivos c) Violación  
d) Otro especifique \_\_\_\_\_

---

---

14.- Una de las preocupaciones que conlleva la maternidad son: (puede marcar varias)

- a) Situación económica      b) Problemas de la pareja      c) Problemas con la familia  
d) Problemas de salud y por que \_\_\_\_\_

15.- ¿Tiene usted un compañero?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

16.- La relación actual con el compañero es:

Buena \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_ Indiferente \_\_\_\_\_

17.- ¿El compañero es el padre de su hijo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



---

---

**TABLAS.**

<b>Edad</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>13</b>	1	2.0	2.0	2.0
	<b>14</b>	1	2.0	2.0	3.9
	<b>15</b>	2	3.9	3.9	7.8
	<b>16</b>	7	13.7	13.7	21.6
	<b>17</b>	16	31.4	31.4	52.9
	<b>18</b>	11	21.6	21.6	74.5
	<b>19</b>	13	25.5	25.5	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 1

---



---

<b>Estado Civil</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>No especifico</b>	1	2.0	2.0	2.0
	<b>Casada</b>	9	17.6	17.6	19.6
	<b>Unión Libre</b>	33	64.7	64.7	84.3
	<b>Separada</b>	1	2.0	2.0	86.3
	<b>Soltera</b>	7	13.7	13.7	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 2

<b>Escolaridad</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>No especifico</b>	2	3.9	3.9	3.9
	<b>Primaria</b>	5	9.8	9.8	13.7
	<b>Secundaria Incompleta</b>	6	11.8	11.8	25.5
	<b>Secundaria</b>	30	58.8	58.8	84.3
	<b>Bachillerato - Preparatoria</b>	8	15.7	15.7	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 3

<b>Ocupación Actual</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>No especifico</b>	1	2.0	2.0	2.0
	<b>Estudiante</b>	2	3.9	3.9	5.9
	<b>Empleada</b>	4	7.8	7.8	13.7
	<b>Hogar</b>	44	86.3	86.3	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 4

<b>Con quien vive actualmente</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Con sus padres</b>	15	29.4	29.4	29.4
	<b>Con su pareja</b>	23	45.1	45.1	74.5
	<b>Con sus suegros</b>	7	13.7	13.7	88.2
	<b>Con sus padres y su pareja</b>	4	7.8	7.8	96.1
	<b>Otro</b>	2	3.9	3.9	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabal 5

<b>Motivo de la Consulta</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>No Especifico</b>	8	15.7	15.7	15.7
	<b>Revisión (Control Prenatal)</b>	25	49.0	49.0	64.7
	<b>Consulta Externa</b>	5	9.8	9.8	74.5
	<b>Hospitalización problemas Embarazo</b>	6	11.8	11.8	86.3
	<b>Atención del Parto</b>	5	9.8	9.8	96.1
	<b>Información</b>	2	3.9	3.9	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 6

<b>Edad de su primera relación sexual</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>12</b>	1	2.0	2.0	2.0
	<b>13</b>	3	5.9	5.9	7.8
	<b>14</b>	2	3.9	3.9	11.8
	<b>15</b>	12	23.5	23.5	35.3
	<b>16</b>	14	27.5	27.5	62.7
	<b>17</b>	10	19.6	19.6	82.4
	<b>18</b>	7	13.7	13.7	96.1
	<b>19</b>	2	3.9	3.9	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 7

---

<b>Recibió Información sobre planificación familiar antes de este embarazo</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Si</b>	41	80.3	80.4	80.4
	<b>No</b>	10	19.6	19.6	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 8

<b>Lugar donde recibe información sobre planificación familiar</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Ninguno</b>	10	19.6	19.6	19.6
	<b>Escuela</b>	26	51.0	51.0	70.6
	<b>Revistas</b>	1	2.0	2.0	72.5
	<b>Familiares</b>	5	9.8	9.8	82.4
	<b>Clínicas</b>	8	15.7	15.7	98.0
	<b>Otro</b>	1	2.0	2.0	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 9

<b>Usa método anticonceptivo</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Si</b>	22	43	43	43
	<b>No</b>	29	57	57	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 10



<b>Tipo de método utilizado</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Ninguno</b>	29	56.9	56.9	56.9
	<b>Ritmo</b>	2	3.9	3.9	60.8
	<b>Condón</b>	15	29.4	29.4	90.2
	<b>Pastillas</b>	3	5.9	5.9	96.1
	<b>Inyecciones</b>	1	2.0	2.0	98.0
	<b>Dispositivo</b>	1	2.0	2.0	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 11

