

1
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"



LOS SINTOMAS DEPRESIVOS COMO CONSECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL INPer:
ESTUDIO EXPLORATORIO

T E S I S
QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ALDANA CALVA EVANGELINA
PEREZ ARISTA LUZ MARIA DEL CARMEN

Directores: Lic. Sergio Ochoa Alvarez
Lic. Laura Alvarez Sánchez
Asesor: Mtro. Ubaldo Hugo Rojas Brito

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

México, D.F., Julio, 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

RESUMEN

INTRODUCCION

I.	DEPRESION	4
1.1.	Antecedentes históricos	4
1.2.	Teorías de la depresión	12
1.2.1.	Modelo médico	13
1.2.1.1.	Clasificación de la depresión	17
1.2.1.2.	Tratamiento de la depresión	22
1.2.1.3.	Instrumentos de medición	23
1.2.2.	Modelo psicodinámico	24
1.2.2.1.	Clasificación de la depresión	27
1.2.2.2.	Tratamiento de la depresión	27
1.2.2.3.	Instrumentos de medición	29
1.2.3.	Modelo del aprendizaje social	31
1.2.3.1.	Enfoque conductual	32
1.2.3.1.1.	Clasificación de la depresión	33
1.2.3.1.2.	Tratamiento de la depresión	39
1.2.3.1.3.	Instrumentos de medición	45
1.2.3.2.	Enfoque cognitivo-conductual	45
1.2.3.2.1.	Clasificación de la depresión	50
1.2.3.2.2.	Tratamiento de la depresión	51
1.2.3.2.3.	Instrumentos de medición	53
1.3.	Enfoque cognitivo conductual como reencuadre teórico	54
1.4.	La depresión en adolescentes	56

II.	ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD	61
2.1.	Concepto de la adolescencia	63
2.2.	Principales cambios durante la adolescencia	65
2.3.	El adolescente y la influencia del medio social	77
2.3.1.	La cultura y el adolescente	79
2.3.2.	La religión y el adolescente	86
2.3.3.	La familia, grupo de pares y el adolescente	92
2.3.4.	Los medios de comunicación y el adolescente	100
2.3.5.	La legislación y el adolescente	103
III.	ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SEXUAL	108
3.1.	La abstinencia sexual	110
3.2.	Sexualidad premarital en la adolescencia	111
3.2.1.	Factores contribuyentes del embarazo en adolescentes	115
3.3.	El embarazo en la adolescente	119
3.3.1.	Repercusiones demográficas	120
3.3.2.	Repercusiones biológicas	122
3.3.3.	Repercusiones sociales	127
3.3.3.1.	El embarazo y el estado civil de la adolescente	132
3.3.4.	Repercusiones psicológicas	136
IV.	METODOLOGIA	142
4.1.	Tipo de investigación	142
4.2.	Planteamiento del problema	142
4.3.	Planteamiento de la hipótesis	142

4.4.	Variables	143
4.5.	Población	143
4.5.1.	Muestra	143
4.6.	Instrumento	144
4.7.	Escenario	145
4.8.	Procedimiento	145
V.	RESULTADOS Y ANALISIS	146
VI.	CONCLUSIONES	152
	REFERENCIAS	165
ANEXO I	Escala de Depresión del Zung	
ANEXO II	Hoja de Evaluación	

I. DEPRESION

" La depresión siempre ha acompañado al hombre, aunque se le ha conocido con diferentes nombres ".

Seligman.

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

La depresión es quizá uno de los padecimientos que ha sido registrado en los primeros escritos de la humanidad. En diversos pasajes de antiguos mitos, así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifiestos que en la actualidad serían clasificados como enfermedades depresivas. No obstante, el término depresión tiene varios significados y justificaciones etiológicas puesto que ha tenido un desarrollo histórico constante reflejando tendencias de pensamiento de cada época, por lo que realizar un resumen equivale a mencionar la evolución del pensamiento psiquiátrico. Sin embargo, la amplia bibliografía conlleva a incluir solamente a aquellos autores que fueron pioneros en el estudio de la depresión, así como los que realizaron contribuciones o han influido en los conceptos manejados actualmente (López, 1980).

La primera descripción fue realizada en la antigua Grecia por el médico Hipócrates (460-377 a.C.) llamado también padre de la medicina y quien formuló la teoría de los cuatro humores (i.e., sangre, flema, bilis negra y amarilla) que en la actualidad se les denomina enfermedades psicológicas y quien

además consideraba a la melancolía como producto de la "bilis negra" (exceso de atrabilis en el cerebro) causante de alteraciones en el entendimiento. Hipócrates infirió que la melancolía se encontraba estrechamente ligada con la epilepsia, categorizándola junto con la manía, en el delirio y la paranoia como uno de los tipos principales de enfermedades psiquiátricas (De la Fuente, 1964).

Así mismo, se encuentran Platón (427-347 a.C.) y Aristóteles (322 a.C.) quienes hicieron mención de los trastornos tales como: la melancolía, la manía, estupor, demencia e imbecilidad; el segundo, creyó que la melancolía se encontraba ligada a un estado interior presentado cuando el hombre es incapaz o le es difícil restablecer los mecanismos desencadenados por el esfuerzo de memorización (Müller, 1960).

Posteriormente, Aretéo de Capadocia en el siglo II de nuestra era, estableció una asociación entre manía y melancolía describiendo al individuo como torpe, austero, tonto, abatido sin causa aparente, desalentado, con insomnio, sueño superficial, con miedo y en algunos casos deseos de morir; sugiriendo que la melancolía era causada por factores psicológicos y con poca relación con la atrabilis, la flema o demás humores. Es conveniente mencionar que Aretéo para esta época ya tomaba en cuenta las relaciones interpersonales.

Otro autor surgido también durante los primeros siglos de la era actual fue Soranos de Ephesus, quien describió un cuadro clínico mencionando que los síntomas principales de la melancolía son: tristeza, deseos de morir, suspicacia

acentuada, tendencias al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad.

Se observa como en la etapa de la antigua Grecia los fenómenos psicológicos fueron adquiriendo mayor importancia, por lo que Galeno en el siglo II d.C., desarrollo una teoría sobre la depresión basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo hasta la edad media en algunos pensadores. Sin embargo en esta época se desconocían aún las causas de la depresión, por lo que en algunos países de Africa y Europa se llegó a creer que los trastornos mentales eran causados por espíritus o brujería y en otras ocasiones por posesiones demoníacas; las primeras eran contrarrestadas mediante ceremonias mágicas o mágico-religiosas, en tanto que las segundas se trataban mediante el exorcismo practicado por un sacerdote. Creencias que también tenía Santo Tomás de Aquino, filósofo y teólogo del siglo XII.

De acuerdo a lo anterior, se observa que los primeros filósofos y médicos griegos trataron de dar una explicación científica a la depresión; sin embargo, surge una época de obscurantismo acentuada en la edad media que pone de manifiesto una decadencia general de la investigación y una demostración rigurosa sustituida por teorías fantásticas, de prácticas y cultos extravagantes, de curiosas supersticiones; afectando la evolución científica y el estudio de los problemas psicológicos como la depresión (Höllner, 1960).

Paralelamente al estancamiento Europeo, en América y de manera especial en México, durante la época prehispánica ya se tenía conocimiento médico de la depresión recomendando, de

acuerdo a la descripción realizada por el "médico" indígena Martín De la Cruz en 1582, un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor e indicaciones generales como:

"han de andar en un lugar sombreado, se han de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque (lebilis fermentada obtenida del agave) y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres como el canto, la música, a tocar los instrumentos que acostumbramos para acompañar nuestras danzas públicas"

(cit. en Calderón, 1963, p. 13).

A partir de la conquista, las concepciones que se tenían en Europa sobre la depresión influyeron sustancialmente en la visión que poseían los indígenas. En la época de la Santa Inquisición, aproximadamente en 1546, a los fenómenos de tipo psicológico, se les llegó a considerar como posesiones demoníacas solucionándose mediante la excomunión cuando la pena era leve, en casos graves se condenaba a la hoguera (D'Gorman, 1974).

La creencia de que la melancolía era producto de la brujería o similares empezó a abandonarse en Europa cuando Waynes en 1563, clasificó a la depresión como un trastorno mental y Robert Burton en 1630, publicó El Tratado de Anatomía de la Melancolía lo que ayudó a identificar los estados depresivos pero no a indicar un tratamiento. Años después Willen Cuellen en el siglo XVIII introdujo el término de "Neurosis" a padecimientos no acompañados de psicopatología alguna, considerando que eran consecuencia de colapsos fisiológicos incluyendo dentro de las enfermedades neuróticas

a la hipocondría, epilepsia, síncope, histeria y la melancolía (Sarason, 1980). Después en el siglo XIX, Pinel realizó una descripción de los síntomas presentados por los enfermos mentales, donde incorporó a la melancolía, clasificándola según sus causas: psicológicas (miedo, desengaños amorosos, pérdida de propiedades y dificultades familiares) y físicas (amenorrea y puerperio), y cuyas características principales de la melancolía eran asociación de ideas y memoria afectada, así como centralización del pensamiento en un objeto orillando a algunos individuos al suicidio (Calderón, 1983).

La situación a nivel científico en el siglo XIX era confusa con respecto a los síntomas y causas de la depresión, existiendo poca relación entre las clasificaciones y los diagnósticos formulados por diferentes psiquiatras.

Esta situación resalta las contribuciones realizadas en 1896 por Kraepelin quien propuso el término maníaco-depresivo debido a la reclasificación caracterizada en discriminar los elementos comunes entre la confusión de síndromes descritos individualmente, albergando tres categorías: 1. demencia precoz, parafrenia y psicosis intermitente, manía simple, 2. algunos casos de confusión y 3. la melancolía (Calderón, 1983).

La mayor contribución de Kraepelin fue realizar una clasificación encontrando denominadores comunes para los síndromes de los desórdenes psiquiátricos, fundar su teoría en el modelo médico considerando una casuística orgánica no identificada, un curso característico y un desenlace predecible. Es necesario observar que tal clasificación aún

continúa vigente (Arieti, 1974).

Sin embargo, no en todos convenció la clasificación así como las causas presentadas por Kraepelin, por tal motivo los psicoanalistas se ocuparon de investigar y llegaron a concluir que existen motivaciones ocultas provocadoras de depresión, conllevando así al estudio de desórdenes como la histeria, la neurosis y la depresión.

Karl Abraham en 1911, realizó la primera investigación sobre depresión desde un punto de vista psicoanalítico, mencionando que esta se presenta cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales mostrando una ambivalencia hacia los demás, donde la búsqueda del amor se encuentra bloqueada por el sentimiento de odio, odio reprimido por la incapacidad del individuo de reconocer su hostilidad, imposibilitando el adecuado desarrollo del paciente. Ya que el odio y el amor se interfieren constantemente. Abraham afirmó que la autculpa presentada por el sujeto depresivo es a causa de los deseos destructivos que se mantienen inconscientemente (cit. en Arieti, 1981). Posterior a este trabajo se encuentra el realizado por Freud 1922, en el que afirma que la "melancolía es el resultado de una extrema discordia entre superyo y yo, en cuyo contexto el superyo manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso" (cit. en Bemporad, 1981, p.39). Para explicar porque el superyo del melancólico es tan severo y poderoso, Freud se apoyó en la hipótesis del instinto de muerte observando que si la agresión no se expresa hacia afuera termina por volverse contra el propio sujeto.

Mas tarde en 1928' Sandor Rado (cit. en Arieti, 1981), postuló la teoría estructuralista derivada del psicoanálisis, en la que menciona que existe una interrelación entre el yo, superyo y el objeto amado en el momento de la depresión. Rado observó que primeramente existe una fase de rebeldía y al sucumbir se presentan los llamados síntomas melancólicos. La melancolía se hace presente cuando los sujetos se dan cuenta del amor que les prodiga a otro y éste corresponde de forma indiferente y que, poco a poco, se convierte en un autocontrol tiránico dando como resultado el distanciamiento de la persona amada por no tolerar el maltrato.

Años mas tarde Fenichel (1945), retoma los trabajos realizados por Freud (i.e., introyección, fijación oral postulada por Abraham y la necesidad de amor por Rado) y formula su teoría basándola en la autoestima, presentándose la depresión cuando las necesidades narcisistas no son satisfechas, debido a que el yo es el encargado de regular la autoestima, en función de la diferencia entre el estado real de la personalidad y el ideal del yo al que se aspira. Teoría que al igual que la de Kraepelin para los psiquiatras, y Fenichel para los psicoanalistas, sigue vigente (cit. en Arieti, 1981).

Posteriormente, en 1958 se extienden teorías de tipo existencialistas con respecto a la depresión, algunos de los exponentes son Tellenbach quien creía que el mundo de los deprimidos se encontraba dominado por la disciplina, la escrupulosidad y una necesidad de complacer a las demás personas: estos pacientes buscan seguridad y evitan situaciones provocadoras de culpa (Arieti, 1981).

Las teorías mencionadas anteriormente toman en cuenta algunos aspectos como son los orgánicos, relaciones objetales, relaciones interpersonales y las distorsiones cognitivas, siendo estas últimas el punto de partida de Beck (1970), quien consideró que la depresión se propicia cuando el hombre realiza autoevaluaciones negativas acerca del ambiente, de su vida y del futuro, lo que en ocasiones es causado por la pérdida real de un objeto o de privaciones encubiertas. Otros autores, hacen hincapié solamente en las características de los depresivos como es el caso de Hollon, D.S. (cit. en Spence, 1976) quien opinó que la depresión en ocasiones parece ser provocada por eventos externos como son: pérdida afectiva, económica, etc., presentándose en algunos casos sin un factor determinante. Así mismo, Kolb (1977) (cit. en Sarason, 1980) consideró que el paciente depresivo muestra un estado de ánimo desagradable con las siguientes características: tristeza, angustia, sensación de desamparo, disminución de la autoestima e inhibiciones de la personalidad. Sarason (1980), apoya lo anterior agregando que el individuo carece del sentido del humor, manifiesta disminución de energía y patrones de abatimiento.

Es notable como el estudio de la depresión ha sido constante desde antes de nuestra era y como, a su vez, las teorías formuladas acerca de ésta han ido reflejando cambios importantes como el hecho de que primero se realizaron teorías basadas en la metafísica y con la evolución de la ciencia han cambiado tomando en cuenta las estructuras psíquicas, las relaciones culturales e interpersonales y jerarquizándolas

según la línea de estudio. A pesar de la evolución los signos y síntomas que son tomados en cuenta para diagnosticar así como para clasificar la depresión, son constantes por lo que se sugiere que tales factores contribuyentes podrían utilizarse para la definición de la depresión. Las características más frecuentes son la alteración del estado de ánimo, autoevaluación, deseos de morir, autocastigo, síntomas vegetativos y físicos, y creencias de haber cometido faltas graves.

Por lo anterior, se observa que los síntomas depresivos o la depresión han acompañado al hombre a través del tiempo, aunque se han descrito de diferentes maneras y quizá hasta ahora se puede clasificar mejor su sintomatología; sin embargo, en su etiología aún dista de ser unificada por los diferentes especialistas.

1.2. TEORIAS DE LA DEPRESION.

Con el devenir del tiempo se ha hecho necesario explicar las causas y consecuencias de la depresión, por tal motivo han surgido diversas explicaciones que se basan en premisas psicológicas, sociales, psicosociales y biológicas. Dentro de las psicológicas existen autores que clasifican y agrupan de acuerdo a las corrientes teóricas que intentan explicarlas. De tal forma, se encuentra la psicodinámica, conductuales, cognitivas y aún dentro del campo de la psicología la concepción biológica (i.e. explicaciones fisiológico médicas).

1.2.1. MODELO MEDICO

El modelo médico es una de las principales teorías etiológicas que se han avocado al estudio de la depresión partiendo de bases biológicas, por lo que se ha estudiado bajo correlatos fisiológicos y bioquímicos. Dentro de este modelo existen, a su vez, tres diferentes explicaciones sobre la depresión: a) la depresión como consecuencia de genes hereditarios, b) la causada por el metabolismo electrolítico y c) la originada por los niveles de noradrenalina.

A. Genes hereditarios.

Referente a los genes hereditarios (mensajeros de instrucciones para la construcción y funcionamiento de las células) como causantes de la depresión, se ha encontrado en investigaciones por Kallman (1950) una predisposición a sufrir depresiones maniaco-depresivas debido a que los cuadros clínicos son más frecuentes en proporción a la cercanía de parentesco con otra persona enferma que es tomada como referencia. Kallman encontró que la depresión se presenta a causa de un gen dominante en el 100% de los casos de gemelos monocigóticos. En tanto que Slater (1953) realizó un estudio similar (con gemelos monocigóticos) con un mínimo de sujetos, encontrando solamente depresión en el 50% de los sujetos. Otro de los investigadores en el área es Trenari (1963), quien no encontró un sólo caso de depresión (cit. en Arieti, 1981).

En base a las investigaciones anteriores, Calderón (1983) menciona la posibilidad de que un familiar de un paciente deprimido padezca también depresión es el 10 a 15%

similarmente, se da el porcentaje en caso de ser un hijo o hermano, pero en caso de que ambos padres sean depresivos graves, el riesgo es de un 50% de padecer el síndrome, en caso de ser pacientes como tíos, abuelos o primos el riesgo es de 3 a 4 % (cit. en Arieti, 1981).

A través de investigaciones (Kallman, 1950) se ha probado una predisposición en algunos individuos ante la depresión, pero aún no se ha logrado una conclusión de si es responsable un gen y de qué tipo, esto a causa de que las investigaciones se han iniciado recientemente por lo que no se puede hablar de una herencia directa de depresión. Sin embargo, es conveniente tomar en cuenta la existencia de una mayor probabilidad de presentar cuadros depresivos. Así mismo, es recomendable considerar que todos los sujetos siempre están expuestos a condiciones ambientales que pueden ser causas determinantes en la depresión (cit. en Rojas, 1987).

B. Metabolismo electrolítico.

Otra posible causa en la presencia de la depresión es el metabolismo electrolítico (i.e., cambios o alteraciones en las moléculas, las cuales contienen cargas eléctricas), la explicación que se da en estos casos es que los electrolitos se descomponen desintegrándose en partículas de electricidad. Se menciona que los principales compuestos son el sodio y el potasio, cuando se producen alteraciones de éstos dentro de la célula tienden a darse cambios en el potencial en reposo, dando como consecuencia la excitación celular. Cabe en 1949, se refirió que el litio es efectivo en el tratamiento de

depresiones pues su función es similar al del sodio y el potasio (Arieti, 1981; Calderón, 1983; Sali y Ortega, 1989).

Se ha descubierto que la cantidad de sodio es mayor en deprimidos y cuando tienden a mejorar, el nivel de sodio baja logrando casi una estabilidad. Algunos investigadores creen que el litio altera la concentración iónica del sodio y el potasio en las membranas celulares de las neuronas (retardando la transmisión neuronal), produciendo tranquilidad en el paciente (Arieti, 1981; Calderón, 1983; Sali y Ortega, 1989).

C. Niveles de noradrenalina.

Dentro de este rubro se considera la depresión como producto de alteraciones en la biodisponibilidad de ciertas transmisiones del Sistema Nervioso Central (SNC) ocasionadas por el bajo nivel de noradrenalina (hormona encargada de la adaptación fisiológica del organismo a ciertas demandas del medio ambiente), ya que es considerada como uno de los principales neurotransmisores que envían señales de recompensa y estímulos positivos al cerebro, facilitando la conducta receptiva comprobándose por medio de mediciones de metabolitos (sustancias que intervienen en el metabolismo) de noradrenalina en el líquido cefalorraquídeo. Existen evidencias de que los niveles bajos de noradrenalina están asociados con la depresión de tipo endógena (causada por factores bioquímicos, hormonales o genéticos), presentándose sin aparente influencia externa (Cardona, 1984).

Al existir una alteración en el hipotálamo (región principal del encéfalo, encargado del metabolismo, reflejos

visceral y actividades de órganos y tejidos internos), se producen efectos de depresión asociados frecuentemente con los trastornos de la actividad endócrina. Las concentraciones cerebrales de noradrenalina y la hidroxitriptamina causan efectos antidepressivos, en tanto que si existe una depleción de serotonina y noradrenalina en el SNC se producen cuadros depresivos graves, por lo que se busca alterar o incrementar los neurotransmisores en el proceso. La depresión se presenta cuando existen bajos niveles de noradrenalina, ácido homovanílico y metoxidroxifenicol, puesto que el último es de los principales catabolitos del SNC, existiendo también en pacientes depresivos un bajo nivel de dopamina (Rojas, 1987).

Lo antes mencionado es importante puesto que las aminas biógenas son sustancias liberadas en la sinapsis interneuronal (terminaciones nerviosas centrales) (Lobel y Writer, 1964).

Cardona (1984), hace mención de dos tipos de depresión: depresión reactiva o exógena (de base psicógena) y depresión endógena (originada por alteraciones bioquímicas particularmente por el metabolismo de las biógenas).

Al igual que todas las teorías formuladas, en esta última también existen inconvenientes, como la dificultad para medir el nivel de neurotransmisores, puesto que varía según el individuo, la situación, así como el estado de salud. En cuanto al metabolismo de los electrolitos no se sabe cuántas sustancias interfieren y si es aceptable en la depresión mientras que lo referente al nivel de noradrenalina, la explicación es amplia pero se debe tomar en cuenta que el ser humano es un ente biopsicosocial y no solamente fisiológico.

1.2.1.1. CLASIFICACION DE LA DEPRESION.

Dentro de la amplia gama de clasificaciones realizadas para el estudio de la depresión se encuentra la incluida en el Manual de Diagnóstico y Estadística-Revisado (D.S.M. III-R), en donde se ha clasificado como un desorden afectivo, derivando a su vez tres tipos de desórdenes que abarcan la depresión.

D.S.M. III-R (1983)					
DESORDENES AFECTIVOS					
MAYORES		ESPECIFICOS		AFECTIVOS	
Desórdenes Bipolares	Desórdenes Depresivos Mayores	Desórdenes Ciclotímicos	Desórdenes Distímicos	Desórdenes Bipolar Atípico	Depresión Atípica
- Mixto	- Episodio Aislado	- Alpuanfa Crónica			
- Maníaco	- Recurrente				
- Depresivo					

La definición del D.S.M. III-R parece coincidir con la alteración afectiva al estado de ánimo o humor, pues corresponde a un estado emocional permanente que matiza por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. Los factores de intensidad y duración son esencialmente para una adecuada categorización de todo fenómeno depresivo que puede oscilar desde la anormalidad hasta una franca y severa patología.

CATEGORIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO MANIACO

A. Un periodo delimitado y persistente en el que hay un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritante

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, se han mantenido presentes de forma significativa tres de los síntomas siguientes:

1. Autoestima excesiva o grandiosidad
2. Disminución de la necesidad de dormir
3. El paciente presenta necesidad de hablar
4. Fuga de ideas
5. El paciente presenta facilidad de distracción
6. Incrementa la actividad dirigida hacia un objeto
7. Implicaciones excesivas de actitud, con posibilidades de consecuencias negativas

C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioros en la vida laboral

D. No ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones

E. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, ni a un trastorno psicótico o delirante

F. No puede establecerse que un factor orgánico inició y mantuvo la alteración

Un "síndrome maniaco" se establece cuando cumple los criterios A, B y C. Un "síndrome hipomaniaco" se establece cuando cumple los criterios A y B.

CODIGOS PARA EL EPISODIO MANIACO: NUMEROS DEL CODIGO DE CINCO DIGITOS Y CRITERIOS PARA LA GRAVEDAD DEL ESTADO ACTUAL DE UN TRASTORNO BIPOLAR, MANIACO Y MIXTO.

1. Leve: reúne un mínimo de síntomas incluidos en criterios para episodio maniaco

2. Moderado: aumento considerable de la actividad o del deterioro del juicio crítico
3. Grave sin síntomas psicóticos: necesita de una vigilancia continua para no dañarse
4. Grave con síntomas psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones o síntomas catatónicos

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido concuerde con temas típicos de la manía.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:

a ó b

a) Ideas delirantes o alucinaciones

b) Síntomas catatónicos.

5. En remisión parcial: el paciente cumple todos los criterios anteriores, pero en la actualidad persisten solamente algunos síntomas
6. Remisión completa: el paciente cumple todos los criterios anteriores, pero en la actualidad no se detecta ningún síntoma

CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO DE EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES

- A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas
 1. Estados de ánimo deprimido durante la mayor parte del día
 2. Notable disminución de placer
 3. Aumento o pérdida de peso
 4. Agitación o enlentecimiento

5. Insomnio
 6. Fatiga
 7. Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa
 8. Disminución de la capacidad para pensar
 9. Ideas de muerte recurrente, ideas de suicidio.
- B.
1. No establecimiento de causas orgánicas
 2. La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido
- C. Fuera del contexto de alteración anímica no han existido ideas delirantes
- D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia.

CODIGO PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

1. Leve: ninguno o pocos síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas de ligero deterioro
2. Moderados: síntomas o deterioro funcional entre leve y grave
3. Grave sin síntomas psicóticos: varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales
4. Con síntomas psicóticos: ideas delirantes o alucinaciones. Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo, ideas delirantes o alucinantes
5. En remisión parcial: intermedio entre remisión completa y leve
6. En remisión completa

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TIPO MELANCOLICO

Presencia de cinco de los síntomas siguientes mínimamente:

1. Pérdida de interés o de capacidad para el placer en las actividades
2. Falta de reactividad ante estímulos agradables
3. La depresión es mas intensa por la mañana
4. Despertar precoz por la mañana
5. Enlentecimiento o agitación psicomotora
6. Anorexia significativa o pérdida de peso
7. Ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio depresivo menor
8. Uno o mas episodios depresivos mayores, seguidos de una remisión completa o casi completa
9. Buena respuesta previa a una terapia somática antidepressiva adecuada y específica

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DISTIMIA

- A. Estados de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes) comunicado por el sujeto u observado durante dos años mínimamente
- B. Durante los periodos depresivos están presentes como mínimo dos de los siguientes síntomas:
 1. poco apetito o voracidad
 2. Insomnio o hipersomnia
 3. Pérdida de energía o fatiga
 4. Disminución de la autoestima
 5. Falta de concentración
 6. Sentimientos de desesperanza

- C. Un periodo de dos años en el que se da la alteración
- D. No existen pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco
- F. El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico como una esquizofrenia o un trastorno delirante
- G. No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración (DSM-III, 1983)

1.2.1.2. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

El tratamiento empleado con mayor frecuencia por el modelo médico se caracteriza por el uso de antidepresivos. Las drogas mayormente empleadas son la anfetaamina (i.e., estimulantes o euforizantes) las que no deben prescribirse en caso de depresión crónica. También existen drogas leves que no causan daños posteriores, dentro de estas se encuentran las triciclíminas, que evitan la ruptura de la serotonina, la clasificación de la triciclímima queda de la siguiente forma:

Grupo	Acción	Farmacos	Uso Terapéutico
Timoanalépticos	Estimulantes del Humor	Tricíclicos (SMO)	Antidepresivo
		Tetracíclicos	

El término timoanaléptico se aplica a todo fármaco cuya acción sea antidepresiva. Los timoanalépticos son medicamentos capaces de mejorar el humor deprimido y de normalizar el estado de ánimo, no causando efecto en el organismo normal. Los medicamentos antidepresivos, a diferencia de las

anfetaminas no actúan como estimulantes o euforizantes por lo que no ocasionan dependencia (Calderón, 1983).

En México no existen grandes estudios acerca de pacientes deprimidos, pero se conoce que en el Seguro Social (IMSS) el porcentaje de rehabilitación es del 100%. Se reporta que el tratamiento de apoyo familiar y educativa. Los fármacos son utilizados con una incidencia del 80% (Reporte Verbal del Centro Psiquiátrico de la Unidad Morelos del IMSS, 1986).

1.2.1.3. INSTRUMENTOS DE MEDICION.

Dentro del modelo médico el instrumento empleado para detectar la depresión es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minessota, conocido con el nombre de MMPI, el cual fue introducido en 1942 por Starke, R. y Charley McKinley, J. Este inventario consta de 566 preguntas dicotómicas, así como áreas de salud general, psicopatología, funciones fisiológicas y como puntos particulares; hábitos, actitudes sexuales y políticas, familia y religión, todas importantes para la formulación del diagnóstico. Además se encuentra una escala especialmente para valorar depresión y consta de 60 reactivos, de los que 20 son afirmativos y 40 negativos.

El inventario muestra limitantes puesto que solamente puede ser aplicado a personas mayores de 16 años con un mínimo de estudios, aunado a que la aplicación requiere de 60 a 120 minutos, y considerando que para la población mexicana es poco viable por las características sociales y culturales (Arieti, 1981; Calderón, 1983).

1.2.2. MODELO PSICODINAMICO.

El pionero en realizar estudios acerca de la depresión desde un punto de vista psicoanalítico fue Karl Abraham en 1911, quien pensó que la depresión tiene su aparición cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales (i.e. instinto de vida) (cit. en Arieti, 1981).

Durante la depresión la tendencia a la satisfacción libidinal se encuentra deprimida, ocasionando que el individuo sienta que no es amado ni capaz de amar, así mismo se presenta una marcada ambivalencia como consecuencia de la mutua interferencia entre el odio y el amor, dando como resultado un desarrollo inadecuado.

Según Abraham (1911), si los pensamientos de los depresivos se pudieran verbalizar serían "no puedo amar a las personas, debo odiarles" y como estas ideas de odio son inaceptables para el propio individuo son reprimidas, por lo que la hostilidad se proyecta en los demás y los pensamientos conscientes pasan a ser "las personas no se aman, se odian", siendo reforzadas estas ideas por la racionalización de algún defecto. En algunos casos, encontró que las pacientes son felices al sentirse con más culpa que las demás personas, conllevando a la centralización del pensamiento, así como delirios de empobrecimiento ocasionados por la depresión libidinal (Arieti, 1974; Avendaño y Sánchez, 1984).

En un principio, Abraham, K. (1911) trató de explicar la depresión desde las formulaciones de la represión y la proyección, posteriormente trató de dar mayor sustento a las

teorías de S. Freud ampliando sus estudios. Por tal motivo, en 1915 mencionó que la depresión podría ser entendida como una represión en la fase oral en donde el depresivo incorpora el objeto psíquico, existiendo una tendencia a devorar y arrastrar el objeto mediante el deseo de destruirlo oralmente; de esta manera se explican dos de los síntomas de la depresión como son; la negativa a alimentarse (igualación del objeto amado con el alimento temiendo destruirlo) y el temor de morir de hambre (miedo a concretar los deseos de destrucción). Para una explicación más entendible propuso dos subfases de la etapa oral: ulterior (retención) y previa (expulsión) ésta última se presenta en pacientes depresivos ocasionando la expulsión inconsciente del objeto amado y dejando la sensación de vacío, tratando de compensar mediante la incorporación anal. El paciente asocia la incorporación reparativa del objeto amado, que sigue a la pérdida creando una relación ambivalente con el objeto amado (cit. en Mendels, 1977).

En la depresión el objeto amado es tratado como parte del yo por lo que durante ésta surge la ambivalencia, en tanto, que en los periodos normales se realiza un sentimiento de superioridad (i.e., narcisista o autoestima).

Algunas de las contribuciones realizadas por Abraham son: ser iniciador de estudios sobre depresión desde una perspectiva psicoanalítica, crear relaciones objetales en cuanto a las etapas libidinales ocasionando el estudio psicológico más que biológico.

Posteriormente, Freud (1917) realizó un tratado con el nombre de Duelo y Melancolía ampliando el tema de depresión

indicado por Abraham con el fin de consolidar una base teórica y realizando la primera diferencia entre duelo normal y depresión atribuyendo a la última una pérdida de autoestima y la pérdida del objeto amado real o simbólico e inconsciente, en tanto que el duelo es por pérdida real y a su vez consciente.

Durante el proceso de duelo, la persona separa las emociones que previamente asociaba con la persona perdida, llegando a identificarse el mismo con estos sentimientos; los sentimientos ambivalentes quizá no reconocidos y expresados se canalizan al propio sujeto, caracterizados por:

- A. Irritación hacia el objeto perdido que procede de sentimientos de resentimiento y abandono
- B. Sentimientos de culpa con respecto al objeto perdido, derivados de los pecados de omisión reales o imaginarios de las personas afectadas por el duelo
- C. Un sentimiento de sufrimiento y pérdida centrada en la persona misma (Mendels, 1977).

Freud consideró que la depresión llegaba a convertirse en un proceso narcisista a causa de que el individuo cuando se deprime es constante en hacerse autorreproches, así como autoevaluaciones, pero de hecho esta expresando sus sentimientos inconscientes respecto a la persona perdida. El paciente en vez de identificarse con tal sujeto asume los atributos que percibía de ella, y como resultado exagera sus propias culpas e insuficiencias, aún no teniendo relación con su realidad, representando así sus ideas y sentimientos manifiestos hacia el objeto perdido, conllevando a que el

individuo sea una persona sadomasoquista presentando características principalmente depresivas de sí mismo, autodevaluaciones y llegando en ocasiones a una conducta autodestructiva (Mendels, 1977).

1.2.2.1. CLASIFICACION DE LA DEPRESION.

Tipo de Problema del Paciente	Condiciones de la Estructura Psíquica y sus Manifestaciones
Depresión Narcisista	Elevado nivel de Narcisismo (yo ideal) Ninsovalia (identificación con el negativo del yo ideal) Agresividad Consciente (Crítica)
Depresión Culposa	Elevado ideal de bienestar del objeto y de no agresión "Yo representación" más-agresivo, objeto dañado, sufriente Agresividad de la conciencia (crítica) Elevado ideal del bienestar del objeto (sano, feliz)
Pérdida Objeto	Representación del objeto en la posición negativa del ideal (muerto, infelicidad)

(Bleicher, 1960, p. 132)

1.2.2.2. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

Para lograr un buen resultado de la psicoterapia con pacientes depresivos es necesario tomar en cuenta:

1. Procedimiento de entrevista.

La comunicación es el canal de intercambio entre el paciente y el terapeuta. Esto implica una habilidad para emplear el lenguaje de tal forma que sea comprensible para la

paciente. Incluyendo también, las conductas no verbales.

Abarca métodos para incluir el insight a través de varias técnicas como la interpretación

2. Establecimiento de la relación de trabajo terapéutico.

Las técnicas para lograr una relación están basadas en obtener la confianza del paciente y convencerlo de que el terapeuta es capaz de ayudarlo. Debe aclararse todo tipo de duda, por que sin esto no existe un movimiento exploratorio y de trabajo a través de las fases de terapia

3. Determinación de los recursos y dinámicas del paciente.

Todas las terapias intentan explicar en varios términos las dificultades emocionales del paciente, tales como elementos discordantes en el medio ambiente que facilitan el estrés, relaciones interpersonales defectuosas que obstaculizan al individuo para sus satisfacciones, condiciones que acosan fuertemente al individuo hacia conductas destructivas, conflictos inconscientes que interfieren en el ajuste real. Por lo que se enseña al paciente a reconocer sus patrones ofensivos y sus consecuencias

4. Utilización del insight, la comprensión y la dirección del cambio

5. El manejo de la resistencia

Se recomienda buen manejo de la resistencia puesto que las obstrucciones multiformes se encuentran presentes en cualquier fase de la terapia

6. Contratransferencia

Las respuestas prejuiciadas positivas o negativas del terapeuta hacia el paciente pueden interferir en la terapia.

La naturaleza de las proyecciones contratransferenciales dentro del paciente dependerá de los procesos específicos del terapeuta activados por el mismo paciente

7. La terminación de la terapia.

Es recomendable manipular la finalización de la terapia y no dejarla al azar. El paciente es preparado para sus posibles recaídas y se le recuerda que cualquiera de sus síntomas podrían reaparecer. La herramienta de autocomprensión que ha adquirido en el transcurso de la terapia podría ayudarlo a recuperar su equilibrio (Godínez, 1984).

Por lo mencionado anteriormente, se presupone existirá un caudal de buenos resultados, aunque no siempre sucede así, puesto que existen otras cualidades y limitaciones importantes como son:

a) las características personales del terapeuta.

El terapeuta puede o no poseer sensibilidad, flexibilidad, capacidad de empatía, comprensión, autenticidad, etc. lo que influirá en los resultados relacionados al tratamiento

b) El escenario mental del paciente.

La personalidad del paciente también influye; su nivel de motivación, la percepción que tenga tanto del cambio y avance como de las ganancias a corto y largo plazo, y el significado de la situación terapéutica.

1.2.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

En el modelo psicodinámico es común encontrar que los instrumentos empleados para conocer la existencia de un

problemas son de tipo proyectivo, como:

TEST DE APERCEPCION TEMATICA (TAT).

El TAT fue diseñado en 1935 por H.A. Murray y Christina D. Morgan, constituye para el técnico entrenado un método eficaz para el descubrimiento de determinadas tendencias, emociones, sentimientos, complejos y conflictos dominantes de una personalidad. Su valor especial reside en su poder de revelación de las tendencias subyacentes inhibidas que el paciente no quiere o no puede admitir a causa de su índole inconsciente. La prueba es de utilidad para todo estudio amplio de la personalidad, así como la interpretación de las alteraciones de la conducta, enfermedades psicósomáticas, neurosis y psicosis (Murray, 1973).

Esta prueba consta de 20 láminas; 19 se encuentran impresas en blanco y negro, mas una totalmente blanca, ésta última se emplea para la narración libre por parte del paciente, en caso de que el terapeuta lo considere necesario. Aún sin la utilización de láminas se logran relatos por parte de los pacientes, sin embargo las ventajas de estas son:

1. Las figuras son eficaces, acicates de la imaginación
2. Encaran al sujeto a situaciones típicas
3. Es de gran apoyo emplear estímulos estandarizados.

Algo de suma importancia del TAT es que se adecúa para personas de ambos sexos y con edades de 14 a 40 años.

TEST RORSCHACH.

Este test es el instrumento mas poderoso para el

psicodiagnóstico. Sin embargo, su aplicación se recomienda hacerla al final de la batería (serie de pruebas elegidas por el psicólogo para localizar el problema) con el fin de dar el fallo final acerca del diagnóstico. Este test de tipo proyectivo fue diseñado por Rorschach, H., en el que se muestra al sujeto una serie de 10 cartones que contienen manchas de tinta que él debe interpretar libremente. La variedad, velocidad e interpretación realizada por el paciente permiten llegar a la descripción de la personalidad (Rapaport, 1964).

El hacer mención de dos test por parte de este modelo no implica que sean los únicos, así como tampoco los más importantes. Sin embargo sí los empleados con mayor frecuencia.

1.2.3. MODELO DEL APRENDIZAJE SOCIAL.

El aprendizaje social comprende el estudio de toda conducta presentada por los individuos, haciendo referencia a conductas específicas y directamente ligadas a la vida social como hábitos sociales, actitudes, valores, etc. lo que no se encuentra enfatizado por procesos concretos sino que puntualiza el ámbito en que se da. El aprendizaje de tipo observacional, conocido también como aprendizaje vicario, indispensable en el proceso de socialización (Pelechano, cit. en Rojas, 1987).

Dentro de este modelo se enmarca el papel de la imitación sin dejar a un lado el papel reforzamiento (Ardila, 1976).

Bandura (1962) hace mención de que las pautas de respuesta que son imitaciones se adquieren por medio de la

observación, además de que la persona que aprende imita con éxito casi en su totalidad la respuesta de un modelo, a pesar de que en algunas ocasiones no recibe refuerzo para repetir la conducta, este tipo de respuestas en su mayoría se dan rápidamente. Por lo que en niños y adolescentes (i.e. afirmación del proceso de socialización) el comportamiento se ve influido con las observaciones de su medio como es la casa, escuela o amigos (grupo de pares), etc.

Al contemplar el papel del reforzamiento dentro de este modelo se observa como éste tiene una función posterior a la imitación, puesto que no desempeña un papel dominante en la adquisición de respuestas, sino que otorga una papel central a las pautas de refuerzo en el fortalecimiento y mantenimiento de ciertas conductas (Bandura y Walter, 1963).

Durante el proceso de socialización, la adquisición de conductas son estimuladas y reforzadas de diferentes formas, logrando moderar ciertos comportamientos en los hijos y en el que los padres castigan o reprimen ciertas conductas de niños y jóvenes logrando establecer pautas de comportamiento poniendo énfasis en las que se consideran socialmente aceptables. Es conveniente mencionar que a partir de este modelo surgen los enfoques conductista y cognitivo-conductual.

1.2.3.1. ENFOQUE CONDUCTUAL.

A partir de este enfoque los investigadores han tratado de explicar el desarrollo y mantenimiento de la conducta depresiva bajo normas por las que actúan las personas influidas por el medio ambiente, sólo que a pesar de los

intentos resulta conflictivo translapar los resultados de investigaciones con animales buscando explicar la conducta humana.

Pavlov en 1932 refirió que la depresión se presenta en animales a consecuencia de la exposición de estímulos excesivos ante el organismo o cuando tienen una fuerte excitación que impide responder a otros estímulos, ocasionando que la conducta se vea disminuida o retardada ante los estímulos condicionales no dando respuesta ante estímulos incondicionales. Tiempo después, Skinner B.F. (1968) propuso que la depresión era el resultado de subproductos de un control excesivo por parte del grupo familiar, religioso, político, etc., tales subproductos son la conducta de huir, escapar o revelarse. Cuando el sujeto intenta huir o escapar del control impuesto por el grupo es castigado, generando así la depresión a causa de una estimulación aversiva, resistiendo pasivamente al control del grupo y encontrándose al mismo tiempo con el castigo (cit. en Fernández y Morelos, 1983).

1.2.3.1.1. CLASIFICACION DE LA DEPRESION.

Para mayor referencia acerca del estudio de la depresión a partir del enfoque conductual se retomó la clasificación realizada por Hollon y Beck (1979):

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. Enfoque de afecto mediado | condicionamiento clásico |
| 2. Enfoque de resultado-mediado, operante | condicionamiento operante |
| 3. Enfoque cognitivo-mediado | autocontrol |

ENFOQUE DE AFECTO MEDIADO

Al revisar la obra de Joseph Wolpe (1977) se encuentra que la conducta humana es un conjunto de secuencias estímulo-respuestas mediados por un sistema nervioso, esto es, un estímulo exteroceptivo provoca la respuesta de un órgano sensorial y a su vez es un estímulo que provoca una respuesta motora y/o visceral. Aunque este esquema de la interacción entre estímulo y respuesta es muy complejo, la conducta del organismo se repite frecuentemente ante una situación o estímulo particular a la que Wolpe llamó hábito. Wolpe pensó que en los animales como en los humanos las neurosis son aprendidas, es decir se adquieren a través de condicionamiento clásico, en el que el estímulo aversivo o condiciones ambientales provocan la respuesta de ansiedad, respuesta que se evoca ante estímulos neutros que estaban presentes durante la aparición de los estímulos aversivos o ambivalentes, también se mencionó que existen dos tipos de factores que influyen en la forma de responder ante los estímulos: el factor hereditario y el aprendizaje (Wolpe y Lazarus, 1969).

Wolpe (1980), encontró como características principales de la depresión al llanto, la pérdida de la respuesta de alegría y el interés, el retardo verbal y motor, la autodevaluación, el insomnio y la anorexia. Consideró que un estado depresivo es patológico cuando no sirve para restaurar la función adaptativa, cuando es excesivamente grave o demasiado largo en relación a la privación que lo causó o si ha surgido fuera del contexto de una pérdida o privación.

Wolpe (1980) mencionó que la neurosis depresiva es

causada por:

- A. Una respuesta de ansiedad intensa y prolongada debido a condiciones ambivalentes ocurriendo la depresión como una reacción a la ansiedad que se ha tratado de eliminar
- B. La imposibilidad de controlar situaciones interpersonales, ya que el individuo no puede manifestar las emociones por temor a perder la estimación o la imagen que los demás tienen de él
- C. La ansiedad que producen las autoevaluaciones cognitivas erróneas
- D. Una exageración o prolongación de la respuesta normal ante la pérdida de los objetos o personas perdidas.

Por lo que el enfoque teórico de la depresión recaé en el papel de la ansiedad clásicamente condicionada, debido a que ciertos estímulos llegan a elicitar respuestas emocionales donde el individuo evita encontrarse con estos estímulos. Los niveles excesivos de ansiedad pueden ser directamente transformados en depresión lo que es una reminiscencia psicoanalítica de la neurosis real (Molpe y Lazarus, 1969).

El enfoque mencionado anteriormente se centra en la disminución de la ansiedad.

Los procedimientos de tratamiento involucran técnicas conductuales utilizadas para descondicionar la ansiedad tales como desensibilización sistemática, contracondicionamiento y terapias implosivas.

ENFOQUE RESULTADO-MEDIADO U OPERANTE

Se enfoca en la calidad de los eventos ambientales tales como el reforzamiento, el castigo, etc.

