

Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia

EDGAR DÍAZ-FRANCO^a

RESUMEN

En el presente trabajo se responden cuatro preguntas sobre el fenómeno del embarazo durante la adolescencia, formuladas con el propósito de: contextualizar el problema en México; reconocer los factores asociados como la familia, la conducta sexual y actitud hacia la anticoncepción, la relación de pareja, la problemática de los hijos de madres adolescentes, los riesgos médicos, las conductas de riesgo de embarazo en adolescente, así como la respuesta emocional y psicológica; las acciones de prevención y la psicoterapia grupal con adolescentes embarazadas. Las preguntas quedaron formuladas de la siguiente manera: ¿qué es el embarazo adolescente?, ¿cuál es la incidencia en México y en el INPer?, ¿cuáles son los factores asociados al embarazo adolescente? y ¿cuál es el tratamiento psicológico adecuado para las adolescentes embarazadas?

PALABRAS GUÍA: Embarazo adolescente, anticoncepción, psicoterapia grupal, familia, pareja, hijos, guía clínica.

GUÍA CLÍNICA SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE

La siguiente guía pretende responder las siguientes preguntas: ¿qué es el embarazo adolescente?, ¿cuál es su incidencia en México?, ¿cuáles son los factores asociados al embarazo adolescente? y ¿cuál es el tratamiento psicológico adecuado para las adolescentes embarazadas?

¿QUÉ ES EL EMBARAZO ADOLESCENTE?

Dimensión del problema

El embarazo durante la adolescencia es un fenómeno que ha llamado la atención mundial desde el siglo pasado, particularmente en los últimos 30 años se acentuó la investigación para describir con mayor precisión el fenómeno. Las cifras estadísticas muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto, pues la frecuencia (en términos absolutos) del embarazo adolescente se ha incrementando. No obstante, en algunos países se ha observado un descenso en la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, algunos de los argumentos que se han señalado para explicar tal disminución, son los siguientes: una tendencia a casarse a mayor edad, un aumento en las oportunidades económicas y educativas, cambios en las costumbres sociales,

^a Psicólogo adscrito al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología. Dr. Isidro Espinosa de los Reyes.

Correspondencia:
Dr. Edgar Díaz Franco
Torre de Investigación, 1er. piso. Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, México, D.F., C.P. 11000.
Correo electrónico: edgardiazfranco@yahoo.com

Recibido: 9 de febrero 2007.
Aceptado: 11 de diciembre de 2006.

mayor accesibilidad e información sobre métodos anticonceptivos y, en algunos casos, el acceso legal al aborto.^{1-7(4,D)*}

¿CUÁL ES SU INCIDENCIA EN MÉXICO?

Al inicio del siglo XXI, de acuerdo con los datos del XII Censo Nacional de Población y Vivienda, México era un país con 97 361,711 habitantes, de los cuales 50 007,325 eran mujeres.^{8(2+ C)} Ellas se unían por vez primera a una pareja a una edad más temprana que la de los hombres (la edad promedio de unión de las mujeres fue a los 20 años, mientras que la de los hombres fue a los 23 años).⁹

La tasa global de fecundidad en México para el año 2000 fue de 2.4 hijos por mujer. En particular, la tasa de fecundidad en adolescentes ha venido descendiendo, lenta pero significativamente, como lo muestra el porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un hijo en el grupo etáreo de 15 a 19 años: en 1970 fue 13.8%, en el año 2000 de 6% y para el año 2004 fue de 5%. De acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Población, el número de mujeres adolescentes que experimentó la maternidad en el año 2004, fue de 259 mil.¹⁰ Además, se ha informado en EUA que un alto porcentaje de los embarazos de adolescentes (entre 15 y 19 años) no fueron planeados y más de la mitad de éstos terminaron en un aborto inducido o espontáneo.¹¹

Se sabe que en la medida en que una mujer tiene mayor instrucción y pertenece a la población económicamente activa, su fecundidad disminuye. De tal suerte que 60% de las madres adolescentes sin instrucción escolar, ha tenido un hijo antes de los 20 años; mientras que sólo 10% de las adolescentes que tenían una escolaridad superior a la secundaria, fueron madres durante la adolescencia. No obstante, para el total de las mujeres mexicanas 37% tuvieron un hijo antes de los 20 años.⁹

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE?