---



---

<b>Causa de Embarazo</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Embarazo deseado</b>	38	74.5	74.5	74.5
	<b>Falta de conocimiento de los anticonceptivos</b>	6	11.8	11.8	86.3
	<b>Otro</b>	7	13.7	13.7	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 12

<b>Preocupaciones que conlleva a la maternidad</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Ninguna</b>	13	25.5	25.5	25.5
	<b>Situación Económica</b>	24	47.1	47.1	72.5
	<b>Problemas de la pareja</b>	4	7.8	7.8	80.4
	<b>Problemas con la familia</b>	4	7.8	7.8	88.2
	<b>Problemas de Salud</b>	6	11.8	11.8	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 13

<b>Tiene Compañero</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Si</b>	43	84.3	84.3	84.3
	<b>No</b>	8	15.7	15.7	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 14

---



---

<b>La relación actual con el compañero</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>Falta de Compañero</b>	7	13.7	13.7	13.7
	<b>Buena</b>	42	82.4	82.4	96.1
	<b>Mala</b>	1	2.0	2.0	98.0
	<b>Indiferente</b>	1	2.0	2.0	100.0
	<b>Total</b>	51	100.0	100.0	

Tabla 15

<b>Escolaridad * Preocupaciones que conlleva a la maternidad Crosstabulation</b>							
Count							
		<b>Preocupaciones que conlleva la maternidad</b>					<b>Total</b>
		<b>Ninguna</b>	<b>Situación Económica</b>	<b>Problemas de la pareja</b>	<b>Problemas con la familia</b>	<b>Problemas de Salud</b>	
<b>Escolaridad</b>	<b>No específico</b>	0	1	0	1	0	2
	<b>Primaria</b>	1	3	1	0	0	5
	<b>Secundaria Incompleta</b>	2	2	0	1	1	6
	<b>Secundaria</b>	7	15	3	1	4	30
	<b>Bachillerato - Preparatoria</b>	3	3	0	1	1	8
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>51</b>

Tabla 16

**Escolaridad \* Motivo de la Consulta Crosstabulation**

Count

		Motivo de la Consulta						Total
		No Especifico	Revisión (Control Prenatal)	Consulta Externa	Hospitalización problemas Embarazo	Atención del Parto	Información	
Escolaridad	No especifico	1	1	0	0	0	0	2
	Primaria	0	4	0	0	1	0	5
	Secundaria Incompleta	1	4	1	0	0	0	6
	Secundaria	5	12	3	4	4	2	30
	Bachillerato - Preparatoria	1	4	1	2	0	0	8
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>51</b>

Tabla 17

<b>Edad * Preocupaciones que conlleva la maternidad Crosstabulation</b>							
Count							
		<b>Preocupaciones que conlleva la maternidad</b>					<b>Total</b>
		<b>Ninguna</b>	<b>Situación Económica</b>	<b>Problemas de la pareja</b>	<b>Problemas con la familia</b>	<b>Problemas de Salud</b>	
<b>Edad</b>	<b>13</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
	<b>14</b>	1	0	0	0	0	<b>1</b>
	<b>15</b>	0	1	1	0	0	<b>2</b>
	<b>16</b>	2	3	0	0	2	<b>7</b>
	<b>17</b>	4	7	1	2	2	<b>16</b>
	<b>18</b>	2	5	2	1	1	<b>11</b>
	<b>19</b>	4	7	0	1	1	<b>13</b>
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>51</b>

Tabla 18

---

---

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. AIDEM-IMSS. (1987). La fecundidad en la adolescente. Temas de planificación familiar; México.
2. Atucha, A. (1989). Sexualidad, anticoncepción y adolescencia. El papel de los planificadores familiares, Mekanograma, Perú.
3. Ausubel, D.P. (1974). Familia y sexualidad; Buenos Aires, Paidós.
4. Cáceres, J. & Escudero, V. (1994). Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados. Madrid: Pirámide.
5. Castillo, C. López, C. Muñoz, C. & Rivera, J. (1992). Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada.
6. Consejo Nacional de Población (1998). Proyección de población en México. 1996-2050: CONAPO.
7. Emans Jean Herriot. et al. (2000) Ginecología en pediatría y la adolescente. México. McGraw-Hill Interamericana.
8. Escobar & Muñoz (1995). Estudio Cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes.
9. Escutia, L. G. (1992); Rasgos de personalidad de la adolescente embarazada. Tesis de Licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.
10. Friedman H. L. (1989). La investigación psicológica para la salud reproductiva de