Uno de los iniciadores del estudio de conductas depresivas con enfoque operante fue Ferster (1965), quien definió la depresión como una reducción en la frecuencia de conductas que son reforzadas positivamente. Así, al realizar algunas investigaciones con animales para conocer los factores que influyen en la presentación de la depresión, tanto aislados como combinados, encontró que (Krasner y Ullmann, 1965):

- A. La frecuencia de conducta reforzada positivamente disminuye en caso de que el programa de reforzamiento se debilite demasiado
- B. La presencia de ansiedad puede bajar la tasa de conducta y existen también tasas altas de castigo
- C. La frecuencia conductual puede disminuir en función de los cambios repentinos en el ambiente. En especial si desaparecen estímulos discriminativos para conductas que siguen manteniéndose, como es la pérdida de un ser querido (Krasner y Ullmann, 1965).

Lewinsohn (1974), centró su estudio en la relación entre una pérdida de reforzamiento y el desarrollo de la depresión, concluyendo que una baja tasa de reforzamiento positivo contingente a la respuesta basta para explicar la baja tasa de conducta de una persona deprimida, produciendo manifestaciones como: sentimientos de disforia y culpabilidad, fatiga, pérdida del apetito, etc., además sostuvo que la cantidad total, que un individuo recibe, de reforzamiento positivo contingente, es

una función compleja de tres condiciones:

1. El número de reforzadores que puede proporcionar el ambiente
2. La medida en que posee las aptitudes necesarias para producir en sí mismo reforzamiento a partir del ambiente
3. El número de actividades y sucesos que están reforzando positivamente.

Considerando que al verse afectada cualquiera de estas áreas es cuando requiere intervención terapéutica. Lewisohn argumentó que la cantidad de reforzamiento positivo recibido por los individuos está en base a las aptitudes para producirlo (Lewisohn, 1974).

Otro de los investigadores que se encuentra en la misma línea es Costello (1972), quien afirmó que las personas con habilidades o aptitudes inadecuadas son particularmente sensibles a la depresión, aún con una pérdida mínima de reforzamiento positivo afecta gravemente. Después de una pérdida real o potencial de reforzamiento positivo, la persona puede quedar deprimida por falta de habilidades para desarrollar fuentes alternativas de reforzamiento.

Este enfoque se centra en incrementar la cantidad de reforzamiento por medio del manejo de contingencias y el de economía de fichas, entre otros.

ENFOQUE COGNITIVO-MEDIADO

El enfoque cognitivo-mediado también se le conoce como autocontrol, estableciendo que las conductas depresivas resultan de sistemas de autorreforzamiento defectuoso. Las

una función compleja de tres condiciones:

1. El número de reforzadores que puede proporcionar el ambiente
2. La medida en que posee las aptitudes necesarias para producir en sí mismo reforzamiento a partir del ambiente
3. El número de actividades y sucesos que están reforzando positivamente.

Considerando que al verse afectada cualquiera de estas áreas es cuando requiere intervención terapéutica. Lewisohn argumentó que la cantidad de reforzamiento positivo recibido por los individuos está en base a las aptitudes para producirlo (Lewisohn, 1974).

Otro de los investigadores que se encuentra en la misma línea es Costello (1972), quien afirmó que las personas con habilidades o aptitudes inadecuadas son particularmente sensibles a la depresión, aún con una pérdida mínima de reforzamiento positivo afecta gravemente. Después de una pérdida real o potencial de reforzamiento positivo, la persona puede quedar deprimida por falta de habilidades para desarrollar fuentes alternativas de reforzamiento.

Este enfoque se centra en incrementar la cantidad de reforzamiento por medio del manejo de contingencias y el de economía de fichas, entre otros.

ENFOQUE COGNITIVO-MEDIADO

El enfoque cognitivo-mediado también se le conoce como autocontrol, estableciendo que las conductas depresivas resultan de sistemas de autorreforzamiento defectuoso. Las

personas deprimidas se autoproporcionan bajas tasas de reforzamiento en tres niveles: autocontrol, autoevaluación y autoreforzamiento. Una de las principales causas es cuando el individuo posee normas de comportamiento excesivamente altas, dificultando la correspondencia a normas rigurosas. El fracaso es exceder o igualar produciendo una autodevaluación negativa de su comportamiento.

Bandura (1962), hace mención que los criterios bajos para el autorreforzamiento puede dar lugar a sentimientos de desvalorización, a una disminución de la motivación y a la depresión en general. Otro problema, es que el individuo no toma en consideración la tarea difícil, que no valora o espera ser competente en la actividad. Bandura propuso mecanismos que mantienen la pauta de autorreforzamiento y autocastigo. Probablemente, el autorreforzamiento se mantiene por reforzadores sociales periódicos, así mismo, la realización de una conducta castigable provoca ansiedad o culpabilidad, estos pensamientos angustiantes terminan en autocastigo que anticipa la posible condena social. Además, el autocastigo puede despertar aprobación social por parte de otros a quienes agradan los refuerzos de una persona para controlar su propia conducta errónea.

Riss y Masters (1980), centraron su estudio en incrementar las tasas de autocastigo y/o reforzamiento en detrimento de las tasas de conducta de autocastigo, los padecimientos específicos involucran tanto la manipulación directa de contingencias como el entrenamiento en habilidades de automonitoreo, autoevaluaciones, y autorreforzamiento. También

menciona que los depresivos muestran características como: atención selectiva a resultados inmediatos, las conductas autoevaluativas son rechazadas en términos de fallas, al hacer atribuciones internas de casualidad y al establecer criterios excesivamente severos para la autoevaluación. Los déficits en el autorreforzamiento están caracterizados por bajas tasas de conductas autorreforzantes y altas tasas de conductas de autocastigo.

Las aportaciones anteriores toman importancia a partir de que los conceptos manejados son ajustables a observaciones y mediciones directas, logrando la obtención de estudios comprobables, algo que no logran las demás corrientes psicológicas en estudios de emociones humanas.

En contraste y como se señaló anteriormente, la desventaja de esta teoría estriba en la extrapolación de estudios realizados con animales para dar explicaciones a conductas humanas.

1.2.3.1.2. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

Dentro del modelo conductual y para cada una de las posiciones internas se realizan diferentes tipos de intervención como son:

I. ENFOQUE DE AFECTO MEDIADO

DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.

Consiste en la presentación de estímulos imaginarios graduados, a un paciente en estado de relajación. Dentro de la técnica de desensibilización sistemática (DS) son

importantes las unidades subjetivas de perturbación (USPS), o unidades subjetivas de ansiedad (USAS), las cuales son evaluaciones subjetivas del grado de ansiedad realizada por el paciente, quien imagina, evalúa y reporta. Cuando se cuenta con la información necesaria se procede a realizar la construcción jerárquica para la presentación e imaginación de la situación que afecta al paciente, así en esta fase, colabora el paciente refiriendo la situación provocadora de la conducta y la de menor importancia. Una vez que se han ordenado jerárquicamente las diferentes situaciones de estímulos generadores de ansiedad y se ha entrenado al paciente en relajación muscular, el terapeuta se encuentra en condiciones de proceder a la aplicación de la técnica (Godínez, 1984).

Esta técnica para ser eficaz debe cumplir con los siguientes requisitos:

- A. Adiestramiento y relajación muscular profunda
- B. Establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad en términos cuantitativos
- C. Construcción jerárquica de los estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad
- D. Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituye las jeraquias (Holpe, 1980).

CONTRACONDICIONAMIENTO.

El contracondicionamiento consiste en eliminar una relación, estímulo-respuesta, uniendo al estímulo una

respuesta alterna de mayor fuerza que la original y que en principio quedaba disponible si la nueva llegaba a extinguirse o no estaba disponible (Nolpe, 1980).

TERAPIA IMPLOSIVA (T.I.)

Esta compuesta por seis pasos para lograr éxito:

1. El terapeuta identificará los estímulos aversivos condicionados que median la respuesta emocional (i.e., furia, ansiedad, depresión, etc.), las cuales son determinantes de los síntomas y problemas del paciente
2. En una segunda o tercera sesión, se instruye al paciente para que cierre los ojos y visualice mentalmente escenas neutrales (comunes) y refiera detalles, pero las cuales no provoquen reacciones emocionales
3. En esta sesión se manejan escenas que provoquen emociones en el paciente (i.e., furia, culpa, temor, etc.)
4. El terapeuta hace conjeturas que representen aproximaciones de estímulos aversivos no identificados, al grado de encontrar similitud entre la aproximación hipotética que refleja la suposición del terapeuta y el control de estímulos aversivos reales eficaces en la conducta desadaptada del paciente
5. Asignamiento de tareas, terminada la primera sesión se pide al paciente que practique mentalmente las escenas aversivas utilizadas durante la sesión. Como tarea el paciente adquiere mayor habilidad y comprensión de los principios básicos en la T.I.
6. Duración del tratamiento. A lo largo de todas las sesiones

se emplean los estímulos aversivos y una ampliación progresiva de los mismos (de acuerdo a la importancia para despertar emociones), repitiéndose en cada una de las sesiones. Sin embargo se pueden estructurar sesiones adicionales de seguimiento que permitan evaluar el rango de estabilidad logrado (Spence, 1976).

II. ENFOQUE DE RESULTADO-MEDIADO

ECONOMIA DE FICHAS.

A continuación se presentan las condiciones:

A. Control sobre la administración de reforzamiento.

La conducta externa de autoutilización física personal, suministrada por el personal de la institución, i.e., muchos reforzadores poderosos como los alimentos y los cigarros se suministran de manera contingente y es frecuente que se encuentren con resistencias, de parte del personal que tiene relación con el paciente

B. Coordinación personal.

Es preciso que la conducta de los miembros del personal se coordinen y sigan de cerca el procedimiento para observar, registrar y responder a la conducta meta, con el fin de no hacer conclusiones diferentes en relación al problema

C. Definición de conductas meta.

Es de vital importancia conocer o enfocar las conductas que hubiesen de cambiarse y especificarla de manera elaborada y concreta, con el fin de minimizar la interpretación personal del paciente

D. Especificación de las conductas que son alternativas

positivas o conductas problema.

Se trata la eliminación de la conducta problema, en vez del desarrollo de los patrones conductuales positivos.

E. Definición de la manera de uso.

Se determina cuál es la mejor y más accesible de las formas para realizar el registro de las fichas como son las tarjetas, contador electrónico, etc.

F. Especificación del reforzamiento.

Determinar los artículos exactos o privilegios, i.e., como el dinero, alimento, etc.

G. Especificación de la contingencia en magnitud de reforzamiento.

Determinación de cuándo y cuáles pueden ser los reforzadores otorgados, recomendando la observación directa y sistemática de los procedimientos de reforzamiento para coordinar y asegurar la implementación adecuada de las contingencias.

H. Procedimiento de desvanecimiento.

Es conveniente seleccionar para el cambio, al menos al principio, conductas que sigan siendo reforzadas después de la capacitación (Bandura, 1962; Hollon y Arzin, cit. en Rimm y Masters, 1980).

III. ENFOQUE COGNITIVO-MEDIADO

AUTOCONTROL.

Para obtener éxito con esta técnica es importante mencionar al paciente que la conducta no se encuentra aislada, sino que está bajo control de un estímulo legítimo.

A. El autocontrol no es un asunto de fuerza de voluntad, sino el resultado de manipulaciones juiciosas, de eventos antecedentes y consecuentes de acuerdo con los principios establecidos del aprendizaje

B. El paciente debe tomar ventajas de que la conducta se encuentra bajo el control de estímulos por medio del empleo de las siguientes técnicas: a) cambio físico del ambiente, b) reducción de la escala de provocación de estímulos de conductas indeseables y c) fortalecimiento de la conexión entre ciertos estímulos y conductas deseadas

C. El paciente debe terminar eventos que sean recompensas potentes para administrarlas inmediatamente después de la respuesta apropiada

D. El paciente terminará aquellas respuestas que compiten y por lo mismo inhiben las conductas deseadas, con la finalidad de debilitarlas. También determinará las respuestas que puedan servir como alternativas saludables para las maneras indeseables de comportarse y con la meta de fortalecerlas

E. El paciente intentará la interrupción de las cadenas de conducta a respuestas indeseables que conducen a otras respuestas indeseables inmediatamente

F. El paciente planteará deliberadamente el lograr su meta de manera gradual

G. El pensamiento ejerce cierto control sobre la conducta considerándolas como conductas internas

H. Los tratos que implican "contratos" de reforzadores pueden establecerse entre el paciente y el terapeuta o entre el paciente y algunas otras personas, sirviendo como base

motivacional (Riss y Masters, 1980).

1.2.3.1.3. INSTRUMENTOS DE MEDICION.

La mayoría de los terapeutas recomiendan un autorregistro de conductas en caso de tratar casos individuales y la observación si se trabaja con grupos. Para el primer caso es recomendable elegir una libreta pequeña de notas o un contador mecánico para confiabilizar las observaciones, se transcriben los datos obtenidos diariamente, permitiendo al paciente y terapeuta utilizarla durante la planeación e incremento de las etapas del programa. La mayoría de los formatos tiene las siguientes características: día, tiempo, cantidad o frecuencia, eventos relacionados o antecedentes y consecuencias.

1.2.3.2. ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Este enfoque tiene sus raíces en escritos filosóficos de los estoicos, griegos y romanos, teoría que siglos después (1907) es apoyada por Durbors, Deseire y Gakle (1913) y Adler (1927-1929). El firme inicio de este enfoque es cuando el conductismo deja de ser puro, para dar paso al conductismo radical, como consecuencia a la negación de la existencia de sentimientos, sensaciones, ideas u otros rasgos de la vida mental (Ellis, 1955).

Por su parte, el conductismo radical considera los hechos del mundo privado convirtiéndose en una teoría más humanista que toma al hombre como un ser pensante y no como una máquina. Teoría que posteriormente en los años 50 pierde fuerza

retomándola en 1955 por Albert Ellis, quien ofrece una imagen de originalidad, énfasis cognitivo y fuertemente conductual. Ellis estudió los problemas a los que se enfrenta el hombre, incluyendo a la depresión (Ellis, 1955; Skinner, 1975).

Lo interesante de este modelo al estudiar la depresión radica en: 1. centra su atención en conductas encubiertas i.e. la aserción, creencias y actitudes, 2. considera que la depresión es causada por ideas irracionales (Ellis, 1955).

El estudio de la depresión a partir de este enfoque se inicia en 1955 con el mismo Ellis, mencionando que las personas tienen diferencias y peculiaridades notables en sus gustos, características, metas y placeres, también se parecen en la forma de perturbarse emocionalmente. Las personas tienen gran cantidad de ideas irracionales y filosóficas que son mantenidas dogmáticamente, causándoles perturbaciones, esto último es a causa de tendencias innatas y adquiridas puesto que el ser humano en gran medida controla su propio destino, en especial las emociones, esto como consecuencia de los valores básicos y creencias de acuerdo a la forma de interpretar los acontecimientos que ocurren en el transcurso de la vida, dependiendo de igual forma de las acciones que se elijan para que sucedan.

Ellis (1955) parte del procedimiento denominado racional-emotivo. A través de esta filosofía interpreta que las personas con problemas de tipo emocional tienen un tipo de pensamiento ilógico o erróneo denominado irracional. Esta manera de pensar influye en la interpretación realizada por las personas, con respecto a ciertos acontecimientos externos,

provocando por ende malestar emocional en el individuo.

Ellis sostiene que la depresión se debe al estilo irracional del pensamiento presentado por las personas con respecto a sus propias capacidades, exigen demasiado de las personas que les rodean, del medio en que viven, dependiendo por tanto del cariño que le brindan las demás personas.

Los puntos centrales para la explicación de la depresión son:

1. Disminución de conductas adaptativas, mayor probabilidad de desaparecer el refuerzo
2. Si hay déficit en los repertorios de habilidad social es probable que menor número de conductas sean reforzadas
3. Si no hay autocontrol en las conductas de autocontrol, y de autorreforzamiento; es más factible que una persona falle al hacer atribuciones internas de sí mismo desencadenando la depresión
4. Hay una formación de expectativas desfavorables para una persona si ésta no encuentra contingencias positivas a sus esfuerzos
5. Las personas presentan un estilo de pensamiento irracional el cual interfiere en la interpretación de eventos provocando malestar emocional.

En forma general, la Teoría Racional Emotiva (TRE) muestra que las cosas que ocurren no son las que perturban, sino la opinión que se tenga de ellas, por tal motivo define a la depresión como un conjunto de ideas que el individuo maneja irracional o equivocadamente (Ellis, 1955).

Beck en 1955 hace mención de la depresión como un

desorden primario del pensamiento, postulando que los individuos que tienden a la depresión poseen patrones o esquemas que pueden o no alterarse por tensiones específicas. Por lo que en 1963, define a la depresión como, una distorsión cognitiva (una consideración del individuo, conocida como "tríada cognitiva", consistiendo en una idea negativa del yo, del mundo y su futuro), la que es atribuida al predominio de los esquemas idiosincráticos que sobrepasan las características necesarias de la situación externa del estímulo. La naturaleza latente y compacta de los esquemas que pueden explicar las generalizaciones excesivas como la confusión de las distorsiones. Los juicios extremos y las generalizaciones se entienden por las propiedades de los esquemas primitivos, es decir, su amplitud, rigidez y estructura dicotómica. La abstracción y recuerdo selectivo se atribuyen a la extracción de datos isomorfos (Beck, 1976; Ellis, 1955).

El individuo deprimido comete cinco grandes errores al procesar la información que proviene del medio con respecto a sí mismo, al mundo y al futuro, estos errores son:

1. Interferencia arbitraria. Extracción de conclusiones sin evidencias o evidencias contrarias
2. Abstracción selectiva. Ignorancia del contexto por enfocarse a un aspecto detalladamente de una situación multifacética
3. Sobregeneralización. Extracción de conclusiones sobre su capacidad, comportamiento o valoración a partir de un incidente
4. Modificación y minimización. Error de impresión al juzgar

la significación de los sucesos y/o su comportamiento

5. Pensamiento de todo o nada. Tendencia a pensar en forma absoluta

Según Beck (1970), las distorsiones son experimentadas de manera involuntaria y automáticamente, las cuales son formuladas a partir de la interacción con el medio, las opiniones de otras personas sobre él y por identificación con otras personas cercanas como los progenitores. Los individuos propensos a la depresión adquieren estos modelos de pensamiento en su mayor parte durante la infancia y la adolescencia, consistiendo éstas en una red de actitudes negativas como:

- A. Grupos de actitudes centradas en diferencias personales
- B. Autorreproche. El individuo se considera responsable de sus deficiencias
- C. Pesimismo. Expectativas negativas para que las cosas mejoren (Beck y cols., 1961).

La vulnerabilidad de estos elementos están en base a la historia de aprendizaje del individuo.

Resulta difícil demostrar que el individuo se deprime por una serie de cogniciones negativas; sin embargo, la mayoría de cogniciones realizadas acerca del tema reportan que las personas deprimidas tienen una vida negativa del yo, de la experiencia y del futuro, teniendo con esto ideas de privación, autorreproches, baja autoestima, deseos escapistas o, suicidas, problemas opresivos o rígido autodomio. Algunos investigadores reportan que los individuos deprimidos a pesar de quejarse respecto a capacidades cognitivas inferiores, muestran gran concordancia en cuanto a pruebas perceptuales,

psicomotoras y cognitivas (v.gr. inteligencia abstracta) en relación con personas no deprimidas. Con lo anterior, se infiere que probablemente existe un proceso de distorsión que hace que las personas se consideren inadecuadas a sí mismas (Beck, 1976).

1.2.3.2.1. CLASIFICACION DE LA DEPRESION.

Dentro de este enfoque se procederá a dar algunas de las principales hipótesis que se consideran importantes en base a la depresión. Esto a falta de una clasificación existente.

Hipótesis 1: El pensamiento crea la emoción. El pensamiento humano y la emoción están estrechamente relacionados.

Hipótesis 3: Los estados de ánimo dependen de la cognición. El ser humano al ser pesimista tiende a la depresión y al ser optimista es feliz.

Hipótesis 6: La cognición, la emoción y la conducta se hallan interrelacionadas. Estas se influyen mutuamente y cuando las personas cambian una de estas modalidades tienden a cambiar las restantes.

Hipótesis 7: Las cogniciones pueden afectar el biofeedback y el control de los procesos fisiológicos. Cuando las personas perciben sus propios procesos cognitivos, emotivos y fisiológicos, piensan que en estos influyen en su vida (conducta) positiva (ayundándose) o negativamente (perjudicándose).

Hipótesis 8: Existen influencias innatas sobre las emociones y la conducta. En el campo de las emociones perturbadas, las tendencias biológicas innatas y el aprendizaje adquirido

ayudan a crear y mantener las llamadas perturbaciones emocionales.

Hipótesis 11: Los errores de atribución influyen en las emociones y conducta. Las personas atribuyen motivos, razones y causas a otras personas, acontecimientos externos y a estados físicos internos, influyendo significativamente para la formación de percepciones y concepciones falsas o equivocadas.

Hipótesis 12: Las personas tienen una tendencia innata y adquirida a pensar. Establecen valores de supervivencia, además piensan y actúan racional e irracionalmente.

Hipótesis 13: Las personas tienden a autovalorarse. Constituyendo una de las principales fuentes de perturbación emocional.

Hipótesis 15: Las personas tienen escasa tolerancia a la frustración (Ellis, 1955).

1.2.3.2.2. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

TECNICA DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

Esta técnica consta aproximadamente de 10 sesiones, en las cuales se tocan los siguientes puntos:

Sesión 1: (Este programa puede ser individual o grupal). Se ubica a la(s) persona(s) dentro del contexto del programa, se conocen las características del comportamiento asertivo, agresivo y no agresivo se hace rapport, se estimula a reconocer los componentes no verbales del comportamiento asertivo, se identifican los componentes no verbales a cambiar, se aprende a dar una retroalimentación positiva, se

conoce la gama de tonalidades de disposición, se da cuenta del uso de tono de voz, se aprende a dar y recibir elogios asertivos, demuestra que es interacción, llamar la atención acerca de la autoestima, se demuestran las habilidades para la conversación, reducir la ansiedad al llevar una conversación cuando se desea permanecer en ella y se da a conocer la importancia de las tareas.

Sesión 2. Discriminar entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva, conocer los derechos, violaciones y los derechos de otros.

Sesión 3. Entender la relación entre pensamiento y emoción, discriminar entre pensamiento racional e irracional.

Sesión 4. Identificar pensamientos detrás de las conductas, aprender a ser "directos" en este comportamiento, diferenciar entre "debo explicar" y "deseo explicar", conocer el uso de las diferentes escalas de aserción (Godinez, 1984).

Sesión 5 a 10. Se trabaja sobre el problema.

TECNICAS DE SOLUCION DE PROBLEMAS.

Esta técnica es empleada como estrategia para resolver de manera efectiva situaciones de la vida en general.

No se conoce un límite de sesiones ya que éste dependerá del problema a tratar. Sin embargo, se conoce que consta de cinco pasos:

1. Orientación general. a) reconocer y aceptar la existencia de problemas en su vida, b) inhibir cualquier tendencia a actuar con el primer impulso, c) registrar la situación externa en la que se produce dicha dificultad.