Factores socioculturales

- **Familia de la adolescente embarazada.** Con respecto a la familia de origen, se ha dicho que las adolescentes que se embarazan provienen de familias pobres, donde sus padres fueron padres en la adolescencia o que en sus familias sufrieron abuso físico y sexual en la infancia. Aunque es difícil establecer la relación de causalidad entre el maltrato infantil y el embarazo adolescente.^{12,13(3,D)} También se ha informado una menor calidad en la comunicación familiar.^{14,15(3,D)} Además, se ha planteado la existencia de algún grado de disfunción familiar como relaciones intrafamiliares complicadas, con o sin violencia¹⁶ y ausencia de uno o ambos padres en el hogar.^{15, 17,18} Asimismo, se ha señalado como factor predisponente del embarazo adolescente el menor nivel educativo de los padres.¹⁵

Es interesante señalar el hecho de que las adolescentes embarazadas que informaron altos niveles de estrés en sus familias de origen, consideraron sólo como moderadamente estresante el embarazo en sí mismo. Esto puede ayudar a entender cómo es que el embarazo puede llegar a percibirse, como una salida a las relaciones familiares conflictivas.^{19(3,D)} Sin embargo, en términos generales, una mayor disfuncionalidad familiar se ha asociado con un mayor riesgo de tener un embarazo en la adolescencia. Incluso se ha observado que las adolescentes embarazadas difícilmente encuentran apoyo para sus problemas, tanto dentro como fuera de sus familias. Pues refieren tanto una baja calidad como poca cantidad en las relaciones sociales.¹⁵

De hecho, en el Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), se ha encontrado que la

* Los números y las letras entre paréntesis corresponden a los Niveles de Evidencia y a los Grados de Recomendación, respectivamente, propuestos por la Red de Guías Intercolegiales Escocesas (SIGN 2004). Ver: Aldana-Calva E, Gómez-López ME, Criterios para la Elaboración de las Guías de Intervención Psicológica. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21(1): 11-21.



percepción de la dinámica familiar, la relación entre los padres y las relaciones afectivas con la madre y el padre, son factores que se asocian con la presencia de malestar psicológico. Si la dinámica familiar se percibe como mala o regular, entonces la percepción de la relación, tanto con el padre como con la madre, es calificada como muy mala o regular. En contraste, cuando se percibe como buena o excelente, entonces la percepción de la relación con ambos progenitores es calificada como buena o muy buena.^{20(3,D)}

Por otra parte, dentro de los factores familiares relacionados, se ha demostrado que el involucramiento paterno provoca una disminución de las conductas de riesgo en los hijos. Es decir, una buena calidad de apoyo proporcionado a los hijos (por parte de los padres) es un predictor del apoyo social familiar para las adolescentes.¹⁴

- **Conducta sexual adolescente.** Parece existir una percepción de que los cambios físicos aparecen a una edad cada vez más precoz entre los adolescentes, al igual que el inicio de la actividad sexual. Quizá el inicio temprano de la vida sexual tenga relación con la curiosidad que le despierta al adolescente la aparición de los nuevos cambios corporales, por lo que el inicio de la actividad sexual en las adolescentes, parece ser más la norma que la excepción.²¹ Aunque generalmente el tránsito del acercamiento hacia la sexualidad es gradual, este paso parece ser más lento en las mujeres que en los hombres, por lo que existe un porcentaje de adolescentes que adelantan dicho proceso e inician su vida sexual antes de los 15 años de edad.²²

En la literatura se mencionan como factores predictores del inicio de las relaciones sexuales tempranas, los siguientes: pubertad precoz, abuso sexual, pobreza, falta de interés de los padres, patrones culturales y familiares favorecedores de la actividad sexual temprana, baja escolaridad o de metas académicas, deserción escolar o bajo desempeño académico y abuso de sustancias.²³⁻²⁵ En contraste, se menciona que los factores predictores del inicio tardío de las relaciones sexuales son: vivir con ambos padres, tener una familia estable, tener

un trabajo, ingreso familiar alto, supervisión paterna, establecimiento de expectativas y vínculo entre padres e hijos.^{26,27(3,D)} Cabe anotar que a menudo el primer encuentro sexual se produce en la propia casa o en la de algún amigo cercano, por lo que el apoyo y la supervisión familiar son elementos importantes.^{14,15}

Hay que contemplar que inconscientemente la adolescente puede usar la sexualidad para satisfacer necesidades emocionales provocadas por la falta de estructura en algunas jóvenes (como poca supervisión de los padres), depresión, abuso de sustancias y dificultades maternas. Se ha sugerido que se debe a buscar o alcanzar ciertas metas no sexuales, como sentirse amada y establecer intimidad.²¹

En México, el inicio de las relaciones sexuales tiende a ser cada vez más a una temprana edad: en 1995 era a los 17.2 años y pasó en el año 2000 a los 15.9 años. En este año se estimaba que 25% de las mujeres entre los 15 y 19 años, ya habían tenido relaciones sexuales y ocho de cada diez habían tenido su primera relación sexual sin protección.¹⁰ Al respecto, en una investigación llevada a cabo en el INPerIER con adolescentes embarazadas, se encontró que éstas tenían su menarca a los 12 años en promedio: 74.2% tuvo su primer novio antes de cumplir los 14 años (12.7 años en promedio); la primera relación fue a los 14.8 años en promedio; seis de cada diez tuvieron su primera relación sexual antes del primer año de noviazgo. Es decir, que si se toman en consideración estos resultados, se determina que en promedio las adolescentes que fueron estudiadas iniciaban su vida sexual activa dos años después de haber tenido su primer novio y más de la mitad de ellas iniciaban sus relaciones sexuales durante el primer año de noviazgo. Aunque en esta investigación no se determinó con certeza las razones por las cuales las adolescentes tuvieron su primera relación sexual, sí se pudo esclarecer las razones por las cuales no las tuvieron: 70% dijo que no lo hizo por necesitar afecto; 84.4% no lo hizo por complacer al novio y 97.7% dijeron no haber sido obligadas.²⁸