- 
- los adolescentes. Conferencia internacional sobre fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe, México.
11. Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (1999). Encuesta Gente Joven 99. México: Mexfam. Documento interno.
  12. Glueck, S. (1962); Family, Environment and Delinquency; Busto, Houghton
  13. Hernández Sampieri Roberto. Et al. (2000) Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Mcgraw-Hill. México.
  14. Ibarra ML. (2003). Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer Rev. Cub. Psic.Cuba.
  15. IPPF (1989). Consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia. embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe; New York, Federación Internacional de Planificación Familiar.
  16. Krause J.L. (1988). Sexualidad Adolescente. Carta informativa Latinoamericana – Adolescencia y Juventud- año 4. No. 12. México.
  17. Loe Leusk David. (1999) Adolescencia, Reflexiones Psicoanalista, editorial Lumen. Argentina.
  18. Medècigo Shej Graciela Amira. (2003). El Desarrollo del Idioma Ingles en el currículo de la Licenciatura en derecho y su contribución al perfil de egreso. Estudio de caso: La Licenciatura en derecho de la Universidad Autónoma De Hidalgo.
  19. Mederith P. y Cols (1990). Los adolescentes planeando servicios de

---

anticoncepción y asesoramiento. Europa: IPPF.

20. Memoria, Foro Nacional de Jóvenes por los derechos sexuales (2000) 1º Edición, Impreso por el Instituto Mexicano de la Juventud-SEP
21. Monroy, A (1990). Salud, sexualidad y adolescencia. Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de salud de los adolescentes. México: Pax.
22. Monroy de V; Aguilar, J.; Morales, G. (1985). Salud, sexualidad y adolescencia; México, Pax-Mex.
23. Molina, R. Luengo, X. Guarda, P. González, E. & Jara, G. (1991). Adolescencia, Sexualidad y Embarazo. Serie Científica Médica, 2,6-29.
24. Molina, R. Luengo, X. & Toledo, V. (1994). Adolescencia: Tiempo de Decisiones. Canadá: Hermanas Santa Ana.
25. Múuss Rolf E. (1972). Teorías de la adolescencia., Editorial Paidós. Tercera edición, Buenos Aires, Argentina.
26. Organización Panamericana de la salud, (1987); fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones; cuaderno técnico No. 12, Washington, E.U.A.
27. Ortigosa CE. Cortés HE. (1991). Sexualidad y Reproducción. Gin.Obst.Mex.
28. Ortigosa CE. Karchmer KS. (1992). Educación para la Reproducción. Revisión bibliográfica. Perinatol.Reprodu.Hum.
29. Ortigosa CE. Patricia YPJ. (2001). Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas. Gin.Obst.Mex.

- 
30. Ortigosa CE. Padilla PYJ. (2002). Necesidades educativas en Salud Perinatal en madres de adolescentes embarazadas. *Gin.Obst.Mex.*
31. Peña, I. Quiroz, M. Muñoz, W. Molina, M. Guerrero, M. & Masardo, A. (1991). Embarazo Precoz. *Revista de Trabajo Social.*
32. Pérez, L. M. (1992). El Trabajo con Adolescentes Embarazadas. *Revista de Trabajo Social.*
33. Potts M. (1990). Los adolescentes y la fecundidad. *Network en español. Family Health International. Vol. 5 No. 1 U.S.A.*
34. Reyes Jiménez Ma. De Socorro. (1993). El embarazo en adolescentes, como consecuencia de la disfuncionalidad familiar. UNAM, Facultad de Psicología México D.F.
35. Rosenfield Allan. (1994) *Manual de Reproducción Humana.* FIGO, España. Parthenon Publishing Ed.
36. Ruoti M. (1988). Anticoncepción en la adolescencia. *Carta informativa Latinoamericana –Adolescencia y juventud-, Año 4 No. 13. Chile.*
37. Saavedra R. Manuel S. (2001) *Elaboración de tesis profesionales.* Primera edición. Editorial Pax México.
38. Secretaría de Salud. (1999). Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. *La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Una estrategia preventiva.* México

- 
39. Secretaría de Salud. (2000). Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia. México.
40. Stern C, García C. (1999). Hacia un Nuevo Enfoque en el Campo del Embarazo Adolescente. Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción. Ed. El Colegio de México.
41. Taquín, L.; Arcelus, M. Fernández M. Y Tolbertk. (1988); La psicología en el ámbito perinatal; México, Instituto Nacional de Perinatología.
42. Villanueva LA. Pérez-Fajardo MM. (2000). Factores socio-demográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. Gin. Obst. Mex.
43. Villanueva LA. Campos R. (2001). Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. Gin.Obst.Mex.