2. Definición y formulación del problema. Definir el problema en términos claros y específicos considerando los elementos mas relevantes y describirlos.
3. Generación de alternativas. A través de un proceso creativo o de recuerdo, desarrollar posibles soluciones a pesar de parecer excéntricas en ocasiones.
4. Toma de decisiones. Se le pide al paciente que anticipe las posibles consecuencias de cada alternativa:
 - 4.1. Categorías de posibles consecuencias. a) personales, b) sociales, c) a corto plazo, y d) a largo plazo.
 - 4.2. Valoración y posibilidad de ocurrencia de cada consecuencia.
5. Verificación. Llevar a la práctica la solución que se eligió y verificar lo ocurrido (comparar) con lo esperado (Godínez, 1984).

1.2.3.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDICION.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS. (1976)

Este inventario consta de 20 reactivos los cuales pueden ser contestados con cinco alternativas diferentes según el grado de depresión del paciente. Este inventario es de autoaplicación y no requiere de tiempo límite, las indicaciones al paciente son únicamente: marque con un círculo el inciso que mejor describa como se siente actualmente, de acuerdo a cada reactivo.

Este inventario mide las áreas fisiológica y psicológica.

ESCALA DE DEPRESION DEL ZUNG (SDS). (Zung y Durhae, 1965).

Esta escala analiza tres tipos de síntomas que se presentan durante los desórdenes depresivos y son: 1. afectivos persistentes, 2. equivalentes fisiológicos y 3. equivalentes psicológicos. Los cuales se encuentran inmersos en 20 reactivos, cada uno puede contestarse con cuatro opciones diferentes según la intensidad con que se presenten los síntomas depresivos. Es autoaplicable y sin límite de tiempo (William, 1967).

1.3. ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL COMO REENCUADRE TEORICO.

La forma de abordar el estudio de la depresión es variada dentro del mismo campo de la psicología. Sin embargo, se considera que existen teorías psicológicas más completas que otras.

Pero, a pesar de que existen grandes diferencias en cuanto a definir, clasificar y tratar la depresión, se sabe que todas o la mayoría de los enfoques psicológicos coinciden en que los rasgos de la depresión son:

1. alteraciones del estado de ánimo; apatía, tristeza y soledad
2. opinión negativa de sí mismo relacionada con la autocrítica y castigo
3. deseos de escapar y autodestruirse; deseos de ocultarse o morir
4. cambios vegetativos; pérdida de apetito, peso, sueño y libido
5. disminución de la actividad; agitación o retardo.

El enfoque médico propone tratar este fenómeno por medio de fármacos, los cuales pueden ser anfetaminas o antidepresivos, aunque no es recomendable utilizar este tratamiento en adolescentes debido a que la depresión en la mayoría de los casos se presenta en un grado leve, pero de no serlo así lo que puede ocasionar el uso de fármacos es dependencia hacia los mismos.

En tanto que el tratamiento del modelo psicodinámico podría ser empleado, no obstante requiere de un largo período de sesiones, involucración por parte del individuo y una consolidación de la personalidad, aspectos difíciles de reunir en los adolescentes.

Por otro lado el enfoque conductual tiene su desventaja al no tomar en cuenta los procesos internos y fijar sólo su atención en la conducta.

Por lo anterior, no se pretende hacer una panacea del modelo cognitivo-conductual. Sin embargo, se cree que es uno de los enfoques hasta el momento más completo para el estudio de los fenómenos psíquicos puesto que:

1. toma en cuenta la parte interna del ser humano (pensamientos, emociones, sensaciones y cogniciones)
2. hace referencia al medio en el que se desenvuelve el individuo
3. considera el aprendizaje social
4. da importancia a las relaciones interpersonales.

Los puntos anteriores no son contemplados por otros enfoques psicológicos en cuanto a la depresión se refiere, aunque más que una teoría contrapuesta a las demás se puede

decir que la aproximación cognitivo conductual es la complementación para un estudio mas profundo del ser humano y los procesos durante su existencia, por tanto en la presente tesis el enfoque cognitivo-conductual se utilizará como un reencuadre teórico para estudiar la depresión en las adolescentes embarazadas.

1.4. LA DEPRESION EN ADOLESCENTES.

La mayoría de los investigadores han considerado que la adolescencia es un problema, puesto que es la fase en la que se realizan confirmaciones de personalidad (encontrándose inmersos los procesos de socialización que se presentan al individuo o a lo largo de toda la vida), cambios biológicos y psicológicos.

A nivel psicológico, el adolescente busca con dificultad su propia identidad frente a aspectos de tipo religioso, político, educativo, etc. Las preocupaciones de tipo sexual ponen al adolescente en un dilema, situación que también se llega a presentar en los adultos, quienes tampoco se encuentran preparados.

Las personas durante la adolescencia tienden a comportarse de tal forma que a las personas adultas no les convence, por lo que son motivo de prejuicios negativos, rechazos y marginación, agravado por su mundo interno lleno de ideas negativas e irracionales, la mayoría de las veces justificadas, llevándolo a ser un individuo solitario (Cassoria y Knobel, 1985), manifestando síntomas depresivos. Sin embargo, existen autores que consideran que es poco

probable que la depresión se presente en la adolescencia, pero en años recientes se han llevado a cabo investigaciones aplicando el D.S.M. III-R y se encontró que entre el 14 y 47% de los jóvenes muestran semejanzas en cuanto a emociones se refiere, el 7% tiene sentimientos suicidas (consecuentes de la depresión), el 20% posee sentimientos de autodesprecio, en tanto que el 40% reporta sentirse miserable y deprimido. Este tipo de estudio se realizó con población adulta, obteniéndose resultados semejantes, principalmente en mujeres (Zuckerman y Amaro, 1987).

Rutter, mencionó que las áreas con mayores cambios provocadores de depresión son (Zuckerman y Amaro, 1987):

Factores Hormonales;

Cambios de la niñez a la adolescencia (cambios hormonales de tipo bioquímico, en ambos sexos), ocasionando desconcierto en el individuo.

Factores Cognitivos;

Dentro de estos la depresión se presenta cuando el individuo se siente desaprobado por el grupo de amigos, la familia o la sociedad. Aunado a que la mujer, en algunos casos y recientemente en un índice mayor, siente rechazo a causa del embarazo puesto que se producen cambios hormonales y desaprobación social (William y cols., 1982).

Factores Sociales;

Las expectativas que tiene la familia, grupo de pares (amigos), y educadores respecto al adolescente, produciéndole

a este un gran nivel de stress por tanto una depresión. Esta situación se presenta con mayor frecuencia en hombres (en algunas sociedades se cree aún que la mujer nació exclusivamente para estar en el hogar) (Zuckerman y Amaro, 1987).

Comparativamente, la depresión que presenta el adolescente es similar a la de los adultos, por lo que se debe considerar, según Munro (1966):

- A. Familias de origen con males depresivos
- B. El orden que ocupa el sujeto afectado dentro de la familia
- C. La posición de los depresivos en la relación con los demás elementos
- D. Edad en que se presenta la depresión
- E. Conocimiento de la historia familiar en cuanto a males de tipo mental
- F. Existencia de matrimonios entre personas depresivas (pertenecientes a la familia)
- G. Fertilidad en depresivos
- H. Clase social a la que pertenece.

La depresión se manifiesta de acuerdo a la sociedad en que se vive, nivel de desarrollo, cultura, etc.

Algunos de los adolescentes deprimidos se muestran presionados por la sociedad, con una posición incierta entre su realidad y con cambios en las relaciones interpersonales (causadas por el nivel de estructura urbana) (Sassari, 1971).

En la mayoría de los casos al saber que el adolescente se encuentra deprimido el terapeuta empieza a "etiquetarlo". Sin

embargo es necesario conocer el nivel de desarrollo del individuo y de la sociedad, esto es importante para que el adolescente empiece a mostrar una sintomatología pues las implicaciones sociales pueden modificar las manifestaciones clínicas y en ocasiones la dirección de la morbilidad, cambiando temporalmente en la manera de ser, afectos, habilidades, autopercepción y aspectos emocionales, dependiendo del grado de aceptación social y psicológico.

La depresión se presenta similarmente en adolescentes y adultos, la diferencia estriba en que los primeros sufren cambios transitorios o fases extremadamente rápidas y los periodos entre maniaco y depresivo son cortos, en los casos mixtos y depresivos-maníacos pueden durar algunos días.

Berman (1980), considera que la depresión en la adolescencia se puede presentar de cuatro formas: 1. depresión reactiva transitoria, 2. depresión psiconeurótica, 3. depresión reactiva, y 4. depresión enmascarada, encontrándose ocasionalmente la depresión endógena (cit. en Bassari, 1971).

Las principales características en adolescentes depresivos son disminución de autoestima, desaliento, desesperación. En caso de ser depresión enmascarada son: conducta sexual sádica, masquista o perversa, delincuencia, uso de drogas, intento de suicidio, etc.

Otras características presentadas por los individuos depresivos en general son inferioridad especialmente con la apariencia física, vómito, dolores musculares, apetito variable, conductas mal adaptadas, retardo muscular, apatía, impotencia, menor contacto con el medio ambiente, tristeza,

rebeldía excesiva, hiperactividad y cambios de humor frecuentes.

Cabe mencionar que en algunos casos el individuo no solo termina aislado, sino que al quedar secuelas no combatidas puede llevar a una patología depresiva, maníaco-depresiva o psicopática, ocasionando conductas no deseadas o el suicidio (Cassoria y Knobel, 1985; Choen, 1980).

II. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.

" La adolescencia es literalmente una tierra de nadie. Puede parecer como una época que debe vivirse tan rápidamente como sea posible "

Clark E. Vincent.

La importancia de comprender la adolescencia se debe a que es un periodo crucial en la evolución biológica, social y psicológica del hombre, y por ende todos pasan o viven dicha etapa de la vida, que se caracteriza por numerosos y diversos cambios sustanciales.

Es evidente que el número de adolescentes se incrementa en el mundo y prueba de ello es que en 1987 se registraron 5 mil millones de personas como población mundial, de los que una de cada cinco personas tenían entre 10 y 19 años (Boletín de Planificación Familiar, 1987). México no es la excepción, por su parte el censo nacional de 1980 reportó que existían 4,596,477 mujeres que radicaban en la ciudad, de las cuales el 24.5% tenía entre 10 y 19 años (CONAPO, 1982), para 1987 aún se mantenía el 25% de la población adolescente de ambos sexos (Boletín de Planificación Familiar, 1987).

Como se puede apreciar, los adolescentes ocupan la cuarta parte de la población mundial, que por su presencia y características propias le hacen un periodo único de la vida,

digno de comprenderse.

El adolescente no es un niño ni un adulto, es un ser que va adquiriendo, modelando y reafirmando conductas y/o actitudes que formarán parte de una personalidad, viéndose influida por múltiples factores sociales, culturales, biológicos y cognitivos (Gesell, 1956; Jordan, 1985). Pero la personalidad que prevalecerá en el futuro requiere precisamente de los cambios paulatinos o bruscos del crecimiento, sentimientos, estados de ánimo, ideales, etc., que caracterizan tal etapa del desarrollo humano.

Es importante observar como la sexualidad se ve asociada a la adolescencia, sin embargo ésta se inicia desde el nacimiento de la persona, ya que el sexo se da desde la concepción misma y el rol sexual desde el nacimiento. Por lo que la sexualidad se le debe entender como el conjunto de características biológicas y socioculturales que permitan a la persona comprender al mundo y vivirlo a través de su ser (Monroy, 1985).

Pero ¿Cómo el adolescente vive y comprende su mundo? y lo que es más ¿Cómo se le entiende al adolescente?, estas interrogantes obligan a que en el presente capítulo se revisen tanto los principales cambios, como la interacción del medio con el adolescente, desarrollando paralelamente la sexualidad con la adolescencia, así como las teorías que pretenden explicarla; intentando ofrecer información que permita tener una visión integradora y más objetiva sobre el tema.

2.1. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.

Es difícil obtener un concepto de adolescencia debido a que es un fenómeno multideterminado que se ve afectado por los cambios culturales, biológicos y físicos que actúan en la persona y al mismo tiempo entre sí (Powell, 1963).

Si bien es cierto que es difícil obtener un concepto, si por lo menos se puede describir las características de la adolescencia. Comúnmente a la adolescencia se le confunde con el término pubertad, palabra que proviene de púber, vello que aparece en los genitales (Ford y Beach, 1969), y da lugar al comienzo de la maduración sexual, entonces a la pubertad se le puede entender como un fenómeno biológico, somático, de transición entre el niño y el adulto (Jordan, 1985). En tanto que la adolescencia según Alvarez y Mazin (1983, p.79) etimológicamente significa adolecer, pero se le puede entender como un fenómeno psicosocial de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto, para adquirir posteriormente un rol social (Jordan, 1985). La adolescencia es el período que se extiende desde la pubertad hasta la consecución de la madurez reproductiva (Ford y Beach, 1969). Aunque la madurez reproductiva es sólo un objetivo relativo de la adolescencia, pues es un período de cambios y adaptaciones, para finalmente conformar una personalidad cuyas esferas de la vida van más allá de la reproducción.

Parece haber claridad con el inicio de la adolescencia, pero no con su fin. Ya algunos autores analizan el alargamiento de la adolescencia relacionándola con el desarrollo tecnológico, pues según May, Kahan y Cromholm

(1971), cuánto mas avanzadas está una sociedad, desde el punto de vista técnico, mas larga será la adolescencia para una persona. Lo anterior se puede explicar porque el complejo sistema reproductivo lleva al adolescente ciudadano a no desempeñar un rol fijo y específico, pues no esta capacitado para desempeñar un empleo, estudia o se encuentran limitadas las oportunidades ocupacionales por la extensa competencia y división del trabajo; circunstancia muy diferente al joven de provincia para quien su papel productivo y social está claramente definido (Monroy, 1985; Rojas, 1988; Semens y Krantz, 1970; Suárez y cols., 1985), a este fenómeno se le conoce también como determinismo social (Montero, 1987). Entonces la pubertad es "... un acto de naturaleza, la adolescencia es un acto del hombre ..." (Blos, 1969, p.160).

Los jóvenes se encuentran mas maduros físicamente a edades mas tempranas, pero no psicológicamente, en comparación a las anteriores generaciones. Según Bell (1971) y Jones (1960) el periodo de la adolescencia social es aproximadamente el doble de duración a lo que hace 100 años (cit. en McCary y McCary, 1967).

Aunque para fines prácticos la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como "una etapa que transcurre entre los 10 y 20 años, comienza con los cambios puberales y termina al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico" (Boletín de Planificación Familiar, 1987, p. 1). Según Paxson (1986) se le puede dividir en temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 20 años).

2.2 PRINCIPALES CAMBIOS DURANTE LA ADOLESCENCIA.

No es posible conocer a la adolescencia sólo por sus cambios puberales, sino se debe considerar su entorno físico. Esta etapa va aunada a cambios graduales psicosociales, biológicos y emocionales que repercuten en la salud, por ello la persona manifiesta una serie de necesidades médicas, nutricionistas, psicológicas, educativas, económicas, sociales y jurídicas, diferentes al resto de la población (Boletín de Planificación Familiar, 1987).

Las demandas específicas de los adolescentes hacen presentar características propias de su conducta, cogniciones y emociones, que al conocerlas se les puede comprender como personas en proceso de adaptación social y son ellos quienes sienten los cambios de su propio ser, perspectiva muy diferente a la adulta (Semmens y Krantz, 1970).

Obviamente, los cambios no se presentan en una esfera, además de que se encuentran mutuamente determinados, por lo que los cambios anatomofisiológicos están estrechamente relacionados con los psicológicos, los sociales y los culturales. Entonces, al hablar de un cambio o característica del adolescente no es raro encontrar de que se trata de varias esferas y estas se han fusionado, aunque en el presente análisis se dividen para fines prácticos de su estudio.

Desde el aspecto biológico los rasgos principales son el crecimiento estructural acelerado, desarrollo de caracteres sexuales secundarios y la iniciación de la capacidad reproductiva por medio del desarrollo funcional de los órganos sexuales (caracteres primarios con los que se nace)

(Katchadourian y Lunde, 1972), tales cambios se manifiestan en diferentes momentos de la vida y depende del sexo, pues se ha observado que en las mujeres se presentan primero.

Existen ciertos cambios fisiológicos trascendentales en el adolescente debido a que la corteza y médula espinal, por medio de los sentidos y de la vida consciente-inconsciente envía estímulos al hipotálamo y con la glándula pituitaria, emanan diferentes hormonas, entre las que se encuentra la gonadotropina que estimula el crecimiento y actividad de las glándulas sexuales (gonadas), se empiezan a producir células germinales maduras; por medio de los estrógenos y progesterona, óvulos en los ovarios y gracias a la testosterona, los espermatozoides en los testículos (Monroy y cols., 1985). La pituitaria segrega poco material gonadotrófico durante la infancia y niñez, pero empieza a funcionar antes de la adolescencia (Ford y Beach, 1969).

Dentro de los cambios anatomofisiológicos producidos por la testosterona en el hombre, se encuentra el incremento de volumen en el pene, escroto y testículos aparición del vello púbico, facial y corporal; desarrollo muscular; crecimiento óseo; incremento de un 5 a 10% del metabolismo y aparición de la eyaculación. En tanto que en las mujeres la influencia de los estrógenos favorece el crecimiento de las trompas de falopio, útero, vagina y genitales externos; depósito de grasa en mamas, glúteos y muslos; crecimiento óseo; ensanchamiento de pelvis, aparición del vello púbico y axilar; textura blanda y lisa de la piel; ligero aumento del metabolismo y comienzo de la menstruación (Álvarez y Mazin, 1983), mientras que la

progesterona influye en mamas, útero y trompas de falopio al permitir la implantación y nutrición del huevo en caso de fecundación. Los cambios anatomofisiológicos femeninos y masculinos pueden ser afectados por la alimentación, herencia, influencias endócrinas, clima, raza y situación geográfica (Monroy y cols., 1985).

En la esfera emotiva, el adolescente ahora dirige sus emociones a ideas abstractas (v.gr. paz, libertad, amor, etc.) existe lo posible-ideal (Ginsburg y Oppen, 1968), se presenta la inseguridad, inestabilidad y búsqueda de identidad, se incrementa el interés sexual (Gesell, 1956). Tales aspectos se ven modelados por las reglas sociales, como es el caso del hombre que es más popular al adquirir ciertas conductas y actitudes sexuales en algunas culturas (McCary y McCary, 1967; Monroy, 1985). Se puede apreciar que el adolescente va adquiriendo por medio de la socialización un estatus, como en la sociedad mexicana donde una persona a los 18 años contrae derechos y obligaciones; al presentar el servicio militar, tener derecho al voto, casarse sin el consentimiento de los padres, obtener licencia de manejo, entre otros (Monroy y cols., 1985).

Para conocer los cambios emocionales, sexuales y cognitivos del adolescente, se han integrado diferentes teorías que tratan de explicarlos a través del desarrollo humano. Con fines de proporcionar mayor información para el lector a continuación se presentan las teorías más sobresalientes.

a) TEORIA PSICANALITICA.

Segun Sigmund Freud (1934), existe un desarrollo psicosexual que se basa en etapas aproximadas que llevan inmersa a la sexualidad desde el nacimiento, apareciendo en la adolescencia. La primera etapa es la oral (0-18 meses), donde el bebé describe al mundo por medio de su boca; a la segunda se le conoce como anal (18 meses-3 años) donde la criatura centra su atención en el ano y las excreciones fecales; en tanto que la tercer etapa denominada fálica (3-5 años) su atención se ubicará en la zona genital, haciendo acto de presencia el complejo de Edipo. Posteriormente hay una fase de latencia para terminar el desarrollo psicosexual con la etapa genital, caracterizada por el inicio de la pubertad y el incremento del apetito sexual.

Erick Erickson (1959) dice que durante la adolescencia se presenta la crisis de identidad psicosocial, pues el organismo se encuentra en el climax de su vitalidad y potencia integrandose nuevas experiencias, y con ello lograr una identidad reafirmando o renovando su identidad colectiva. Aquí funciona lo inconsciente-consciente entre lo individual (somatotipo y temperamento, talento y vulnerabilidad, modelos infantiles y prejuicios enraizados) y nuevas elecciones (roles, posibilidades ocupacionales, amistades, actividad sexual), esto se encuentra en las pautas culturales e históricas. Por otra parte, se ve amenazado por conflictos que afectan su período evolutivo de precondiciones somáticas, cognitivas y sociales, llevándolo a una crisis influida por un pasado (niño) y un futuro (adulto), estableciendo una

moratoria psicosocial. A esta crisis de identidad se le puede tomar como un segundo nacimiento, pero institucionalizado en una sociedad determinada (Erickson, 1959).

Por su parte, Peter Blos (1969) considera a la adolescencia como un proceso psicológico de adaptación a las condiciones de pubertad, donde los complejos fenómenos que acontecen son producto de las vivencias infantiles, que por medio de los procesos regresivos se puede reconstruir los estadios tempranos para formar una personalidad sana, coincide con Erickson (1959) al decir que cada conflicto ayuda a crecer al individuo, fortalecer el yo y establecer una identidad, entendiéndose a tal etapa como una crisis normativa o de identidad.

Todos los cambios en la adolescencia se van a circunscribir al "yo" que tendrá medidas "defensivas", procesos restitutivos y acomodaciones adaptativas" (Blos, 1969, p.189).

Anterior a la adolescencia se encuentra el periodo de latencia, que se caracteriza porque la inteligencia avanza a un nivel secundario, permitiéndole a la persona hacer juicios de valor, generalizaciones y procesos lógicos (lo que Piaget denomina procesos cognocitivos), tales avances le permiten incrementar la energía instintiva. En la adolescencia propiamente dicha, existen polaridades emocionales; sumisión-rebelión, altruismo-egoísmo, idealismo-materialismo, etc., pero estos cambios conductuales son reflejo de los psicológicos. El desarrollo psicológico del adolescente comienza cuando el individuo retira la catexis de un objeto

sexual y, automáticamente, se sobrevalora teniendo la posibilidad de alejarse de la realidad. Todo desarrollo se maneja por medio de las funciones del yo, la ambivalencia, el narcisismo y la fijación, que desplazarán la bisexualidad, y homosexualidad para favorecer la heterosexualidad al resolverse nuevamente el complejo de Edipo, y por tanto incrementarse el narcisismo en ambos sexos, aunque en la mujer, además propician sentimientos maternales, no el deseo de tener un bebé. Ya en la adolescencia tardía (consolidación) se afirma el impulso sexual genital heterosexual y con ello se reestructura la personalidad del individuo con el paralelo desarrollo del campo intelectual y afectivo, así como la identidad sexual-genital (Blos, 1969).

b) TEORIA CONDUCTUAL.