- **Actitud hacia la anticoncepción.** Se sabe que una actitud típica de las adolescentes

embarazadas es que la mayoría conocían algún método anticonceptivo, pero no habían incorporado dicho conocimiento en sus prácticas sexuales habituales.^{29(3,D)}

Además, se ha señalado la existencia de un bajo índice en el uso de medidas anticonceptivas en la primera relación sexual, en particular, entre las adolescentes de menor edad, las cuales tendían a no usar método anticonceptivo alguno, después de su primer parto. Esta actitud probablemente se asocia a la clase de “fábulas personales” propias de la adolescencia, del tipo: “esto no me va a pasar a mí”, o bien, a la justificación para no utilizar métodos anticonceptivos que esgrimen las adolescentes embarazadas menores de 15 años, las cuales refieren: “que ellas pensaban que no iban a quedar embarazadas.”²⁹

Es interesante señalar que en algunos programas de prevención se considera necesario comprender este tipo de pensamiento mágico y la etapa del desarrollo del razonamiento, para diseñar estrategias de intervención. Se menciona que el modelo de reconocimiento de los elementos del estado operacional formal, propuesto por Piaget, puede ser un esquema útil para comprender la conducta contraceptiva de las adolescentes.^{30,31} Incluso, se ha reportado que a pesar de la existencia de programas de prevención para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la prescripción de métodos anticonceptivos, se ha llegado a reportar un decremento en el uso del condón, en particular entre las adolescentes que no perciben estar en riesgo de adquirir una ITS.^{32(2-C)}

En México, respecto al uso de métodos anticonceptivos, se puede decir que los adolescentes están aprendiendo que las personas pueden regular su capacidad reproductiva. De hecho, la gran mayoría de las jóvenes sexualmente activas conocen los métodos de regulación de la fecundidad y valoran la práctica de la planificación familiar. Sin embargo, no recurren con frecuencia a la práctica anticonceptiva. Por ejemplo, en el año 2000 alrededor de 80% de los jóvenes entre 15 a 19 años conocían o habían oído hablar de métodos anticonceptivos. Entre las jóvenes existía un mayor conocimiento de las pastillas y el condón

(51.8% y 27.2%, respectivamente); mientras que entre los hombres, los condones eran más conocidos (62.4%). En relación con el conocimiento de la población entre 15 a 19 años, sobre alguna de las diferentes formas de protección contra las infecciones de transmisión sexual: 57% de las mujeres y 67% de los hombres manifestó tener algún tipo de conocimiento. En cuanto al nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas entre 15 a 19 años, éste se mantuvo entre 1997 y el año 2000 en poco más de 40%.^{9,10}

Por otra parte, se ha identificado que los adolescentes que pertenecen a hogares mono parentales tienden a utilizar los métodos anticonceptivos en forma inadecuada. Al respecto, en México existen 1.9 millones de hogares mono parentales, en donde cuatro de cada cinco están encabezados por una mujer.⁸

- **Relación de pareja en adolescentes.** En el año 2001, en EUA se estimó que un alto porcentaje (78.9%) de los nacimientos en adolescentes ocurrió fuera del matrimonio.³³
(2+ + B) Respecto al estado conyugal de la población femenina entre 12 a 19 años en México, los datos proporcionados por el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 señalan que la proporción de adolescentes que tienen una relación es baja (uno de cada 10 adolescentes) de ellas ocho de cada diez están en unión libre o casadas civilmente, el resto se casó tanto por el civil como religiosamente o sólo religiosamente; de las que no tienen pareja casi todas son solteras y aunque el porcentaje es bajo, se tienen 43,224 adolescentes que son separadas, divorciadas o viudas; de las que tuvieron una ruptura de pareja casi todas son separadas.
- **Problemática de los hijos de madres adolescentes.** En el año 2000, México contaba con un total de 10 526,259 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de ellas 614,623 tuvieron de uno a nueve hijos nacidos vivos, además se puede agregar la cifra de 356,484 niños nacidos (entre enero de 1999 a febrero de 2000) de madres adolescentes y que estos niños fueron el último hijo nacido vivo. Casi el total de los hijos nacidos vivos en la población adolescente (entre 12 a 19 años) sus



madres tenían una relación de pareja estable; no obstante, aproximadamente dos de cada diez madres adolescentes eran solteras, separadas, divorciadas o viudas. En particular, era menor el porcentaje de tener una relación de pareja, cuando las madres tenían una edad entre los 12 y 14 años.

De los hijos nacidos vivos de madres adolescentes que no tenían pareja, las madres eran solteras, separadas o divorciadas y el porcentaje de madres viudas era bajo. Las madres adolescentes de los hijos nacidos vivos que tuvieron una ruptura de relación de pareja, casi todas estaban separadas.