Realmente no existe un concepto o explicación específica acerca de la etapa adolescente, sus cambios, etc., pero existen fundamentos teóricos que podrían ayudar a comprender este fenómeno desde el punto de vista del conductismo.

Ya Skinner, B.F. (1975) cuestionaba que se pretendiera esclarecer la conducta del organismo por medio de los aspectos internos, debido a que se podría perder el análisis de las variables que contienen los estudios científicos, las que se encuentran en el medio ambiente inmediato e histórico, aunque "... no se niega la existencia de estados internos, simplemente no son tan importantes en un análisis funcional ..." (Skinner, 1968, p.64). Por lo que la conducta del adolescente no sólo es producto de los cambios biológicos o

psíquicos que acontecen en su organismo (aspectos internos), sino también influyen su historia, medio ambiente inmediato, la familia, grupo de pares, escuela, trabajo, cultura y medios masivos de comunicación, principalmente.

Es precisamente con el medio social por el que el adolescente modifica su conducta, pues "... un estímulo social, como cualquier otro estímulo, llega a tener importancia para controlar la conducta, a causa de las contingencias en las que participa ..." (Skinner, 1968, p.327), i.e., un individuo al emitir o imitar una conducta y recibir grandes reforzadores se puede modificar la conducta del sujeto, tales cambios son mas notables y rápidos en personas como los adolescentes que buscan aprobación, identificación o aceptación.

La modificación de la conducta en las personas varía muy poco de una cultura a otra, y para controlarla de forma efectiva se requiere de la manipulación de variables significativas como los impulsos de hambre, sed o sexo, que manejados indirectamente con la privación y saciedad se modifica la conducta (Skinner, 1968).

A pesar de que han habido numerosos experimentos para explicar la conducta de los organismos, en este paradigma, la conducta sexual sólo se ha investigado con los animales (Whaley y Malott, 1967).

Se hace referencia a la conducta sexual, porque como se sabe el conductismo no explica los cambios psíquicos (internos), pero por medio de algunos postulados se puede analizar la conducta sexual del adolescente, como es la

influencia de los reforzadores medio ambientales, la privación o la sociedad misma.

La sociedad consiste en presentar reiteradamente un reforzador para disminuir su efectividad, v. gr., cuando se cópula constantemente el organismo en un momento dado no reacciona. La sociedad no es permanente pues "... la conducta sexual, al igual que la comida, vuelve a encontrar sus propiedades reforzantes ..." (Whaley y Malott, 1967, p.290). También con la privación se pueden lograr cambios en la conducta sexual del organismo, pues al retirar el reforzador durante un periodo, éste se volverá cada vez mas efectivo, es por ello que después de pasar un tiempo posterior a la sociedad, la conducta sexual en los animales vuelve a ser reforzante (Whaley y Malott, 1967). tal fenómeno quizá pueda explicar la conducta sexual del adolescente que se presenta reiteradamente y, además, es un reforzador poderoso con personas de su misma generación, paralelo a los diversos estímulos sexuales que se presentan constantemente en la sociedad, tal vez sea aventurado transferir los resultados obtenidos con animales en el campo de la sexualidad pero, según Skinner, B.F., en condiciones de refuerzo homogéneo "... todos los organismos reaccionan de similar manera a pesar de tener diferencias filogenéticas, en los procesos de aprendizaje ..." (Skinner, 1968, p. 21).

c) TEORIA DEL CAMPO.

Kurt Lewin caracterizó la teoría del campo como "un método para analizar relaciones causales y para analizar

construcciones científicas (Lewin, 1951, cit. en Cueli y Reidl, 1972, p.133).

Antes de hablar de adolescencia, desde este constructo teórico, se partirá de la estructura del sujeto, la conducta y las cogniciones, que son aspectos básicos para comprender los cambios que ocurren durante esta etapa de la vida.

La estructura del sujeto es heterogénea al estar dividida en dos partes separadas pero comunicadas e interdependientes: la región perceptual motora (PM) y la personal interna (IP), ésta última no tiene contacto con el medio ambiente. A pesar de que en sus representaciones conceptuales Lewin no consideró el papel de la herencia y la maduración, tampoco las rechazó.

La relación entre la región IP y la PM es producto de la energía, tensión, necesidad, valencia, fuerza o vector que por su constante interacción producen las conductas del sujeto, regida a su vez por el espacio vital. El espacio vital es el universo psicológico donde se representa la totalidad de la realidad psicológica, integrada por los posibles hechos o conocimientos que pueden determinar una conducta específica en un momento dado (Cueli y Reidl, 1972). Por lo que en las personas existirá una necesidad psicológica o una intención (cuasinecesidad) que provoca tensión y desaparece al ser satisfecha la intención o la necesidad (Deutsch y Krauss, 1976). Cuando el individuo vivencia un estado de tensión, requiere de una reestructuración cognocitiva para descubrir alternativas que solucionen el problema, recordar algo que había olvidado, o simplemente percatarse de aspectos del

ambiente que no había notado con anterioridad (Cueli y Reidl, 1972) en tanto la dirección en el espacio vital depende de cada persona al emitir conductas de tipo exploratorio con ensayos y errores, vacilaciones, contradicciones, ineficiencias, etc. (Deutsch y Krauss, 1976). Entonces, una persona al pretender alcanzar una meta y no lograrla se encuentra en una región donde no existe una estructura cognocitiva, causando un conflicto psicológico, situación muy frecuente en los adolescentes por ejemplo (Deutsch y Krauss, 1976).

Una vez revisados algunos aspectos generales en la conducta y cogniciones de las personas, se procede a revisar el concepto de adolescencia por la teoría del campo.

El desarrollo para Lewin es "... un proceso continuo en el que resulta difícil reconocer etapas discretas ..." (Lewin, 1951, cit. en Cueli y Reidl, 1972, p. 215), los cambios importantes se suscitan a los tres años, luego hay un período de estabilidad relativa hasta la adolescencia que finaliza con el equilibrio del adulto.

La adolescencia es considerada por Lewin (1939) como un período de transición que al no formar parte de la población infantil o adulta, se cohesionan en su grupo social para tener sentido de pertenencia (Deutsch y Krauss, 1976).

Sin embargo al adolescente se le percibe y trata ambigualmente, i.e. niño-adulto. Ante las demandas de la sociedad y la definición de su rol, se le provoca desubicación social que repercute en su conducta y estructura cognitiva, manifestando por tanto inseguridad aunada a la inestabilidad

de la autoimagen corporal, problemas en las relaciones sociales, problemas de espacio geográfico y desubicación del tiempo, que en conjunto le llevan, al adolescente, a tener odio hacia sí mismo), y externas (v.gr. búsqueda de identidad) (Lewin, 1939).

d) TEORIA COGNITIVA.

Otra explicación es el enfoque cognitivo, donde Piaget establece un continuo en el desarrollo cognitivo, que permite al sujeto conocer el mundo. El ser humano organiza su conducta, pensamientos y emociones en base a una adaptación al medio ambiente a través de las estructuras psicológicas que toman diversos aspectos según la edad. Al igual que en el desarrollo psicosexual descrito por Freud, los estadios de Piaget pueden ser flexibles y de transición gradual, de acuerdo a las edades cronológicas y a las mismas diferencias individuales, medioambientales y sociales (Piaget e Inhelder, 1969).

El estadio I, sensoriomotor (0-2 años en la infancia) el bebé conoce al mundo por sus sentidos, es egocéntrico. Al principio no actúa sobre las cosas, sólo las observa, comienza a aparecer el juego simbólico (Flavell, 1960), depende de sus reflejos para interactuar, aparece la imitación, se comienza a desarrollar los esquemas corporales, se da cuenta de la diferencia entre el yo y el medio ambiente (Ginsburg y Opper, 1968). Al desarrollar la capacidad simbólica tiene un nuevo instrumento de cognición, al poder evocar hechos que no están presentes.

En el estadio II llamado operacional (2-7 años en la niñez) sus cogniciones simbólicas, sustituyen o representan acontecimientos o cosas ausentes, los niños de 4 a 7 años son egocéntricos, presentan tres tipos de lenguajes: repetición, monólogo y monólogo colectivo (i.e. soliloquio que los demás no escuchan), aún no se desarrolla el juicio moral.

Posteriormente en la etapa III operativa-concreta (7 a 11 años, intermedia de la niñez), se cambia el lenguaje colectivo a socializado, el juego toma un carácter social, se establecen reglas, se desarrolla la cooperación, la competitividad, gestándose la conducta moral (Ginsburg y Oppen, 1968).

En la adolescencia se presentan las operaciones formales (11 a 15 años), donde el pensamiento hipotético-deductivo (reorganización estará presente hasta el final de la vida, permitiendo al adolescente cuestionar, probar y desarrollar su propia escala de valores (Flavell, 1960), también se puede razonar sus actividades académicas, discute en familia y la sociedad, cuestiona frecuentemente la religión y la moral (Monroy, 1985). Por medio de dicha propiedad puede distinguir entre lo real y lo ideal, debido a que puede imaginar (estrategia cognitiva) la realidad dentro de las posibilidades (pensamiento hipotético-deductivo), también se encuentra presente el egocentrismo, que le lleva a un idealismo ingenuo "Omnipotencia del pensamiento", dándole la posibilidad de vivir el presente y el futuro, posee un mundo conceptual del yo y la vida con planes futuros (Flavell, 1960). El pensamiento abstracto del adolescente tiende a un equilibrio, es flexible y eficaz, permitiéndole imaginar las diferentes

posibilidades de una situación por medio de la organización interior, analiza los problemas antes de actuar por medio de las hipótesis para obtener deducciones, facilitando enfrentarse a la vida (Ginsburg y Oppen, 1968). Pero esas cogniciones pueden hacer que el adolescente al vivir el presente, piense que vivirá un futuro similar, evitándose por tanto conceptualizar (Blum y Resnick, 1982).

Al finalizar la adolescencia, las estructuras cognitivas se hallan formadas, teniendo en el futuro pocas modificaciones en su nivel de equilibrio (Ginsburg y Oppen, 1968; Piaget e Inhelder, 1969).

Todos estos cambios psicológicos, biológicos y cognitivos llevan al adolescente a comportarse de determinada manera según su medio ambiente, lo común es la integración de grupos para desarrollar habilidades, roles, identificarse y realizarse, también se fantasea e intelectualiza, provocando posiblemente desubicación temporal y concebir al futuro como difuso y confuso, son comunes los desequilibrios emocionales, la aparición de la conducta sexual y la separación progresiva del medio familiar (Gesell, 1956; Monroy y cols., 1985).

2.3. EL ADOLESCENTE Y LA INFLUENCIA DEL MEDIO SOCIAL.

El ser humano es social, lo que permite satisfacer sus diversas necesidades biológicas, psicológicas y sociales (Sánchez, 1974). El hombre ha desarrollado todo un sistema social con una organización política, un cuerpo instituido (gobierno por lo general) y un orden normativo (valores y normas), éste último une el aspecto social con el cultural

para regular los procesos y las relaciones sociales; dentro de la moral se involucran los juicios de valor de lo bueno y lo malo (Katchadourian y Lunde, 1972), y por medio de la legitimización se justifican los derechos y prohibiciones (Parson, 1966).

Según De Moya (1981) existe un carácter represivo en la sociedad, por ejemplo la sexualidad y la religión de orden coartan la conducta del adolescente por medio de la moral. La persona tiene un desarrollo moral en tres niveles cognitivos: se ve afectado por las consecuencias de su conducta y obedece por la influencia de los demás para no ser castigado o bien ser aprobado (i.e. nivel preconvencional), posteriormente toma conciencia de lo que se espera de él, cumple expectativas para ser apropiado (i.e. nivel convencional), y por último se orienta a lo que él piensa que es correcto, desarrollándose entonces la conciencia (i.e. nivel post-convencional).

Para mantener un orden social se hace uso de diferentes canales como la familia, presión social, escolar, grupo de pares, religiosa, legal y de los medios de comunicación, principalmente (McCary y McCary, 1967; Monroy, 1985).

Es durante la adolescencia cuando se agudizan los conflictos, por un lado existe una ambigüedad y contradicción entre lo que se quiere y promueve (Noshpitz, 1985), y por el otro, el adolescente en sus cambios se tiene que ajustar a nuevos papeles y situaciones que no están bien definidos, por lo que se perciben como más complejos a los de la niñez, sintiéndose en una situación ambigua (Powell, 1963), lo que le puede orillar a confusiones, frustraciones e inadaptaciones

(Monroy y cols., 1985).

La conducta sexual del adolescente tiene inmersa mas ambigüedades y contradicciones, tal es el caso de la tradición grecolatina que aprueba la conducta sexual masculina y no la femenina (Alvarez y Mazin, 1983), se promueve el sexo por medio de la comunicación masiva y se le censura fuera del matrimonio por una sobrevaloración de la virginidad, se sitúa a la mujer en un nivel social inferior (Reich, 1932). Así mismo, se encuentra una clara asociación con el sistema monogámico y la propiedad privada, característicos del capitalismo.

Es por medio de la sociedad (mas en la burguesa) que se trata de contener la conducta sexual de la juventud, bajo un rubro moral de abstinencia hasta el matrimonio, pero tal situación puede llegar a provocar tensión sexual (i.e. pulsión sexual reprimida) y con ello disminuir el desempeño laboral. Para Reich (1932) el comenzar a vivir moralmente en la sociedad es empezar a reprimir la vida sexual, conllevando a la "miseria sexual".

Por lo tanto, la sociedad por sus características normativas ejerce influencias en la conducta del adolescente, sobre todo en el campo sexual.

2.3.1. LA CULTURA Y EL ADOLESCENTE.

Como ya se citó con anterioridad, el ser humano en esencia es un ente social, que necesita de la interacción de su medio para su sobrevivencia, pero que a la vez crea patrones que regulan su conducta y pensamientos, un producto de dicho

proceso es la cultura.

La cultura es una serie de manifestaciones, actitudes, valores e ideologías de un pueblo, donde están presentes la religión, política, economía y por tanto la regulación de la conducta. Desde el nacimiento, la cultura está presente en la persona, al asignarsele el sexo social (varón o hembra), las personas que rodean al nuevo ser adoptan actitudes propias hacia el bebé, como es el color de ropa, nombre, tipo de juguetes, tratos y cuidados, etc. (Alvarez y Mazin, 1983).

Pero las prácticas culturales en relación al sexo social no son estáticas, por tanto fueron cambiando a través del tiempo, desarrollándose de diferente manera en cada grupo social, pero siempre regida por normas éticas y sociales para la población, incluyendo a los adolescentes (Alvarez y Mazin, 1983).

Por largo tiempo el sexo fue tema privado y vergonzoso, algunas de sus explicaciones eran de carácter mágico: al pene se le asociaba al sexo y orina, en tanto a la vagina como sexo y surgimiento de vida, lugar divino; mientras que al sexo como función reproductora, castigando a quien no se apegara a las normas, tal es el caso de los Espartacos y Hebreos, quienes llegaban a matar a la mujer que abortaba, incluyendo a las más jóvenes, no importando entonces la edad sino el acto (Semmens y Krantz, 1970).

Se han hecho investigaciones importantes que revelan los diferentes patrones sexuales de diversas culturas, como son los estudios de la antropóloga Margaret Mead en la tribu de los menús, donde el padre trataba igual a los hijos de

diferente sexo que se encontraban desnudos, o el cambio de niña a adolescente en que, la puber, se le comunicaba en un islote al presentarse la menarca, o bien no existía motivo para romper el matrimonio por un desliz de la novia puber, pero si se adelantaba la fecha del matrimonio. Todo ello se puede explicar por el tipo de normas, pues el código sexual manó se basaba en el derecho de propiedad, verdad y temor de los espíritus, mas no el respeto de la relación íntima, aspecto divergente a algunas sociedades actuales (Mead, 1968).

Otra comparación cultural, es la ritualización en el inicio de los periodos menstruales, en algunas sociedades antiguas de Euroasia (Andameses), África (Dayomeyanos, Ila, Nama, Swasi, Zulões), Norteamérica (Alent, Araphos, Cheyennes, Fox, Maricopa), Sudamérica (Matacos, Toba) y Oceanía (Marshallese), en las cuales la joven se le aislaba y recibía instrucciones del acto sexual por mujeres adultas, posteriormente, se le desfloraba y mutilaba genitualmente (se ponían horcas negras en la vulva o se agrandaban los labios genitales por viejos impotentes en Ponape y Oceanía), en seguida se realizaban baños de purificación y publicamente se le vestía como una mujer adulta (Ford y Beach, 1969).

Por tanto se puede observar que la sexualidad en los adolescentes ha sido regulada por las diferentes sociedades y tiempos, aún en la actualidad existen diferentes normas de acuerdo al medio en que se desenvuelva la persona. Así como los rituales y mitos son albergados por la sociedad.

Por su parte, la cultura mexicana siempre ha tenido un lugar especial para el adolescente y como éste experimentará

su sexualidad.

Desde la época precolombina ya se le rendía culto a la sexualidad, con diversas manifestaciones en sus prácticas o costumbres sexuales, y siempre estando pendiente de las normas y costumbres a seguir, sobre todo en los jóvenes.

La moralidad de los pueblos mexicanos era severa, debido a que la sexualidad era otorgada por los dioses y por tanto prevalecía la vigilancia para que su práctica fuese moderada.

En el análisis de la cultura sexual mexicana, Martínez (1985) plasma esa moral punitiva cuya esencia proviene de los antepasados, menciona que los mayas realizaban el caputzihuil (rito) para conmemorar la entrada de la vida sexual de los jóvenes, dándoles a los varones a fumar hojas de tabaco y a las mujeres a aspirar las flores como símbolo de juventud. Al mismo tiempo los aztecas veneraban a la Diosa de la carnalidad "Tlazolteotl o Tlaelquani", a quien se le pedía perdón por medio de un sacerdote que imponía castigos según el grado de la falta, yendo desde el ayuno hasta traspasarse la lengua, orejas y/o pene con una espina de maguey, para luego introducirse varas de mimbre.

La mujer azteca recibía orientación sexual desde los 12 años, para que fuera una buena esposa.

En las diferentes culturas precolombinas, el número de parejas sexuales variaba, debido a que el matrimonio se le consideraba como una institución de gran importancia. La única cultura monogámica fue la maya, las restantes eran polígamas; Nahoas (siempre y cuando cultivara un campo por mujer), Mixtecas y Zapotecas (quienes podían tener las parejas que

quisieran, sólo se respetaba a la primer esposa, las demás eran mancebas), Tarascos (para los guerreros se les concedía esposa por cada hazaña lograda), y los Aztecas (para quienes el matrimonio era la base y conservación de la raza, sin importar el número de parejas).

Ante la conquista española y la catolización de los indígenas, el matrimonio paso a ser monogámico, reconociéndose sólo a la primer persona y manejándose el concepto de sexo únicamente en el campo marital, asociación que prevalece en la actualidad, de ahí que el adulterio sea un gran pecado y la virginidad sea una gran cualidad femenina en las adolescentes.

Cabe señalar que la moral cristiana implantada a los indígenas por los españoles, coincide en esencia en los aspectos sexuales manejados por los pueblos precortesianos, por tanto al establecerse por medio de una religión un código moral sexual no se engendró grandes sublevaciones.

Para el siglo XVIII o XIX, todo lo relacionado a la sexualidad estaba claramente especificado, aceptando el sexo sólo si se practicaba en el seno conyugal y con fin reproductivo. Por tanto la cultura mexicana se matizó con la moral victoriana, siendo famosa en esos tiempos la "sabana santa" que tenía un orificio para permitir la entrada del pene, el lienzo cubría el cuerpo virgen de la mujer en su noche de bodas y tenía un bordado que decía "Señor Jesucristo, no es por vicio ni por fornicio, es para hacer un hijo a tu santo servicio" (Martínez, 1985, p.62).

En el siglo XX se dió un giro debido a que todo lo relacionado a la sexualidad se estiló desde aspectos

políticos. Es así como el I Congreso Feminista de 1916 realizado en México, promulgó la necesidad que la mujer manejara su vida y su sexualidad por medio del conocimiento de su propia naturaleza. En poco tiempo se agruparon ligas femeninas por el apoyo del Gobernador Felipe Carrillo Puerto, quien además trató de llevar a cabo programas informativos para la población en general sobre temas como el control natal, la higiene y el divorcio (Martínez, 1985).

Para 1923, en la ciudad de México se realizó el I Congreso Panamericano de Mujeres donde se discutió la anticoncepción, la infancia, el amor libre, así como los derechos políticos y sociales de la mujer mexicana.

Tales eventos sólo llegaban a una parte de la población, hasta 1934 cuando el titular de la Secretaría de Educación Pública (SEP) Narciso Bassols dió a conocer el Primer Proyecto Nacional de Educación Sexual Formal con bases en la biología y la reproducción.

A nivel educativo, en 1958 Alfredo Cuevas propuso un curso de "Sexualidad Humana" en la Facultad de Psicología que fue aprobado sólo para la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. aunque a nivel particular comenzaron a germinar instituciones de orientación para la planificación familiar, es así como en 1969 se funda la Asociación Mexicana de Sexología, la primera institución médico-científica en latinoamérica, que con el tiempo amplió sus áreas a trabajo social, sociología, psicología, etc. para investigar, difundir e impartir educación sexual (Martínez, 1985).

Es evidente la línea política en aspectos culturales, así

como, el manejo de la sexualidad en programas nacionales y particulares, como se observa en el sexenio de Luis Echeverría (1970-1976) quien en su campaña política, manejó la consigna "poblar para gobernar", no obstante durante su gobierno se apoyó el control demográfico por intereses políticos internacionales. En ese sexenio se creó la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

AMES tiene como objetivos concientizar a la población de que la sexualidad es una actividad placentera y responsable, así como cambiar los estereotipos sexuales; mientras que CONAPO, desarrolla programas nacionales en la planificación familiar y la educación sexual (en aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales) para promover el bienestar familiar. A pesar de la creación de instituciones de carácter público y privado para la educación sexual, cuyos programas iban dirigidos a la población general, se requirió brindar más atención al sector adolescente que ya padecía problemas sociales y, en cantidad ya era una parte significativa, por lo que en 1978 se creó el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) con el objetivo de educar en el campo sexual al adolescente para fomentar un desarrollo armónico en los aspectos biológicos y sociales (Martínez, 1985).

Es bajo la línea política que la educación sexual llega a toda la República Mexicana por lo que, en la actualidad, numerosos pero no suficientes organismos públicos y privados intentan que culturalmente la sexualidad humana sea libre, respetuosa y responsable. Sin embargo tal situación no es la

misma para otras naciones que pueden ser mas permisivas o estrictas (Ford y Beach, 1969) pero que finalmente intentan controlar la práctica sexual, especialmente la del adolescente, por ejemplo en el pasado en América Latina la persona al llegar a la pubertad se le debía casar (Walters y Walters, 1980), sin embargo algunos patrones son mas flexibles en la actualidad para algunas sociedades como el abrir los canales de comunicación en temas sexuales, el manejo de estereotipos sexys, la práctica sexual premarital, etc. (Bronstein, 1980).

Los cambios culturales citados, acontecieron de manera gradual y es hasta el presente siglo donde los temas sexuales fueron tratados abiertamente por medio de diferentes canales v.gr. el arte, la pintura, el cine, la televisión, el radio, la literatura, etc. Aunque es innegable que a pesar de la libertad sexual aún existen fuertes instituciones, como la sociedad, las leyes, la familia y la religión, que de manera sutil o ambivalente regulan la conducta del adolescente, lo que le conflictúa entre el querer y el deber, lo que siente y lo que esperan de él.

2.3.2. LA RELIGION Y EL ADOLESCENTE.

Se entiende por religión a todas aquellas creencias, sentimientos y comportamientos referidos a un ser supremo, mediante las cuales los grupos y personas tratan de responder a las interrogantes últimas sobre el sentido de la vida y la suerte (Montero, 1987). Se debe identificar que actualmente existen dos orientaciones políticas; la religión de orden y la

subversiva.

La religión de orden es una orientación vertical, transmundana e individualista en pro de los sectores sociales dominantes y conservadores. Su función principal es alienante al negar el papel histórico del individuo y dejar la última decisión del destino a Dios, promoviendo por tanto una pasividad política. En tanto que la religión subversiva es una orientación horizontal, intramundana y comunitaria, efervescente de los sectores oprimidos y de los regímenes progresistas, este tipo de orientación religiosa lleva al sujeto a cuestionar vertientes sociopolíticas que violen algún derecho político humano, buscando así mismo el cambio o transformación como exigencia práctica de la fe (Montero, 1987).

Una vez que se ha establecido las diferencias entre estas dos orientaciones políticas actuales de la religión, es necesario hacer un esbozo general de la historia de la religión y su moral para comprender como lo orientación vertical (de orden) se ha desarrollado a través del tiempo, rigiendo indudablemente la conducta sexual del pueblo en general, pero en especial la de los jóvenes.

Se hace especial hincapié a la religión de orden por ser una parte intrínseca en la cultura latinoamericana, encontrándose por tanto mayor información de la misma y ser una orientación reguladora de la conducta.

Según Allport (1950), "los sentimientos religiosos surgen de las necesidades, intereses, temperamento, racionalidad o como respuesta cultural" (cit. en Powell, 1963,

p.321). Es así, como los preceptos y actitudes religiosas han cambiado, pero siempre regulando la conducta sexual.

En las tribus Israelitas la poligamia era legal, pero al quedar personas sin pareja se dió lugar a la monogamia (McCary y McCary, 1967). Al desarrollarse la moral judeo-cristiana en las leyes mosaicas, se necesitó de tribus mayores, dándole al acto sexual el objetivo reproductor, que se aprecia en el Antiguo Testamento y el Talmud (Katchadourian y Lunde, 1972). Durante el siglo III a.C. Alejandro el Grande le adjudicó al sexo las características de culpa y condenación (Rizzo, 1968 cit. en McCary y McCary, 1967).

Al formar parte de la Iglesia, los Griegos y Romanos, aceptaron la tradición judía de sólo considerar como descendencia legítima a los hijos que eran producto de una unión conyugal, aunque dicha tradición se aisló por los Griegos y Romanos en pro del Estado, mientras que los Judíos en nombre de Dios. Sin embargo las relaciones extramaritales y la prostitución siguieron presentándose (Katchadourian y Lunde, 1972).

Es hasta el año 56 d.C cuando Pablo, el primer cristiano en hablar de la moralidad sexual, promovió el matrimonio para los débiles incapaces de abstenerse sexualmente, evitando así la fornicación y considerando el celibato como un estado moral supremo. Posteriormente en el periodo Patristico de San Agustín, a la sexualidad se le calificó como pecaminosa aún dentro del matrimonio. El caso extremo fue el de Santo Tomás de Aquino con su "Sama Teológica, donde se especificaba con lujo de detalle todos los aspectos y prácticas sexuales

unadas a una estricta moral sexual. En la reforma protestante, Lutero atacó severamente el celibato por no ser un estado natural del hombre, dando pie a grandes libertades que se frenaron en el siglo XV con la época victoriana llena de puritanismos severos e inflexibles a favor de la estabilidad familiar; el placer no era un fin apropiado y menos para las mujeres "decentes", sólo era una obligación marital, es por ello que la virginidad era pureza, sobre todo en las púberes. El matrimonio en el siglo XVIII se volvió cada vez mas una institución que servía para poblar e incrementar la fuerza laboral (Katchadourian y Lunde, 1972), sin embargo Reich (1932) considera que la religión al darle a la sexualidad el carácter de reproductor en el seno institucional de la familia, faltaba a la verdad, de serlo así, obvio es que la humanidad habría desaparecido.

Es innegable que la religión posee fuerte control en los aspectos sexuales: condena el aborto, las relaciones extramaritales, preconyugales, el divorcio, sólo por mencionar algunos aspectos manejados v. gr., en los 10 mandamientos de la Ley de Dios: no matarás, no fornicarás, no deseearás la mujer de tu prójimo, entre otros. Tales censuras se encuentran claramente manejados en los diversos proverbios, eclesiastés, evangelios o cartas dirigidas a los Romanos, Corintios, Gálatas, Efesios, Filipenses y Hebreos, escritos en la Biblia.

Es así como se va vislumbrando un aspecto de la religiosidad popular, denominado fatalismo que surge por la necesidad de dar sentido a una situación histórica inamovible.

El fatalismo es la comprensión de la existencia humana, donde el destino de todos está predeterminado y los acontecimientos ocurren ineludiblemente. Dentro de los principales rasgos que promueve el fatalismo se encuentran el conformismo, la pasividad y la estática del presente (al no concebir la situación de forma histórica).

Es así como en la sociedad mexicana se refuerzan los patrones de adaptación de carácter pasivo y conformista (Montero, 1987) por medio de organismos socializadores como la Iglesia.

Para algunos autores, la Iglesia y su moral sexual se basaba en el temor del pecador con respecto a su merecido futuro (Taylor, 1978), para otros, es una institución nefasta de clases (Reich, 1932) por ser una aparato coercitivo del sistema capitalista. Lo cierto es que como fuerza ideológica influye en la sociedad y por tanto en el adolescente, dándole, patrones específicos de abstinencia y castidad, por tanto de control social.

La religión como producto social también se ha renovado con el tiempo, pues según el sacerdote Alberto Munera (1988) la moralidad cristiana en la actualidad acepta que al amar al ser humano se ama a Dios, se respeta el carácter del adolescente, asimilando e incorporando las aportaciones científicas, reconoce la presencia de una base neurofisiológica del placer en tálamo, hipotálamo y mesencefalo que al estimularse eléctricamente se experimenta placer, dichos conocimientos permiten establecer juicios morales acordes a la sexualidad del adolescente,

Justificándose como:

"Un impulso vital de entrega, de comunicación, de respeto, de aprecio a la persona con que se establece la relación, organiza valores de trato benevólo, no violento de apoyo mutuo, de colaboración. Estos son valores cristianos" (Munera, 1988, p.25).

La castidad se deberá entonces considerar bajo el contexto de cada persona, sociedad, edad, educación y parámetros culturales.

Es bien sabido que la religión aún posee el poder e influencia en la conducta del adolescente, pues sigue presente fuera de él (Tordjman, 1987). Al respecto McCormick, Izzo y Folcià (1985) realizaron un estudio en una población rural en Nueva York, encontrando que el joven religioso tenía experiencias sexuales anteriores a las nupcias, además de que también se observa la, cada vez menor, influencia de la religión en el desuso de los métodos anticonceptivos, estos datos son valiosos para conocer la trascendencia real de la religión pero sin perder de vista que se trata de una población con cultura y nivel de desarrollo diferentes al de México. Aunque Dulanto (1985), encontró que en la provincia mexicana los patrones culturales se están modificando pues el adolescente religioso mantiene prácticas sexuales antes de unirse a la pareja, aunque las oculta para evitar compromisos sociales porque, de lo contrario, al verse descubierto o presentarse el embarazo el adolescente se puede ver implicado en el matrimonio, algún problema legal, el rechazo y destierro de la pareja por su comunidad y la misma familia.

2.3.3. LA FAMILIA, GRUPO DE PARES Y EL ADOLESCENTE.

Por su carácter histórico la familia es el núcleo indispensable para el desarrollo humano, tanto en su supervivencia como en su crecimiento (Sánchez, 1974).

Entre las funciones básicas que lleva a cabo la familia están el cuidado y la seguridad (emocional, física y de salud), ayudar a la persona en el proceso de socialización e individuación (la familia es el principal agente trasmisor de normas, valores, patrones de conducta social y sexual), proveer de afecto, enseñar conductas acordes a la cultura, fortalecer la personalidad, y dar un status social, principalmente.

Según Monroy (1985) son dos las maneras como en la familia se pueden inculcar las normas sociales: la verbalización y las acciones, la primera es emitir de forma oral los valores éticos, comportamientos y actitudes establecidas de manera social; mientras que la segunda opción mas bien son los ejemplos de los padres con sus conductas y patrones (i.e. sociales, culturales y sexuales) que son imitados por los hijos.

Los patrones y las conductas emitidas son importantes en la formación de la persona y su entidad sexual, se ha observado que en la mayoría de las culturas la conducta materna tiene mayor influencia que la paterna en las actitudes sexuales de los hijos (McCary y McCary, 1967), quizás se pueda explicar por la cantidad y calidad de tiempo en la interacción

con los hijos. Otra influencia es la formación de la persona, por medio de la figura de los padres, es la concepción religiosa y su respectiva práctica (Lutz, 1988; Powell, 1963).

Los miembros de una familia interactúan y dependen unos de otros para ubicar las necesidades básicas antes citadas, pero ese "ser y depender" puede existir de diversas maneras, conformando diferentes tipos de familias de acuerdo a su estructura y función. La teoría de sistemas las divide por su estructura en: nuclear (ambos padres e hijos integrados, que viven bajo el mismo techo), extensas (padres, hijos y familiares de algún progenitor, que viven en el mismo lugar), separadas o divorciadas (cuando hay muerte o abandono de algún cónyuge y el cargo lo tiene una persona), y compuesta o reconstituida (cuando un cónyuge había tenido una relación anterior y cuyos descendientes puedan estar o no viviendo bajo el mismo techo).

Dentro de la estructura familiar, existen diferentes roles, quienes organizan, guían, obedecen o mandan; para Reich (1932) dicha división de poderes, dentro de la familia, es un reflejo de "un taller del orden social burgués", porque a los integrantes se les enseña obediencia y sumisión al padre, como autoridad y representante del Estado, función que se sigue manteniendo porque los hijos dependen moral y económicamente de los padres, así como éstos del Estado.

La familia se va desarrollando y los papeles tradicionales se deben ir modificando de acuerdo a los intereses y formación social de los miembros, por ello cuando a la familia llega la adolescencia se presentan frecuentemente

fricciones, debido a que el adolescente quiere dirigir su vida, escoger sus amistades, carrera, oficio, estilo de vida, vestimenta, formar alguna relación emocional; en una palabra " ser ellos mismos ", provocando en la atmósfera familiar conflictos y ambivalencias tanto para los progenitores como para los adolescentes. Por una parte los padres quieren que sus hijos sean maduros, adultos, responsables e independientes, pero al mismo tiempo se resisten a perder su posición de padres (control y poder), en tanto que los hijos buscan su independencia para vivir su vida a su vez dependen de muchas cosas que proveen los padres v. gr. hogar, cariño, dinero, apoyo, etc. (Semens y Krantz, 1970), tales circunstancias agudizan el conflicto generacional al no existir la comprensión y comunicación necesarias, desafiándose las normas tradicionales por parte del adolescente (Flavell, 1960; Ginsburg y Oppen, 1968).

Es precisamente con la presencia de la adolescencia en la familia cuando ésta vive una etapa trascendente (Rojas, 1988), en comparación con las demás etapas que menciona Estrada (1987): el desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el re-encuentro y la vejez que en su totalidad componen el ciclo vital de la familia. Dentro del ciclo, los papeles que juega cada uno de los miembros van cambiando y se deben ir ajustando las normas y autoridades directrices, es entonces necesario que ante la presencia del adolescente el sistema familiar deba ser mas flexible, no por ello fácil para los padres, quienes acostumbrados a su papel de protectores olvidaron su papel de pareja, por lo que los

desubica la independencia de los hijos. En cuanto a los hijos adolescentes, es común que cuestionen su rol familiar, desarrollen su estructura personal, ideas, conductas, conceptos, normas, actitudes, etc.; al mismo tiempo que se percatan de los errores de sus padres y a quienes les cuestionan su autoridad (Rojas, 1988). Al romperse la estabilidad familiar, tal vez sea el momento que se necesitará renegociar las reglas de autoridad, así como aceptar que los hijos con su desarrollo comiencen un proceso de individuación, según Rojas (1988). Sin que por ello, la familia pueda dejar de influir en la transmisión de los estilos de vida, pensamientos o actitudes sexuales.

Es novedoso observar como la comunicación en la familia y la conducta sexual del adolescente puedan estar relacionadas, en este aspecto Schofield (1971) en una investigación realizada con jóvenes, encontró que los que se llevaban bien con sus padres tuvieron menos experiencias sexuales premaritales, mientras que el alto índice de mujeres adolescentes embarazadas provenían de hogares rotos y sin comunicación entre los miembros.

Muchos de los problemas familiares de padres e hijos pueden ser solucionados por medio de una comunicación abierta, clara y franca que permita explicar los prejuicios y respetar las decisiones a las que se lleguen (McCary y McCary, 1967). Contrariamente a las características comunes de la familia mexicana donde la comunicación es mínima (Riding, 1985), además existen roles y costumbres ya determinados constituyendo, en esencia, familias amalgamadas.

Aunque el tipo de familia mexicana no es un modelo de estructura nacional general, si reúne algunas características comunes aún con las familias latinoamericanas, como es la influencia religiosa (Pardo, 1984), que por sus creencias, costumbres y supersticiones constituye una parte intrínseca de la cultura familiar, prueba de ello es que el 93% de los mexicanos ha sido bautizado aunque no sean personas devotas sino simplemente creyentes, pues con el paso del tiempo parece decrementar la influencia de la religión (Riding, 1985). No obstante, la mayoría de la población latinoamericana es cristiana, pues la iglesia católica es una de las instituciones con mayor peso social (Montero, 1987).

Para la mayor parte de los mexicanos la familia es el eje de su vida, no la escoge al nacer y en pocas ocasiones la puede reestructurar en esencia, debido a que la familia es una institución estratificada por el poder, la jerarquía, lealtad y sumisión con reglas previamente establecidas (Riding, 1985). Además se rigen todos sus miembros bajo conceptos como la interdependencia e identidad familiar, pues cada miembro es responsable de los demás sin tener que romper con la posición jerárquica de cada uno, es por ello que los problemas y la conducta social de cualquiera de sus miembros es regida desde el seno familiar (Pardo, 1984). Con lo que "cada subsistema familiar tiene funciones específicas y hace demandas específicas a sus miembros" (Eisenberg y Villegas, 1987, p.9).

La interdependencia de la familia tradicional continúa aún cuando se han casado los hijos (que hasta ese momento se consideran como adultos) por medio de la cercanía física,

alojamiento y/o apoyo económico (Eisenberg y Villegas, 1987).

La interdependencia es considerada como "amalgamiento", que se hace referencia cuando los miembros actúan como si cada uno fuera parte del otro; característica de la cultura mexicana que se presenta en diferentes estratos socioeconómicos. Dicho amalgamiento complica las relaciones y funciones dentro de la familia, no permitiendo establecer idónea y claramente los límites interpersonales, característico entre padres e hijos adolescentes, induciendo frecuentemente a desajustes familiares e incapacidad de los miembros para estructurar sus propias relaciones fuera del hogar (Eisenberg y Villegas, 1987; Pardo, 1984),

Otro problema común en la familia mexicana, es la ausencia paterna y por tanto la excesiva influencia materna, aunado a los problemas de reciprocidad sexual entre los progenitores (Eisenberg y Villegas, 1987). Entonces la mujer al ser rechazada como amante y esposa se focaliza a los hijos, en especial a los varones que serán su apoyo y aliados contra el padre, por tal motivo al separarse los adolescentes de los padres la progenitora apoya o trata de mantener su autoridad como madre, por ser su único papel o el desempeñado menos mal (Riding, 1985).

Tal vez muchos valores de la cultura mexicana basan la cotización femenina en la imagen materna; sobreprotectora, tierna y afectuosa con los hijos (Díaz-Guerrero, 1967), abnegada y autosacrificada en el hogar, además de ser la fuerza y soporte familiar al ser responsable, confiable, solucionadora de los problemas, controladora del entorno

emocional, mediadora con la autoridad y proveedora de las pautas actitudinales y conductuales de los hijos (Riding, 1985). Curiosamente la madre inculcará lo mismo a su hija, por medio de la que empezará a vivir nuevamente los roles en el hogar, la maternidad, fidelidad, etc. (Eisenberg y Villegas, 1987), es entonces como la hija, en su familia de origen, la van adiestrando para su futuro hogar al encargarse del cuidado de sus hermanos menores (Riding, 1985).

La madre al ser el soporte familiar, satisfaciendo todas las necesidades de los hijos, conforma lo que se conoce como familias uterinas (Eisenberg y Villegas, 1987) muy comunes en las áreas rurales y urbanas de clase media o baja en México.

El estereotipo materno, como se mencionó con anterioridad, se ha manejado culturalmente a través del tiempo, es así como la mujer precolombina debía de poseer ciertas aptitudes hogareñas y de control, como es el caso de la esposa azteca que era responsable de el 100% del aseo, sostén y mantenimiento del hogar, al igual que de la formación de los hijos. Su papel se circunscribía a ser escogida u ofrendada por los padres, ser procreadora, sumisa, abnegada, fiel y capaz de sostener un hogar. A la llegada de los españoles se reforzó su castidad y virginidad sobre todo para las jóvenes, a quienes se les motivaba para llegar a ser como la virgen María (Eisenberg y Villegas, 1987), idea relativamente vigente, pues aún en algunas celebraciones eclesiásticas o civiles a los contrayentes se les menciona la epístola de Melchor Ocampo, redactada en el siglo XIX, donde se especifican las cualidades femeninas que deberá tener o

tratar de alcanzar la esposa, sus derechos y obligaciones dentro del seno conyugal (Riding, 1985). Aunque en el presente han habido cambios significativos en las premisas histórico-sociales de las familias mexicanas en el tipo de relación, tanto de la pareja como entre padre e hijos. Por una parte la mujer tomó un papel más activo dentro de la sociedad y la productividad, deslindándose del estereotipo materno y estableciendo relaciones recíprocas de pareja; por otra parte, los hijos, ya no obedecen tan ciegamente a sus padres, sobretodo los adolescentes mexicanos que desafían las costumbres, preceptos religiosos, actitudes sociales y sexuales, e incluso la estructura familiar (Díaz-Guerrero, 1967). A pesar de los cambios sociales el amalgamamiento continúa, pues aún cuando el adolescente cuestiona a los padres en su afán por independizarse, desafía su autoridad, prefiere a los amigos o la pareja, se minimiza su participación en actividades familiares, vive fuera del hogar o se casa, los progenitores, generalmente la madre apoya y aconseja al hijo inexperto que aún necesita de la protección familiar (Eisenberg y Villegas, 1987; Pardo, 1984; Rojas, 1989).

Los amigos después de la familia, son los medios de socialización más importantes, es por medio de ellos que existe la identificación individual y grupal; se crean lenguajes, posiciones sociales en el grupo, se elaboran actitudes y expectativas hacia la vida. Precisamente por sus características propias de búsqueda, son los adolescentes el blanco fácil de los medios masivos de comunicación, que en su

afán por "identificar" a la población adolescente les crean "necesidades" de grupo (Sennens y Krantz, 1970).

En el grupo de pares el individuo se asocia con otras personas que son aproximadamente de su misma edad y estatus social (Bronn y Selznick, 1968).

Se sabe que para el adolescente el amigo es un compañero que se le puede contar todo, comprender y ser comprendido, de quien no se necesita defender, ocultar o engañar (Ginsburg y Uppor, 1968), pero es también en el grupo de pares donde puede existir presiones de toda índole, que le ponen a prueba para permanecer o adquirir un status en el grupo, un ejemplo claro se ha observado que en algunas colectividades se le presiona a la pareja para mantener o iniciar relaciones sexuales premaritales con el fin de romper con los parámetros culturales establecidos, por lo que si bien en algún tiempo era digno de permanecer virgen, en la actualidad para algunos grupos de adolescentes puede ser vergonzoso (Lutz, 1988). Según Riesman se incrementa la tendencia a orientar y dirigir los actos por la influencia del grupo de amigos (o pares), por lo que se está convirtiendo en una de las agencias más importantes que vinculan al individuo con la sociedad (Bronn y Selznick, 1968).

Por lo tanto el grupo de pares es una agencia socializante que representa un sistema de recompensas y castigos, de aprobación y desaprobación.

2.3.4. LOS MEDIOS DE COMUNICACION Y EL ADOLESCENTE.

Innegable es el poder de los medios masivos de

comunicación, pero de acuerdo al tipo de sociedad van a adquirir su propia forma. Entonces en una sociedad capitalista su objetivo se centrará en el consumo y para lograrlo se requiere de estímulos que atraigan al público, una beta de oro es el manejo de la sexualidad que si se asocia a la fuerte carga emocional provocada por los mitos y tabúes, tendrá asegurado su éxito publicitario (Alvarez y Mazin, 1983).

El éxito publicitario de los medios masivos de comunicación se basa en un proceso de comunicación denominado persuasión (desuso de la fuerza), el cual presenta información que lleva al receptor a reevaluar su percepción del medio y por consiguiente, reevalua tanto sus necesidades como la forma de satisfacerlas, sus relaciones sociales, creencias y actitudes (Rivers y Schramm, 1969). Además de un mecanismo de acción que según Berelson (1948) "algunos tipos de comunicación sobre algunas clases de problemas sometidos a la atención de cierto tipo de gente, en condiciones determinadas, tienen cierto tipo de efectos" (McQuail, 1969, p. 24).