Finalmente, los hijos de madres adolescentes que tenían una relación de pareja, el mayor porcentaje fueron hijos de madres que vivían en unión libre o que estuvieron casadas civilmente, el resto estuvieron casadas, tanto civil como religiosamente o sólo religiosamente.

Si bien es cierto que es baja la proporción de población femenina entre 12 a 19 años que se encontraba en un estado conyugal que implicaba tener o haber tenido una vida sexual activa (relación estable, ruptura de pareja o que son viudas), no deja de ser impactante el número total de hijos nacidos vivos de madres adolescentes, ya que según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000, fueron 761,807 los hijos nacidos vivos de mujeres adolescentes, los cuales obviamente demandaron la prestación de servicios de asistencia integral, ya sea por la demanda de servicios de salud que les aseguren un sano crecimiento y desarrollo, como de servicios que contemplen tanto la atención de problemas físicos como emocionales, no sólo para ellos, sino también para sus madres.

En relación con el vínculo que puede llegar a tener la adolescente embarazada con su hijo, ésta puede sentirse decepcionada al ver que el embarazo no es lo que ella imaginaba, ya que pueden ver insatisfechas sus necesidades afectivas, por lo que puede convertirse su hijo en blanco de resentimiento al creer que el infante es un obstáculo para lograr su independencia o responsabilizarlo por la influencia que el producto tiene en los cambios que sufre su

cuerpo, así como por el hecho de que el embarazo y la maternidad pueden interferir con el desarrollo de sus actividades cotidianas. Por estas razones, la adolescente puede vivir el embarazo como una obligación que le puede generar sentimientos de culpa, incluso porque el bebé no es como la joven lo imaginó, ni es una fuente de amor incondicional.²¹

Por otra parte, se ha mencionado que los hijos de madres adolescentes pueden llegar a tener problemas de desarrollo, dificultades académicas, problemas de conducta, adicciones, actividad sexual temprana, depresión y llegar a convertirse en padres adolescentes.^{34,35} Otros efectos señalados en la literatura, con relación a los hijos de las madres adolescentes, son: presencia de maltrato infantil, mayor morbilidad infantil, así como un menor desarrollo cognitivo, por ejemplo, problemas en el desarrollo del lenguaje.³⁶ También se ha discutido si la edad materna se asocia con el abuso infantil. Algunos estudios indican que la edad materna es un factor de riesgo para la existencia de abuso infantil, pero otras investigaciones no encuentran tal asociación. Esto se ha relacionado con el hecho de que las madres adolescentes no poseen las habilidades suficientes para ejercer la maternidad.³⁷ Por tal razón, actualmente se exploran formas en las que se pueda involucrar a la familia de las adolescentes, la cual ayude en el cuidado de sus hijos.³⁸

FACTORES DE RIESGO MÉDICO

Existe un consenso general en la literatura científica en el que se reconoce que las adolescentes menores de 17 años tienen mayores riesgos médicos. Por ejemplo, comparadas con las mujeres adultas, las adolescentes presentan mayor riesgo en los siguientes padecimientos: dos veces mayor riesgo de tener niños con bajo peso al nacer (< 2,500 g); tasa de mortalidad neonatal tres veces mayor (defunciones infantiles que se presentan hasta los 28 días después del nacimiento); dos veces mayor riesgo de morir de la madre; pobre capacidad para ganar peso por parte de la madre; mayor proporción de partos prematuros (antes de la semana 37); hipertensión debida a embarazo y anemia. Además, las adolescentes presentan tasas más altas de

infecciones de transmisión sexual (ITS), abuso de sustancias y pobre asimilación nutricional, lo cual contribuye a un mayor número de partos prematuros. Incluso se ha llegado a administrar ácido fólico para prevenir la aparición de espina bífida y así disminuir la diferencia que existe entre adolescentes y adultas.³⁹⁻⁴³

Particularmente, debido a que se ha observado un elevado índice de nuevos embarazos en la adolescencia, se ha estudiado el riesgo de nacimientos de pretérmino en múltiparas adolescentes, en donde los resultados han mostrado que mientras menor edad tiene la adolescente, mayor es la probabilidad de nacimientos con mayor prematuridad.^{44(3,D)}

Finalmente, llama la atención el hecho de que dentro de los factores biológicos, se sigue argumentando como uno de ellos, la aparición de la menarquia a una edad más temprana y el que se haya sido madre previamente.^{45,46}

FACTORES PSICOLÓGICOS

A los fenómenos psicológicos propios del embarazo (regresión, reevaluación de la relación con la madre), se suman los que se presentan durante la adolescencia, lo que provoca que la experiencia pueda volverse intolerable. Así, en la adolescente embarazada se interrumpe la búsqueda normal de la identidad (como la que experimentan el resto de sus compañeros) por la necesidad de atender el embarazo. Como consecuencia de esto, la adolescente se involucra en comportamientos poco adaptativos y emociones inapropiadas, que afectarán su desarrollo y la relación con su producto. A raíz del embarazo, aparece la sensación de falta de control sobre la vida, ya que la adolescente no sabe qué efectos emocionales tendrá si decide abortar, o bien, si decide llevar su embarazo a término. Por lo que pueden presentarse sentimientos de culpa, miedo, enojo y vergüenza, prueba de realidad disminuida, incapacidad para tomar decisiones, ansiedad, regresión, negación de la realidad y dificultades para planear de manera realista el futuro. Por lo que la confianza en su propio juicio se encuentra cuestionada.²¹

Las adolescentes al convertirse en madres, deben asumir una multiplicidad de roles para los cuales no

siempre se encuentran psicológicamente maduras, ya que pueden seguir siendo inmaduras en aspectos cognitivos y afectivos, además de una insolvencia económica.³⁶ Por lo que habitualmente el grupo familiar se adaptará para recibir a un nuevo miembro.^{47(3,D)} No obstante, muchas investigaciones sugieren que a largo plazo el resultado social para estas adolescentes será inevitablemente negativo. Estudios de seguimiento han indicado que después de dos décadas de haber parido, las madres adolescentes no eran independientes, pocas habían concluido sus estudios y no tenían un empleo regular seguro, además de que no tenían familias grandes.^{42,43}

Conductas de riesgo asociadas con el embarazo en la adolescencia

Las conductas de riesgo que con frecuencia se han señalado en otros países y en México,⁴⁸ son las siguientes: consumo de alcohol, uso de drogas, actividad sexual precoz o la existencia previa de un aborto espontáneo.⁴⁹ Respecto a la conducta escolar, se ha indicado que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela antes de quedar embarazadas,⁵⁰ o bien, que desertan durante su estado de gravidez, pero en ambas situaciones, tienen una profunda precariedad socioeconómica.⁵¹

FACTORES EMOCIONALES

En relación con los factores emocionales, se ha encontrado que algunas madres adolescentes se embarazaron intencionalmente porque siempre habían querido tener un hijo propio o alguien a quien amar, o bien, como un medio para retener a la pareja, respuestas que podrían asociarse con una baja autoestima.^{52,53} Aunque en otros estudios se encontró un mayor nivel de autoestima social para las adolescentes madres, con respecto a las madres adultas.⁵⁴

En el caso de la depresión como factor asociado al embarazo adolescente, no está claro si puede ubicarse como factor predisponente o como consecuencia de éste. Sin embargo, se han hallado mayores niveles de depresión en adolescentes preñadas,¹⁵ particularmente en las adolescentes con menor edad.⁵⁵ Asimismo, se han descrito sentimientos de inseguridad, culpa y tendencia a apartarse del grupo social. Es evidente que en muchos casos el proyecto de vida de estas



adolescentes se vio frustrado, lo que también podría asociarse con la aparición de sintomatología depresiva.³⁶

Se debe considerar que los factores psicológicos involucrados en el embarazo adolescente son de origen multifactorial, ya que ni el inicio precoz de la vida sexual activa ni el ejercicio de la misma, son factores de riesgo en sí mismos, ya que el riesgo real, en todo caso, se encuentra en los factores que motivaron el inicio de la conducta sexual, es decir, las situaciones derivadas de los conflictos intrapsíquicos provocados por las complicaciones particulares de la vida de cada individuo. También se debe tomar en cuenta que el desarrollo físico no necesariamente coincide con el desarrollo psicológico, por lo que alcanzar las metas psicológicas de maduración de la adolescencia, puede ser independiente de la edad cronológica o de la maduración física que tengan. Aunque es importante señalar que conforme la adolescente crezca y adquiera mayor madurez física, se expone a su vez a situaciones que pueden favorecer el contacto sexual, sin que psicológicamente esté madura para dicha actividad.

Los siguientes factores psicológicos se consideran de gran importancia para la aparición del embarazo en la adolescencia:

1. La psicodinamia esencial de la adolescencia, esto es “un ello relativamente fuerte que confronta a un yo relativamente débil”.
2. Una situación vital actual conflictiva y crítica, es decir, la tendencia de los adolescentes a la actuación de los conflictos, en lugar de poder verbalizarlos.
3. Una idealización de la pareja.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO ADECUADO PARA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS?