Pero ¿Qué hay con la población a la cual va dirigida la publicidad?. Se encuentra que la mas vulnerable son los adolescentes que estan en búsqueda de una identidad, por lo que se les "Bombardea" indiscriminadamente con temas sexuales; libertad sexual, las maravillas del sexo, los estereotipos sexuales; entre otros, por medio de la pornografía, canciones, literatura, revistas, películas, programas, soda, etc. Toda esta influencia le lleva al adolescente a afrontar realidades para las cuales puede aún no estar preparadas (Duarte, 1988; Monroy, 1985).

Es asombroso observar como los medios de comunicación proveen mas información sexual que los amigos, familiares, escuela o progenitores, lo que no se sucedía en el pasado (Barrios, 1988), pero que de acuerdo a su manejo la información puede crear confusiones al ser falsa, deformada, irreal y sobrosa, en comparación con la escasamente recibida por la familia o la misma escuela (Monroy y cols., 1985).

La prensa, radio y T.V. por medio de sus gigantescas campañas publicitarias ha manejado nuevos valores o estereotipos para que el adolescente sea "sexy"; por un lado al comprar artículos superfluos e innecesarios se incrementará su atractivo sexual, éxito y popularidad, aunque por el otro deberá mantenerse dentro de ciertos márgenes para no verse implicado en problemas sexuales (McCary y McCary, 1967). Las personas que no se apegan a tales imágenes podrán sentirse incompletos o marginados por sus compañeros (Schofield, 1971).

El éxito comercial de productos superfluos se debe a que son creados para los adolescentes, quienes por su parte son los principales consumidores de; el 42% de discos y tocadiscos, el 37% de bicicletas y motocicletas, el 29% de cosméticos y productos de tocador, el 28% de las localidades cinematográficas. Además se dedican grandes campañas y numerosos espacios dentro de los medios masivos para promover sodas, artistas o cantantes juveniles (Schofield, 1971). de tal forma se propician pautas de respuesta que serán imitadas por los adolescentes por medio de la observación, buscando así una identidad y sentido de pertenencia hacia su grupo de pares

o la misma sociedad.

Por lo a pesar de ser el centro principal de la publicidad, el adolescente se enfrenta a una realidad llamada desempleo y subempleo, debidas a las limitadas oportunidades laborales, la inadecuada preparación, escasas fuentes de trabajo digno o bien remunerado, así como las limitantes legales. Tal situación es tajante en los países en vías de desarrollo, donde sólo el 20% de la fuerza productiva son personas menores de 19 años (Boletín de Planificación Familiar, 1987), al mismo tiempo que es una situación desubicante para los adolescentes que están en búsqueda de un papel específico a desempeñar dentro de la sociedad; por lo que se les provoca una crisis existencial con la consecuente devaluación del autoconcepto y la desadaptación social, que les orilla a asimilar y vivir problemas sociales fuertes como desempleo, violencia juvenil, farmacodependencia, alcoholismo, desintegración familiar, deserción académica, muertes, embarazos precoces y no deseados, abortos, etc. (Monroy, 1985), aclarándose que ésta no es la única causa para que germinen los problemas sociales citados.

De tal suerte que bajo dichas características de desubicación social urbana se presenta, la adolescencia, como un fenómeno de larga duración que quizá se deba al ritmo de vida, la prolongación de los estudios y por tanto la dependencia económica (Semmens y Krantz, 1970).

2.3.5. LA LEGISLACION Y EL ADOLESCENTE.

Como se ha observado el medio social influye en la

conducta del adolescente sobre todo en el campo de la sexualidad, donde es necesario su regulación por medio de reglas, costumbres, la moral, la religión, la familia e incluso la legislación.

La legislación es "... el proceso por medio del cual uno o varios organos del Estado formulan y promulgan determinadas reglas jurídicas de observancia general, a las que se les da el nombre específico de leyes ..." (García, 1952, p.52). La legislación también ha estado en constante cambio, como producto de la separación del derecho con la moral y la religión, iniciándose el proceso legislativo y la aparición de los primeros códigos.

Las leyes deben estar acordes a las necesidades y tiempo específicos de una sociedad determinada, aunque en algunas por su rigidez quede distante de la realidad, v.gr. se puede notar con los cambios realizados en la Suprema Corte de E.U., donde, en el pasado, no se aceptaba los matrimonios interraciales o se podía, por vía legislativa, esterilizar a una mujer cuyos descendientes fueran mas de una vez ilegítimos; o bien, el prohibir el sexo premarital, extramarital, bucogenital, la homosexualidad y la prostitución, sin embargo era alta su incidencia (McCary y McCary, 1967).

En cuanto a la legislación mexicana, en su tarea por regular o sancionar la conducta sexual creó artículos que variaban de acuerdo a cada Estado de la República Mexicana, como se puede observar en el código civil y penal revisado en 1953 y vigente en la actualidad, pero que en general

penalizaban los ultrajes a la moral pública y las buenas costumbres, los atentados al pudor, el estrupo, la violación, el contagio sexual premeditado, el adulterio, el aborto, el lenocinio, la infracción contra la salud pública, la corrupción de menores, la prostitución, la homosexualidad (sodomía), el rapto de menores, incesto, entre otros. Tales faltas no son las únicas sancionadas, sino que son las relaciones con el adolescente y sus derechos ante la vida sexual, pudiéndose apreciar la reducida cantidad de artículos enfocados al tema y que se presentarán a continuación.

Dentro de los principales artículos se encuentra el 262 del código penal, sancionándose a quien tenga cópula (por seducción o consentimiento) con una mujer menor de 18 años "casta y honesta", se le aplica de un mes a tres años de prisión y multa de 50 a 500 pesos, aunque si el acusado se casa con la mujer ofendida no existe delito que perseguir (art. 263 del código penal, 1953).

Se sanciona el rapto de personas menores de 16 años (art. 268 del código penal), aceptando el enlace civil como cesación de la falta (art. 270 del código penal, 1953).

Se castiga el incesto con pena de uno a seis años de cárcel (art. 272 del código penal).

A pesar de numerosos enfoques y disputas, el aborto está prohibido en la mayor parte de los países capitalistas y severamente castigado (Reich, 1932), creando ambigüedades como la promulgada por la Suprema Corte de E.U. que en 1973 dispuso se realizará sólo como decisión personal y médica durante el primer trimestre de embarazo y, en algunas ocasiones, con

el consentimiento de los padres o esposo en caso de que la mujer sea menor de edad o personas solteras (McCary y McCary, 1967).

En la legislación mexicana se sigue condenando el aborto por los artículos 329, 330, 331 y 332 del código penal, pudiéndose practicar sólo en casos de violación o imprudencia de la mujer embarazada (art. 333 o cuando haya peligro de muerte para la gestante, siempre y cuando esté debidamente justificado con la prescripción médica (art. 334 del código penal, 1953).

A pesar de que en "... 1983 el gobierno de Miguel de la Madrid propuso que se despenalizara el aborto, como primer paso lógico para enfrentar el problema ..." (Riding, 1985, p. 303), la reacción conservadora de los ciudadanos no lo permitieron por lo que siguió vigente su sanción legislativa y su rechazo social.

La violación se sanciona con el artículo 266 si lo efectuó una persona, y el artículo 266 bis (ambos de código penal) si fueron dos o mas personas.

En caso del adulterio, sólo será castigado si éste es consumado (art. 275 del código penal y art. 267 del código civil, 1953).

En cuanto a los hijos nacidos fuera del matrimonio, sólo se les puede reconocer de manera voluntaria por parte del progenitor (art. 360 del código civil), en caso que el progenitor sea menor de edad, sólo se podrá reconocer con el consentimiento del tutor legal (art. 362 del código civil), y se le puede anular si el motivo es perjudicar al menor de edad

(art. 368 del código civil). Una vez que se reconoce al hijo por uno o ambos progenitores, éste tiene derecho a llevar los apellidos de los padres, a recibir la porción hereditaria y los alimentos que la ley fije (art. 389 del código civil).

Al analizar los artículos penales y civiles anteriores, se puede apreciar que están poco apegados a la realidad o carecen de seriedad al emitir sentencias infimas no acordes a las consecuencias físicas y/o psicológicas, que por sí fuera poco, tienen atenuantes como la unión con alguien desconocido (v. gr., violador).

El código civil y penal de la República Mexicana es limitado, se requiere de cambios en aspectos obsoletos y en conductas no tipificadas, como "... la responsabilidad paterna ante la inseminación artificial ..." pues en el plano legal al no engendrar físicamente a ese ser no tiene obligaciones ante él, o el hecho de minimizar la capacidad en la toma de decisiones y responsabilidades del adolescente (Martínez, 1985) y reconocerla hasta la mayoría de edad, como si la madurez y responsabilidad se presentarían de manera mágica, mas no como un proceso continuo que va a estar influido por diversas circunstancias.

De ahí la importancia que la ley se apege y actualice a la realidad y tiempo de la sociedad donde se practique, considerando al tipo de población, paralelamente a la graduación del nivel de penalización y multa.

III. ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SEXUAL.

"No vaciles pequeña niña; no eches a perder tu futuro. Antes de ser madre debes ser una mujer"

Gen Myers.

Es importante estudiar la sexualidad en la adolescencia para tener claro algunos fenómenos que están en ascenso a nivel mundial, como es la actividad sexual antes y fuera del matrimonio, el adulterio, el aborto, embarazos no deseados y hasta problemas de tipo social: alcoholismo, pandillerismo o farmacodependencia. Estos problemas se están propagando más en la población adolescente que ocupa una proporción importante, siendo en 1985 en América Latina superior al 20% de la población total, y esperando que para el año 2020 la población juvenil mundial se incremente a 128 millones, de los cuales 26 millones serán mexicanos (Morris y cols., 1987). Ante la magnitud de tal realidad y del número de personas expuestas, es conveniente analizar la conducta sexual para poder comprender al adolescente que aún no está preparado para afrontar los problemas.

Por tanto, el capítulo III se enfocará al estudio de las relaciones sexuales, sus motivos, circunstancias y posibles repercusiones, centrando el análisis a la población femenina que constituye el centro de estudio en la presente tesis.

Dentro de los estudios realizados en el campo sexual se encuentran en 1905 los de Freud, quien fue el primero en hablar del tema, en 1948 Alfred Kinsey dió la pauta para nuevas investigaciones como la realizada en Francia por Pierre Simón en 1972; De Morton Hunt en E.U.; en Inglaterra Michael Schofield en 1965; enfocando sus estudios a los adolescentes; en 1950 Asamaya Yamoto asesinado por sus investigaciones en Japón. Similarmente, en América Latina hubo dos intentos de investigación que por deficiencias metodológicas perdieron validez, uno en México y otro en Venezuela (Alvarez y Mazin, 1983).

Uno de los temas de mayor polémica es la edad de inicio a la vida sexual, así como este punto tiene importancia también lo tiene la madurez emocional y sexual, las exigencias sexuales individuales, el nivel de motivación hacia el acto sexual, la influencia de la sociedad (familia, medios de comunicación, religión, etc.), la relación y entendimiento de la pareja, pero sobre todo la propia decisión del adolescente (Tordjman, 1987).

La participación del adolescente en la relación sexual no es fácil, pues los motivos así como las influencias son fuertes y contradictorias (Toro, 1988), escogiendo de manera consciente o inconsciente entre el impulso y la acción, el deseo y el temor, lo aceptable y lo reprochable, y entre el placer inmediato y sus consecuencias (Semmens y Krantz, 1970).

Según Cassorla y Knobel (1988) con el comienzo del acto sexual se comienza una etapa de duelo, característico por conductas psicópatas de defensa contra los problemas

personales, prejuicios negativos, rechazo y marginación provocando, a veces, cuadros depresivos transitorios, reactivos y/o enmascarados. Lo que se encuentra directamente relacionado con las actitudes, comportamientos, cogniciones, creencias, pensamientos y percepciones acerca del sexo, según Ellis y Harper 1976; Maultsburt, 1975; Zastrow, 1983 (cit. en McCary y McCary, 1967).

3.1. LA ABSTINENCIA SEXUAL.

Los motivos que ofrece la adolescente para abstenerse de las relaciones sexuales son variados. McCary y McCary (1967) encontraron que en una población de estudiantes preuniversitarios el 60.6% de las mujeres enumeró que la principal causa de abstencionismo fueron los preceptos religiosos, a diferencia de las opiniones masculinas que ubicaron a tal justificación en noveno lugar. En contrapartida Bronstein (1980) manifiesta que no son los cánones religiosos tan fuertes como el temor a un embarazo, el rechazo de la futura pareja y la sobrevaloración de la virginidad por las propias mujeres. Sin embargo, Schofield (1971) descubrió que en una población adolescente de 596 hombres, el 19% no realizó el coito por no saberlo, y de 769 mujeres no lo efectuó el 40% por causas morales, aunque para ambos sexos el 17% fue por miedo al embarazo y el 9% por su religión.

Quizás las diferentes investigaciones realizadas aporten datos que describen una realidad parcial, bajo un espacio y tiempo determinado, sin pretender olvidar que la cultura puede

influir en las cogniciones, actitudes, emociones y conductas de los adolescentes.

3.2. SEXUALIDAD PREMARITAL EN LA ADOLESCENCIA.

Para el análisis de las relaciones sexuales premaritales se debe tener en cuenta que el término premarital no es el más idóneo, porque después del acto sexual no necesariamente acontece el matrimonio o la unión consensual (Semmens y Krantz, 1970), aunque se referirá, por ser común su uso, a aquellos actos sexuales anticipados y cuyos acontecimientos no se realizan dentro de una unión institucionalizada ya sea legal, religiosa o formal (unión libre), teniendo o no planes de unión futura o inmediata.

La actualidad se ve caracterizada por el ascenso de las relaciones sexuales premaritales, debiéndose a múltiples factores como; la maduración a edades más tempranas ya que la menarquia se presenta en cada generación 10 meses antes, influyendo el tamaño corporal, peso físico, edad somática y acumulación de grasa en el cuerpo. También es importante el determinante social; el alargamiento de la vida académica permitiendo retrasar, a los adolescentes y personas en general, su unión y vida conyugal. El cambio ideológico de la vida sexual impregnado de cierta libertad, los estilos y ritmo de vida, la participación activa en la vida económica y social del hombre y la mujer, llevando al adolescente a confusiones indelebles (Acuña, 1988; Tordjman, 1987). Aunque tal postergación marital con la práctica de las relaciones sexuales, la falta de orientación y toda una serie de factores

ambientales, pueden llevar al adolescente también a uniones o embarazos prematuros (Zavala cit. en Ordorica, 1982).

Algunos autores consideran que existe una relación en la disminución de edad en la primera relación sexual, cada vez mas notable en las mujeres, asociandose obviamente con un nivel académico menor (Hasselbach, 1980). Kinsey observó en diferentes muestras de personas menores de 16 años, en Inglaterra, que el 32% de los hombres y el 19% de las mujeres ya han tenido experiencias sexuales, en Francia sólo el 2% de las mujeres y el 8% de los hombres, en Japón sólo el 2 de las mujeres y el 1% de los varones (Alvarez y Mazin, 1983). En un estudio realizado en el D.F. en 1985, se registró que el 24% de los hombres y el 8% de las mujeres, menores de 18 años, ya habían tenido relaciones sexuales (Boletín de Planificación Familiar, 1987), por su parte Morris y cols., comentan que en 1987 la edad promedio de la primera relación sexual para las mujeres es de 17 años y para los hombres es de 15.7 años, datos obtenidos de una pequeña muestra del D.F.

Los porcentajes citados de la edad de inicio a la primera relación sexual evidencian diferencias sexuales entre el hombre y la mujer, a pesar de los cambios sociales (McCary y McCary, 1967). Otra desigualdad es el concepto de compañero sexual, pues las adolescentes manifiestan que su primera relación sexual la mantuvieron con su novio o prometido, en tanto que el varón dice que fue con una amiga (Morris y cols., 1987). Por su parte, el motivo que les llevó a tener su primera relación sexual, fue para el adolescente el apetito sexual (46%), curiosidad (25%) y no lo supieron (12%), sin

embargo la mujer adolescente manifestó que fue por enamoramiento (42%), apetito sexual (16%) y curiosidad (13%). Por último, existen mas hombres que mujeres que llevan una vida sexual activa, y es común que la mujer tenga una o pocas parejas sexuales, a diferencia del hombre (Schofield, 1971).

Una vez que el individuo adolescente experimenta su sexualidad es vivenciada con diferentes manifestaciones, que de manera gradual puede o no llegar al coito. En cuanto a los estudios realizados sobre la conducta sexual, Masters y Johnson (1975) indican que la palpación es una forma de comunicación tierna, mayor a la misma necesidad sexual (cit. en McCary y McCary, 1967). Schofield (1971) relata que el primer contacto sexual es el beso simple, luego se encuentran los besos profundos (francés), la estimulación de senos, genitales y el contacto intergenital sin penetración, hasta el coito, dichas conductas se puntualizaron en un estudio realizado con personas de ambos sexos de 15 a 19 años, donde:

- el 7% de las mujeres y el 15% de los hombres no habían tenido relaciones sexuales;
- el 24% de las mujeres y el 23% de los hombres sólo tuvieron besos simples;
- el 20% de las mujeres y el 13% de los hombres habían tenido estimulación de senos sobre la ropa;
- el 16% de las mujeres y el 12% de los hombres tuvieron estimulación de senos sin ropa;
- el 12% de las mujeres y el 11% de los hombres habían practicado la estimulación genital;
- el 9% de las mujeres y el 6% de los hombres tuvieron

contacto intergenital sin penetración pene-vagina y el 12% de las mujeres y el 20% de los hombres llegaron al coito.

Lamentablemente dicha investigación sólo registra los tipos de conducta sexual dentro de la pareja adolescente y no hace referencia a la calidad de relación o antigüedad de la pareja, pues en algunas culturas tales factores son determinantes.

A pesar de los cambios actitudinales en relación al sexo, da la impresión que sólo existen transformaciones en la práctica sexual de los adolescentes antes de unirse, pero no en su actitud como hombres o mujeres.

Además al parecer existe insatisfacción en la primera relación sexual, ya que sólo 4 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres gozaron su primera experiencia sexual según Katchadourian y Lunde (1972), se puede explicar por factores como la inexperiencia o el buscar llenar vacíos emocionales, pretender la popularidad, retener al compañero, etc. Y es por la misma falta de satisfacción que se pueden crear sentimientos de culpa, autodesvalorización, rechazo de la pareja, la familia y la misma sociedad (Cassorla y Knobel, 1985).

Aunque al experimentar el acto sexual antes de institucionalizar una relación de pareja (matrimonio o unión libre), le permite a la persona revelar a su compañero sus preferencias, incompatibilidades o anomalías sexuales (evitando futuros fracasos), también puede tener la alternativa de explorar el carácter y sentimientos,

facilitando por ende la comprensión y acercamiento de la pareja (Tordjman, 1987).

3.2.1. FACTORES CONTRIBUYENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

En este apartado sólo se mencionarán las causas principales que se consideran contribuyentes para que una joven se embarace, aunque no se niega que cada adolescente de acuerdo a sus características específicas tendrá mayor o menor riesgo al embarazo, además de que se ha encontrado que no es sólo una causa sino la combinación de varias las que propician dicho evento en la vida de algunas adolescentes.

De ninguna manera se pretende formar estereotipos, pero se ha observado en algunas investigaciones que las adolescentes embarazadas presentan rasgos de personalidad comunes.

Las características de personalidad en las adolescentes embarazadas de mayor frecuencia son los sentimientos de fatalismo y alienación, poca autoestima e inmadurez cognocitiva (Black y De Blassie, 1985; Silber, 1985), y falta de asertividad (Tolbert, 1988). Además de que habitualmente el embarazo se sucita cuando la adolescente busca en su pareja atención, protección, afecto y comprensión (Noshpitz, 1985).

Es muy probable que haya cierta porción de subjetividad rosántica en el noviazgo (Sánchez, 1974), propiciando diversos desequilibrios emocionales al enfrentarse a una realidad no esperada, ya que la mayoría de las mujeres confiaron en la promesa de su pareja de que no las iban a embarazar, al mismo tiempo que se percibían como muy jóvenes para vivir ese evento

y, en algunas ocasiones, accedieron a tener relaciones sexuales para evitar el rechazo o rompimiento con la pareja (Black y De Blassie, 1985; Duarte, 1988; Tolbert, 1988).

Un factor importante que favorece el acto sexual y el embarazo son las condiciones económicas y por tanto sus repercusiones sociales, se ha observado que el embarazo premarital ocurre con mayor frecuencia en las mujeres urbanas; cada vez mas chicas de edad, que tienen problemas sociales, económicos y educativos, la mayoría de estas personas ya se han unido con un hombre, en promedio a los 15.5 años de edad (Budger cit. en Black y De Blassie, 1985; Mojarro, 1986).

Las adolescentes de poco nivel educativo tienen mas probabilidades de quedar embarazadas, así como de formar uniones consensuales (Riding, 1985), por lo que el embarazo será mas probable que se aplace en la mujer de mayor nivel académico (Prada y cols., 1988), aunque este fenómeno tal vez cambie por el desarrollo económico o la región donde habite la adolescente.

Conforme a las investigaciones efectuadas, parece que existe una relación indirecta entre el nivel económico y el educativo, que a su vez son factores desencadenantes a otros problemas que enfrentará la adolescente embarazada, como el decremento en las posibilidades de fuentes de trabajo, el hacinamiento, la prostitución, la formación de familias numerosas e inestables, etc. (Duarte, 1988), observando que este fenómeno no acaba ahí sino es cíclico.

La familia es un eslabón mas, pues se ha detectado que la mayoría de las adolescentes embarazadas provienen de hogares

deshechos, inestables, con desórdenes emocionales, divorcios, separaciones (Cassorla y Knobel, 1988) y enfermedad o muerte de alguno de los progenitores (Gordon y Gordon, 1959). Realmente constituyen familias conflictivas con problemas médicos, sociales (depresivas, alcohólicas, prostitución), donde los vínculos de comunicación son mínimos o se encuentran rotos (Riding, 1985; Silber, 1985).

Este fenómeno se presenta mucho en el Caribe donde, sumándose a lo anterior, la virginidad está en desuso desde los padres, que por tanto no pueden exigir a sus descendientes lo contrario, y en algunas ocasiones la madre misma apoya el embarazo de la adolescente para tener ingresos económicos al hogar, sin embargo usualmente ocurre lo contrario, pues un bebé implica mas gastos que el genitor no podrá solventar por su corta edad y desempleo (Carta Latinoamericana no.4, 1985; Tirbani, 1986).

La percepción que se tiene de los padres es crucial, ya que en algunos estudios se encontró que, en su mayoría, a las madres se les describe como dominantes, competidoras, retantes, con relación simbiótica y ambivalente hacia su hija, en tanto que al padre se le considera poco afectivo, débil, pasivo o ausente (Estrada, 1987). Inclusive los sentimientos que se tengan por los padres son significativos, pues muchas adolescentes se embrazan por despecho, venganza o emulación hacia sus padres, desafiando la autoridad y los cánones sociales al mismo tiempo (Black y De Blassie, 1985; Duarte, 1988).