Medidas de prevención

Existen muchos programas de prevención del embarazo en la adolescencia, pero los más exitosos incluyen aproximaciones múltiples y variadas al problema, las cuales incluyen: promoción de la abstinencia sexual, información anticonceptiva, educación sexual, estrategias escolares y capacitación para el empleo. Además, se reconoce la necesidad de diseñar programas específicos,

tanto de prevención primaria, como de embarazos repetidos (en particular, para las adolescentes que están en riesgo de caer en alguna de estas situaciones).⁵⁶⁻⁵⁸ También se reconoce la necesidad de implementar programas de visitas a los hogares, con el objetivo de promover buenas prácticas de salud en los niños, en el entendido de que los programas de intervención bien diseñados para la prevención del embarazo en adolescentes contribuyen a obtener buenos resultados.³⁸

Las intervenciones que buscan ser efectivas en la prevención del embarazo en la adolescencia, buscan en general: compensar las habilidades deficientes de las adolescentes, ayudándolas a seguir su camino evolutivo; detectar y enfrentar las emociones típicas del embarazo y el periodo posparto; desarrollar habilidades cognitivas y emocionales para controlar su ambiente, una forma de lograrlo es previendo las respuestas propias y del bebé.²¹

Psicoterapia de grupo

Se sabe que en las instituciones de salud con frecuencia la demanda de atención psicológica rebasa la capacidad para su asistencia. Elegir una práctica psicológica institucional implica identificar en la población demandante a las personas que pueden ser atendidas y ofrecerles alternativas de atención psicológica efectivas que respondan a sus demandas específicas. Por esto, la asistencia psicoterapéutica grupal en las instituciones de salud debe tener las siguientes características: ser breve, dinámica, con objetivos limitados, de atención semanal, con una duración de 90 minutos, organizada en grupos abiertos y especializados en una problemática médica (esto es, homogenizar a los pacientes en torno a un problema, para poder generar programas de atención con características particulares de intervención). Este tipo de atención psicológica permite tener una atención psicoterapéutica de calidad y cubrir la demanda de atención psicológica.

La atención grupal de las adolescentes embarazadas que se atienden en INPerIER, ha probado ser una técnica eficaz para su tratamiento, ya que permite ofrecer a la adolescente una atmósfera en donde pueda vencer actitudes de reserva frente a la intervención psicológica. Al

observar la paciente adolescente que las personas reunidas en el espacio para la psicoterapia son adolescentes de su misma edad, que cursan con un embarazo (como le ocurre a ella), le permitirá suponer que sus compañeras del grupo poseen al menos una experiencia de vida similar a la suya, lo que le hará sentirse acompañada en su propia experiencia. El hecho de compartir una vivencia parecida, la motiva a escuchar con atención la problemática de sus otras compañeras. Asimismo, le otorga cierta autoridad para opinar, desde su propia experiencia histórica, sobre la problemática que escucha. En particular, los objetivos grupales se dirigen a identificar la sintomatología asociada con la situación del embarazo, tanto en los aspectos emocionales derivados del evento estresante, como toda aquella sintomatología emocional previa al embarazo (que por lo general, termina por agravarse). Al identificar la sintomatología se toman diversas acciones de intervención psicoterapéutica, las cuales persiguen dos metas importantes: la primera, persigue el abatimiento sintomático (tanto de la reacción emocional actual, como de la preexistente); la segunda, busca el fortalecimiento del yo. Con la primera, se espera obtener una percepción emocional de bienestar y con la segunda, se espera generar en la paciente una sensación de poder, en el sentido de enfrentar la situación real. Con ambas respuestas nos proponemos estimular un proceso inicial que genere una respuesta mayoritariamente adaptativa, para así restablecer el proceso dirigido para lograr la autonomía del sujeto, es decir, hacia el crecimiento y la madurez emocional (generalmente interrumpido por la situación crítica que cursa la adolescente: ya sea desencadenada por el embarazo que cursa o por situaciones de vida anteriores).

La atmósfera emocional que se logra establecer en el trabajo grupal con las adolescentes embarazadas, ha demostrado que

las metas que nos proponemos en los objetivos terapéuticos pueden cumplirse debido a que las historias comunes generan una respuesta emocional similar en cada una de ellas, lo que afectivamente las aproxima a las otras compañeras. Por ello, en lo referente al abatimiento sintomático, el fenómeno de descarga emocional “catarsis”, puede estimularse con relativa facilidad: ya que cuando una descarga, las otras por identificación, simbólicamente también lo hacen. Esta descarga es al mismo tiempo, individual y colectiva (generada por el desahogo). Esta situación es en última instancia una sensación parcial de bienestar que se produce justo en el momento cuando técnicamente está indicado realizar las intervenciones psicológicas que implanten, por lo menos en el terreno intelectual, aquellas alternativas de solución viables a su situación de vida. En otras palabras, se busca promover una idea de cambio que compita con las sensaciones iniciales de impotencia y malestar psicológico.

El factor de contención que implica la atmósfera grupal y de cohesión grupal, que identifica a las pacientes, permite que una intervención dirigida a una paciente, beneficie a otra que solamente la escucha. Sin embargo, para que esta pueda ser efectiva desde el aspecto técnico, se debe identificar el factor emocional y dinámico común del grupo, por lo que las intervenciones verbales que mayor fuerza tienen en la estimulación de la cohesión grupal y la alianza para el trabajo terapéutico, son aquellas que logran englobar la comprensión del discurso latente subyacente a los diferentes discursos manifiestos. En pocas palabras, creemos que lo que favorece la cohesión grupal, es la devolución al grupo psicoterapéutico de la comprensión de ese discurso latente que une la vivencia emocional común de las pacientes y por eso la intervención inevitablemente les concierne.

ABSTRACT

In the present work answer to four questions occurs on the phenomenon of the pregnancy during the adolescence, formulated in order to know: the problem in Mexico; to recognize the factors associated in particular the family, the sexual conduct and attitude towards the contraception, the relation of pair, the problematic in children of adolescent mothers, the medical risks, the conducts of risk of pregnancy in adolescent, as well as the emotional and psychological answer; the actions of prevention and the group psychotherapy with pregnant adolescents. The questions were formulated of the following way: what is the adolescent pregnancy?, which is the incidence in Mexico and the INPer?, which are the factors associated to the adolescent pregnancy?, which is the suitable psychological treatment for the pregnant adolescents?

KEY WORDS: *Adolescent pregnancy, contraception, group psychotherapy, family, pair, children, guide clinic.*

REFERENCIAS

1. Sereno JA, Castillo E, Mendoza R. Embarazo adolescente: un reto médico social. *Rev Latin Perinatol* 1993; 13: 74-84.
2. González A, Gastaldo AE. Embarazo en edades extremas: gestación en adolescentes. *Rev Esp Obstet Ginecol* 1998; 47: 139-48.
3. Torres RA. La anti-concepción en la adolescente. *Rev Perinatol* 1994; 9: 8-13.
4. Tiburcio T, Ávila RH, Quintos CR, García CM. Embarazos en la adolescencia: influencia de algunos atributos sociales. *Perinatol Reproduc Hum* 1995; 9: 37-45.
5. López CR. La adolescente en el ámbito perinatal. *Rev Perinatol* 1994; 9: 1-3.
6. Orduña AS. Influencia familiar en el embarazo adolescente. México: Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina-UNAM; 1992.
7. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas y consecuencias. Cuaderno Técnico No. 12. Washington, D.C. USA; 1988, p. 66.
8. INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática; 2000.
9. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Mujeres y hombres en México. México: 1997, p. 173.
10. Consejo Nacional de Población, 2000. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>
11. Alan Guttmacher Institute. Teen Pregnancy: Trends And Lessons Learned 2002. Disponible en: www.Guttmacher.Org/Pubs/Ib_1-02.Html. (Consultada el 12 de mayo de 2004).
12. Alan Guttmacher Institute. Sex and America's Teenagers. New York, Ny: Alan Guttmacher Institute; 1994.
13. Haffner DW. Facing Facts: Sexual Health for America's Adolescents: The Report of the National Commission on Adolescent Sexual Health. New York: Sexuality Information and Education Council of the United States; 1995.
14. Arnold E, Smith T, Harrison D, Springer D. Adolescents' Knowledge and Beliefs about Pregnancy: The Impact of "Enabl". *Adolescence* 2000; 35: 485-98.
15. Guijarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutierrez R, Lammers C, Blum RW. Familial risk factors associated with adolescent pregnancy: Study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *J Adolescent Health* 1999; 25: 166-72.
16. Short J, Slusher I. Adolescent Pregnancy. *Kentucky Nurse* 1994; 42: 36-7.
17. Brandell L, Cifuentes M. Diagnóstico de embarazo adolescente en la región del Bío, Sector Salud y Educación. Documento no Publicado. SERNAM. Concepción; 2000.

18. Short J, Slusher I. Adolescent Pregnancy. *Kentucky Nurse* 1994; 3: 36-7.
19. Ravert A, Martin J. Family stress, perception of pregnancy, and age of first menarche among pregnant. *Adolescent* 1997; 32: 261-9.
20. Díaz-Franco E, Rodríguez-Pérez ML, Mota-González C, Espíndola-Hernández JG, Meza-Rodríguez P, Zarate-Tapia TA. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20: 80-90.
21. Trad V. Paul Assessing the Patterns that prevent teenage pregnancy. *Adolescence* 1999; 34: 220-1.
22. Florenzano R. El adolescente y sus conductas de riesgo. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1997.
23. Kirby D. Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy (Summary). Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2001.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2003. *MMWR* 2004; 53(Ss-2): 1-29.
25. Dailard C. Recent findings from The «Add Health» Survey: Teens and sexual activity. *Guttmacher Rep Public Policy* 2001; 4:1-3.
26. Moore KA, Driscoll AK, Lindberg LD. A Statistical portrait of adolescent sex, contraception and childbearing. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1998, p. 11.
27. Resnick MD. Protective factors, resiliency and healthy youth development. *Adolesc Med* 2000; 11: 157-65.
28. Díaz-Franco E, Sánchez-Bravo C, Simón PL. El embarazo adolescente y la culpa sexual, en relación con la ansiedad, la depresión y el auto-concepto: un estudio comparativo entre adolescentes embarazadas con y sin culpa sexual. Informe Técnico (investigación realizada en el Instituto Nacional de Perinatología, datos no publicados); 2006.
29. Baldo TRF, Simões MJS. Caracterización de las Adolescentes Embarazadas entre 12 y 15 años de edad en Araraquara, São Paulo, 1997. (Characterization Of 12 to 15 years Old Pregnant Girls In Araraquara-São Paulo, 1997). *Rev Ciênc Farm (São Paulo)* 1999; 20(1): 155-69.
30. Molina M, Pérez R, Ferrada C, Cid L, Aguayo K, Aguilar F, et al. Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas menores de 15 años. VII Congreso Argentino de Perinatología. VI Congreso Latinoamericano de Perinatología, Buenos Aires; 2001.
31. Out J, Lafreniere K. Baby Think It Over: Using Role-Play To Prevent Teen Pregnancy. *Adolescence* 2001; 36: 571-82.
32. Ott MA, Adler NE, Millstein SG, Tschann JM, Ellen JM. The Trade-Off between Hormonal Contraceptives and Condoms among Adolescents. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 6-14.
33. Martin JA, Park MM, Button PD. Births: Preliminary Data for 2001. *Natl Vital Stat Rep* 2002; 50: 1-20.
34. Furstenberg F, Brooks-Gunn J, Morgan SP. Adolescent Mothers In Later Life. New York: Cambridge University Press; 1987.
35. Nord CW, Moore KA, Morrison DR, Brown B, Myers DE. Consequences of Teen-Age Parenting. *J Sch Health* 1992; 62: 310-8.
36. Muñoz B, Berger C, Aracena M. Una perspectiva integradora de embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. *Rev Psicol Univer Chil* 2001; 10: 21-34.
37. Blinn-Pike L, Berger T, Dixon D, Kaplan M. Is There A Causal Link Between Maltreatment and Adolescent Pregnancy? A Literature Review. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 68-75.
38. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR, et al. Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics* 2002; 110: 486-96.
39. Forrest JD. Timing of Reproductive Life Stages. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 105-11.
40. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal Youth and Pregnancy Outcomes: Middle School Versus High School Age Groups Compared with Women beyond The Teen Years. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 184-7.



41. Davidson NW, Felice ME. Adolescent Pregnancy. In: Friedman SB, Fisher M, Schonberg SK (eds.). *Comprehensive Adolescent Health Care*. St Louis: Quality Medical Publishing Inc; 1992; 1026-40.
42. Goldenberg RL, Klerman LV. Adolescent Pregnancy-Another Look. *N Engl J Med* 1995; 332: 1161-2.
43. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes. *N Engl J Med* 1995; 332: 1113-7.
44. Akinbami LJ, Schoendorf KC, Kiely JL. Risk of Preterm Birth in Multiparous Teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 1101-7.
45. Molina M, Salinas M, Fernández G, Pérez R, Ferrada C. El embarazo en la adolescencia. *Rev Cienc Sal* 1997; 1: 25-9.
46. Issler J. Embarazo en la Adolescencia. *Revista De Postgrado De La Cátedra Vi Medicina* 2001; 107, 11-23. Disponible en http://med.edu.ar/revista/revista107/Emb_Adolescencia.html
47. Hernández G, Kimelman M, Montino O. Salud Mental Perinatal. En: *La asistencia hospitalaria del parto y puerperio*. *Rev Med Chil* 2000; 128: 1283-9.
48. Gutiérrez T, Pascacio E, De la Cruz A, Carrasco V. Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente. *Rev Enf* 2002; 10: 21-5.
49. Coard S, Nitz K, Felice M. Repeat Pregnancy among Urban Adolescents: Sociodemographic, Family and Health Factors. *Adolesc* 2000; 35: 193-200.
50. Fujimori E, Vianna De Oliveira I, Rocha A, Núñez L, Cornbluth S. Perfil socioeconómico y biológico de embarazadas adolescentes de una maternidad de beneficencia en Sao Paulo, Brasil. *Cuad Med Soc* 1997; 38: 97-104.
51. Ferrada M, Molina M, Pérez R. Relación entre la deserción escolar y el embarazo en la adolescencia. Tesis para optar al grado de magister en ciencias de la educación con mención en administración y gestión educacional. Universidad Mayor. Santiago, Chile; 2002.
52. Corona S, Tidwell R. Differences between Adolescent Mothers and Nonmothers: An Interview Study. *Adolesc* 1999; 34: 91-105.
53. Lagana L. Psychosocial Correlates of Contraceptive Practices During Late Adolescence. *Adolesc* 1999; 34: 463-82.
54. Valdivia PM, Molina MS. Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Rev Psicol* 2003; 12: 85-109.
55. Brage D, Elek S, Campbell-Grossman C. Depression, Self-Steem, Loneliness and Social Support Among Adolescent Mothers Participating in the New Parents Project. *Adolesc* 2000; 35: 445-53.
56. Kirby D. No Easy Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. Washington, D.C.: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1997.
57. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescent Pregnancy Prevention Programs. Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1995.
58. Zabin LS, Emerson MR, Ringers PA, Sedivy V. Adolescents with negative pregnancy test results. An accessible at-risk group. *JAMA* 1996; 275: 113-11.