Un factor relevante que repercute en el embarazo precoz

es la falta de educación sexual y por tanto el desconocimiento de la existencia, variedad y uso de métodos anticonceptivos, por lo que es común que la persona alcanza su edad fértil y posteriormente, en algunas ocasiones, llega a tener acceso a información sobre la anticoncepción. En 1977 la Federación Internacional de Planificación Familiar calculó que en el mundo las 3/4 partes de los adolescentes menores de los 15 años, no tenían acceso a programas informativos y educativos en sexualidad (Paxman, 1986; Reynoso, 1986).

Hofman (1984); Blum y Resnick (1982) indicaron que la mitad de las mujeres adolescentes de su estudio no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, por falta de conocimiento, y según McCormick, Izzo y Folcik (1985) y Morrison (1985) las personas que supuestamente usaron algún método anticonceptivo recurrieron a procedimientos "mágicos" (uso de limón, vinagre, té, sidra o alcohol aplicado a la vagina, u orinar posterior al coito), o bien utilizaron métodos de bajo nivel de efectividad (v.gr. naturales: coito interrumpido, ritmo, etc.), la falta de conocimiento e ineffectividad propiciaron un alto índice de embarazos no deseados. Es común escuchar, de las adolescentes, el disgusto en el uso de métodos para controlar la natalidad por considerarlos ineficaces o temen que no haya espontaneidad, romanticismo o placer (McCormick, Izzo y Folcik, 1985).

En una investigación mexicana realizada por Morris y colaboradores en 1987 con personas menores de 18 años, se exploró que las razones dadas por el desuso de los métodos anticonceptivos en la primera relación premarital fue, en

primer lugar, que el 43.2% de las mujeres y el 56.2% de los hombres no esperaban tener relaciones sexuales, en segundo lugar la falta de conocimientos de algún método anticonceptivo con un 24.7% de las mujeres y un 30.8% de los hombres, posteriormente fueron los deseos de un embarazo, pensaban que ella no se podía embarazar, derivaban la responsabilidad a la pareja, creían en la ineffectividad de los métodos anticonceptivos, no sabían donde obtenerlos ni estaban preparados para usarlos.

3.3. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.

A pesar de que en la adolescencia se suscitan cambios en la anatomía y la fisiología de la mujer, regularmente aún no se encuentra preparada para la reproducción, sin embargo es común constatarlo.

El embarazo durante la adolescencia está modificando el ascenso notable de las estadísticas, "cada año alrededor de 15 millones de adolescentes llegan a la maternidad antes de haber completado su desarrollo físico y emocional" (Boletín de Planificación Familiar, 1987, p.2), lo que llega a constituir realmente un problema social (Ibañez, 1981; Lutz, 1988).

La fecundidad latinoamericana de 15 a 19 años no es tan alta como en África, Asia suboriental y la India (Molina, Romero y González, 1985), no por ello tal realidad es consoladora, pues en el caso de México, la concepción premarital se ha incrementado del 19% en 1976 al 22% en 1982 (Mojarro cit. en Carta Latinoamericana no.4, 1985).

El embarazo precoz es difícil, mas que nada, porque es un

fenómeno que coincide con una etapa de la vida llena de cambios físicos, biológicos y emocionales; que darán lugar, por una parte, a una modificación en la gestación, evolución, parto y crianza (Kably y cols., 1982); por otra, a una inestabilidad emocional adjunta a su inmadurez por lo que proporcionará riesgos para la relación en la díada madre-hijo (Avila, 1984; Brair y Goldman, 1971; Prada y cols., 1988).

También es importante apreciar la autoimagen de la adolescente, muy cuidada durante este periodo en el que aún no se ha completado su imagen y esquema corporal, cuando comienza a haber cambios como crecimiento de mamas y vientre, situación que le incomoda ante las personas, estimulando en la persona sentimientos de culpa, rechazo y soledad. Estos cambios bruscos y repentinos desubican a la adolescente, quien percibe su pasado lejano y el futuro lleno de sombras u obstáculos (Tordjman, 1987).

Los informes de la UNESCO (1986) marcan mas complicaciones y problemas en mujeres menores de los 20 años que se relacionan al ámbito psicológico, social, de salud, económico y demográfico, consecuencias que van mas allá de la adolescente llegando a trascender al bebé, compañero, miembros de la familia y la sociedad.

3.3.1. REPERCUSIONES DEMOGRAFICAS.

Las tasas de nacimientos de bebés, de madres solteras estan alcanzando cada vez niveles mas altos, aunque según Nojarro (1986) manifiesta que hubo una reducción en la

fecundidad de 1977 a 1982 por la aceptación del programa de planificación familiar en México. Pero se sabe que existen ascensos de la tasa mundial de nacimientos, aspecto que se ve favorecido por las personas que cohabitan con la pareja (estén casadas o en unión libre) al tener un rango más amplio de fertilidad, mayor actividad sexual, poco espaciamiento entre cada uno de los hijos, principalmente.

En el mundo anualmente nacen aproximadamente 125 mil millones de bebés, de los cuales del 10 al 15% son hijos de mujeres menores de 20 años (Monroy, 1985). Balduin (1980) afirma que en 1977 el 1.3% del total de nacimientos fueron de adolescentes, a nivel mundial.

Los nacimientos de bebés mexicanos cuyas progenitoras son adolescentes contribuye en un 37% de la tasa total (Carta Latinoamericana no.4, 1985), en tanto que en el Caribe casi la tercera parte de los nacimientos anuales son de progenitoras adolescentes, de las que la mitad son menores de 17 años (Morris y cols., 1987).

Y se calcula que en los países en subdesarrollo en 1990 habrá más de un billón de personas entre 15 y 19 años que estarán listas para reproducirse, pero no maduras para enfrentar nuevos retos con la crianza de sus descendientes (Monroy y Martínez, 1986).

Es evidente, que las estadísticas son alarmantes y que además fluctúan cada año y en cada región, pero existen aún más repercusiones graves y sustanciales para los individuos.

3.3.2. REPERCUIONES BIOLÓGICAS.

La edad reproductiva femenina está favorecida por las características específicas de cada mujer, pero existe un período idóneo donde los riesgos para madres e hijos son mínimos, en América Latina este período, comprende de los 20 a los 29 años (Orran, 1985), por ende la mayoría de los estudios diagnósticos que las adolescentes embarazadas constituyen una población de alto riesgo.

De acuerdo a las tasas de mortalidad mundial, las complicaciones relacionadas con el embarazo son la primera causa de defunción en mujeres de 15 a 19 años (Boletín Informativo del ICAF, 1987). En América Latina y el Caribe las complicaciones del embarazo, parto y puerperio están dentro de las primeras 5 causas de mortalidad adolescente, porque los problemas de salud de estos países aún siguen siendo fuertes como son: las enfermedades infecciosas, parasitarias y los accidentes (García y cols., 1985), lo que no minimiza el problema.

En el año de 1981 en México se le registró como quinta causa de defunción en mujeres menores de 24 años, por las complicaciones obstétricas directas con una tasa del 6.86% (INEGI, 1984), aunque para 1983 la Dirección General de Estadística e Informática situó en cuarto lugar a las complicaciones perinatales y con un 7.5% la mortalidad de las adolescentes (SSP, 1986). Aunado a la morbimortalidad, se ha originado un ascenso en las enfermedades de transmisión sexual, cáncer cervicouterino en etapas posteriores de la vida, abortos, o hijos no deseados, con complicaciones

inesperadas (Pérez y Torres, 1988; Population Bulletin, 1985; Senanayake y Monroy, 1987).

Una de las causas frecuentes de morbilidad es indudablemente el aborto, porque la adolescente se expone a riesgos de salud importantes, en caso de practicárselo, pues al ser ilegal en México, se realiza en lugares clandestinos de condiciones profesionales e higiénicas mínimas o inexistentes, además de que comúnmente se recurre cuando el embarazo está avanzado (segundo trimestre gestacional). En 1981 en la ciudad de México se registraron 2127 fallecimientos en mujeres entre 15 y 44 años por aborto (Velázquez, 1985), cifra realmente limitada pues no se incluyeron los del resto de la República Mexicana o aquellos abortos que tuvieron éxito, i.e. los anónimos realizados en instituciones públicas, privadas o en el hogar.

Cuando el embarazo termina en aborto puede traer consecuencias de salud presentes y futuras o ser exitoso, pero cuando prosigue la gestación se califica de alto riesgo, aplicando complicaciones materno infantiles en la salud, sociales y psicológicas (Monroy, 1985; Pérez y Torres, 1988).

La primiparidad precoz denota toda una serie de patologías donde las más comunes, durante el embarazo, se encuentran la alteración del peso materno (exceso o déficit), toxemias más frecuentes en mujeres menores de 14 años (Aznar y Lara, 1967; Population Bulletin, 1985), infecciones del tracto uterino, síntomas de parto prematuro (Molina, Romero y González, 1985), eclampsias y preclampsias de diferentes tipos, distocias, rotura prematura de membranas, retraso del

crecimiento intrauterino, colestasis intrahepática del embarazo, dilatación lenta, trabajo de parto prolongado, infección ovular, prolapso del cordón umbilical, placenta previa, lesiones del canal de parto; vagina y periné (por desgarros debidos a la falta de distensibilidad de los tejidos en mujeres jóvenes), es común la desproporción cefalo-pélvica y la anemia, todo lo anterior puede provocar sufrimiento fetal intraparto, parto prematuro y muerte perinatal (Aznar y Bennett, 1961; Aznar y Lara, 1967; Molina y Romero, 1985; Pérez y Torres, 1988; Keynoso, 1986).

Es frecuente el uso de fórceps para las manobras de rotación, lo que comunmente ocasiona hemorragias, anemias, infecciones postparto, endometritis, infecciones que se siguen a la perineotomía (Molina y Romero, 1985). Tales problemas se registraron en mujeres de diversas partes del mundo (UNESCO, 1986), pero es de mayor concurrencia en la población tercer mundistas (Tordjman, 1987).

México no permanece exento de tal realidad, esto se constató en un estudio realizado en 1976 donde la muestra adolescente tuvo mayores riesgos en la ruptura de membranas; toxemia, utilización de fórceps, lesiones vaginales y trabajo de parto prolongado (Ruiz y cols., 1976), otro estudio reportó un 24.6% de toxemias, 8.8% de rupturas prematuras de la membrana, 2.4% amenazas de aborto, 2% de infecciones en las vías urinarias, 1.2% de embarazos prolongados, 0.4% placentas previas y 0.4% de hiperemesis en mujeres menores de 18 años (Kably y cols., 1992).

Las consecuencias biológicas van mas allá del embarazo y

parto, afectando al bebé en aspectos médicos e índices de mortalidad. La mortalidad perinatal es un indicador del riesgo reproductivo y de la oportunidad-calidad de intervención médica (Velázquez, 1985).

El Hospital Central Militar Mexicano en 1976, encontró que en el servicio prestado a 576 adolescentes, el 4.17% sucumbió por complicaciones perinatales (Rutz y cols., 1976) y, a nivel nacional, la ONU declaró que en el mismo año el porcentaje de nacimientos vivos fue de 15% para madres menores de 20 años, fenómeno que también se presenta en Argentina, el Salvador, Brasil y Chile; países con diferentes porcentajes pero con las tasas más altas en Latinoamérica en mortalidad infantil (Orran, 1985).

Se ha registrado que los hijos de adolescentes tienen mayor incidencia al bajo peso (menor de 2,500 gr.), sean maduros o partos prematuros (Boletín Informativo del ICAF, 1987), presentan hernia umbilical o inguinal (Aznar y Bennett, 1961), de apgar bajo, con infecciones congénitas, trastornos respiratorios, membrana hialina, traumatismos obstétricos y sus consecuentes problemas neurológicos (Molina y Rosero, 1985), y en muchos casos la mortalidad durante el primer año de vida del bebé (McCary y McCary, 1967; Tolbert, 1988), aunado a los problemas sanitarios comunes en América Latina y el Caribe, como la diarreas y las complicaciones respiratorias (Orran, 1985).

La mayoría de los hijos de madres adolescentes, poseen puntajes bajos en su Coeficiente Intelectual <C.I.> (Tal vez por mala nutrición y falta de cuidados perinatales), que se

puede relacionar con un inadecuado desarrollo emocional, social, con deficiencias cognitivas y escolares en el futuro del bebé (Black y De Blassie, 1985).

A los bebés que nacen de bajo peso se les asocian con los defectos congénitos, problemas físicos y mentales, presentándose a este cuadro la epilepsia, parálisis cerebral, ceguera, sordera, retraso mental, hiper o hipoactividad (Monroy y Martínez, 1986; Tolbert, 1988).

Es numeroso el acervo científico que asevera dichas complicaciones en la adolescente y su hijo, pero también existen estudios que reportan lo contrario, como el realizado por el Dr. Barrios (1988), quien en Colombia descubrió que el 89% de los partos de mujeres menores de edad fueron por vía vaginal, los bebés pesaron de 2,500 a 3,500 gr. y no hubo patologías obstétricas. Otra investigación es la realizada en Chile, registrándose que en los niños nacidos de adolescentes tampoco tuvieron complicaciones y sólo hubo dos casos de apgar bajo (Molina, Romero y González, 1985), un estudio más es el de Kably y cols. (1982) quienes reportaron un 55.6% de desproporción cefalopélvica y el 74% de los bebés al nacer pesaron entre 2,500 y 3,500 gr.

Muchas de las complicaciones del embarazo y parto se pueden explicar no necesariamente por la edad de la madre, sino por la atención prenatal (Mednick cit. en Monroy, 1985), pero tal vez con un cuidado prenatal apropiado se puede tener iguales o mejores condiciones al resto de la población femenina (Rossa, Fitzgerald y Carson, 1982), sin embargo se calcula que en un 60 a 80% de los partos se efectúan sin los

cuidados prenatales básicos (Paxman, 1986), y es cada vez mas insuficiente la asistencia social en comparacionn al número total de personas en México.

3.3.3. REPERCUSIONES SOCIALES.

Ya se han mencionado las consecuencias demográficas y biológicas del embarazo o parto tanto en la adolescente como en su hijo, pero pueden ser mayores las sociales o las psicológicas.

Es conocido que la adolescente al saberse embarazada se enfrenta a nuevos problemas, que van desde la crianza y cuidados del infante, los problemas con la familia, grupo de pares y el mismo compañero, hasta las limitaciones ante futuras oportunidades de vida (Baldwin, 1980; Tordjman, 1987).

Ante el embarazo en la vida del adolescente es importante la reacción y postura familiar, pues al recibir el apoyo de la misma, la menor de edad puede reestructurar su vida, tal vez al seguir un ritmo de vida similar al anterior; estudiando o trabajando mientras le ayudan a cuidar al bebé en el mejor de los casos, o bien ser rechazada por sus actos, y hasta no recibirla mas en el hogar. Un claro caso, se sucitó en el Caribe donde el 55% de las mujeres menores de 17 años embarazadas emigraron de sus casas y no encontraron solución a sus problemas (Carta Latinoamericana no.4, 1985), esa misma situación puede encaminar a la mujer a problemas sociales fuertes como la prostitución, alcoholismo, depresión y autodestrucción, por mencionar algunos. Comunmente esta situación crea resignación y sentimientos de fatalismo,

congruente con los intereses de progreso y modernización social e individual (Montero, 1987).

Ante la presencia de un descendiente, algunas adolescentes tienen ante sí nuevas opciones, i.e. casarse o estar soltera, dar al bebé en adopción o criarlo como hermano o hijo (Bronstein, 1980), ante la crianza se enfrenta a otras tantas consecuencias negativas de las esperadas.

La inmadurez de la adolescente y los constantes cambios en el estado de ánimo (o de la joven pareja) impide propiciar un buen desarrollo psicosocial al niño (Badger, 1974). En relación a lo anterior, Lissovoy's encontró en una muestra norteamericana que las jóvenes parejas son impacientes, insensibles, irritables, frustradas y por tanto propensas a usar el castigo físico hacia los hijos y la pareja (cit. en Walters y Walters, 1980). Es evidente que existe una muy alta probabilidad de maltrato o descuido por parte del adolescente hacia su hijo, porque aunado a las presiones sociales, económicas y familiares, el producto no fue deseado o planeado en la mayoría de los casos (Molina, Romero y González, 1985). Como consecuencia de dichas situaciones difíciles, se ha visto en casos extremos que al pequeño se le asesina (generalmente por asfixia poco después del nacimiento) o a mediano plazo se le castiga corporalmente, se le tortura (no dándole de comer), se le quema, golpea, humilla, rechaza o abandona, que por lo mismo se le crean al niño grandes traumas psicológicos, y por tales vivencias quizá esta persona tenga altas probabilidades de formar parte de la población social problemática de psicópatas, alcohólicos, drogadictos o

delinquentes, aunque no se debe olvidar que el medio social influye, al igual que no es una línea que se presente en todas las personas, por tener una alta incidencia (Uriza, 1988).

No hay que perder de vista que la mayoría de las adolescentes se encuentran fuera del vínculo conyugal, lo que posiblemente les exente de las prestaciones sociales (IMSS, ISSSTE, etc.) acudiendo en muy pocos casos a los servicios médicos particulares y, en la mayoría, a instituciones de beneficencia pública (Aznar y Lara, 1967), de lo contrario llevan su embarazo y crianza bajo condiciones infimas, provocando graves problemas biológicos ya mencionados.

Otra desventaja, es el derecho limitado a la protección legal a la madre adolescente y su hijo, agravando su situación social y económica (Molina, Romero y González, 1985; Monroy, 1985).

Hace algunas décadas en E.U. el embarazo era un motivo de expulsión académica porque la adolescente gestante podía "contaminar" a sus demás compañeras (Powell, 1963), es hasta junio de 1963 que se modificó su sistema escolar al admitir a la adolescente bajo un programa especial durante su embarazo, aceptándola nuevamente en el sistema regular después de su parto (Hasselbach, 1980). A pesar del apoyo de programas institucionales y familiares, la adolescente que salía adelante con una aparente "madurez" manifestaba que se percibía como demasiado joven para tener responsabilidades mayores (Molkind y Kruk, 1985). Los problemas escolares todavía son fuertes en otras regiones pues, ya que en 1980 en el Caribe, según Tirbani (1986), ésta fue una de las causas

principales de deserción al ser mas poderosas las costumbres que la legislación, y en 1985 en Tanzania se registró el mismo fenómeno con un 92% de abandono escolar por el embarazo y la maternidad (ICAF, 1988).

En América Latina, un estudio elaborado por Mernick en 1970 mostró que el nivel académico, además de lo ya citado, influyó en la salud del bebé pues los niños de adolescentes analfabetas tenían de 2 a 5 veces mas probabilidades de morir, antes que el infante cumpliera los dos años de vida (cit. en ICAF, 1988).

Por otra parte, el embarazo no sólo es responsabilidad femenina, sin embargo en algunas sociedades como la mexicana, se señala y recrimina mas a la maternidad que a la paternidad adolescente (Taylor, 1978). Son pocos los estudios realizados al genitor, avocándose al análisis de la diada padre-hijo. Dentro de las investigaciones realizadas en la paternidad adolescente se ha detectado que la conducta masculina es limitada durante el embarazo y parto. Según Molina, Romero y González (1985), en una muestra masculina de adolescentes el 53% tuvo una actitud negativa o indiferente con su pareja y el embarazo, el 48% permaneció hasta el final del embarazo, de los cuales el 29% se unió a su pareja. Es común la ausencia del embarazador después de haberse enterado del embarazo y, en teoría, hacerse responsable por las consecuencias de sus actos (Duarte, 1988), lo que provoca situaciones mas conflictivas de la adolescente con su familia. Tal vez la actitud negativa del compañero adolescente sea trascendente para la joven gestante, pero la actitud negativa de la familia también es

determinante porque, ante el abandono de la pareja, en la mayoría de los casos la familia es la que propicia apoyo, por ejemplo en Chile el 82.7% de las familias de la adolescente tenía una actitud negativa al inicio del embarazo, de los que el 44% se mantuvo hasta el final, situación crítica para el recién nacido que es cuidado por la misma familia (Molina, Romero y González, 1985).

Se puede observar que los problemas sociales no son pocos y desencadenan muchos otros como la escasa probabilidad de un matrimonio futuro o separación de la pareja, interrupción académica (nivel básico o medio), rechazo social, familiar o de la pareja, carencia del apoyo legal o de salud, inestabilidad económica, limitada participación en la vida productiva o condiciones precarias, salarios mínimos, pocas probabilidades de ascensos, abusos, maltratos, etc.

La mujer en muchas ocasiones por ser menor de edad se enfrenta a la posibilidad de un matrimonio forzado (Baldwin, 1980), situación muy acostumbrada en la cultura mexicana para evitar el rechazo social, a pesar de todo, no se consigue disminuir los riesgos médicos y, en cambio, se incrementan los sociales o psicológicos, dando por resultado altas probabilidades de inestabilidad marital, emocional o divorcio, principalmente (Aznar y Lara, 1967; Black y De Blassie, 1985; Mojarro, 1986).

Otro factor que influye en la inestabilidad marital, de la joven pareja, es el condicionamiento de cohabitar con la familia de origen por la inexperiencia o posibilidades económicas, obligándose a regirse bajo las reglas e

influencias regentes de dicho hogar, agravando los problemas emocionales, la dependencia y la realización de los cónyuges.

3.3.3.1. EL EMBARAZO Y ESTADO CIVIL DE LA ADOLESCENTE.

Poco se ha estudiado de la posible influencia del estado civil de la adolescente gestante sobre algunos aspectos sociales, culturales o psicológicos en su vida.

Son muy diversas las secuelas que pueden existir por el estado civil de la adolescente embarazada, en especial para las solteras, donde en algunas culturas, como la mexicana, llegan a influir en aspectos básicos como el número de consultas médicas prenatales, ya que al negar u ocultar el embarazo, la persona evita la asistencia incrementando la probabilidad de complicaciones obstétricas (Kably y cols., 1982), creando sentimientos negativos de frustración, desubicación, angustia, ira, ambivalencia, etc. (Katchadourian y Lunde, 1972).

Evidentemente que la joven que se embaraza dentro del seno conyugal puede tener apoyo y aprobación de la sociedad, aún cuando no haya terminado su desarrollo psicosexual y también se encuentre desubicada o ambivalente, sólo que su estado civil le permite, de alguna manera, ser mas permisiva convirtiendo su gestación en algo lógico, aceptado y esperado (Boletín Informativo del ICAF, 1987), dicho fenómeno se puede explicar porque la persona no quebranta con las costumbres de abstinencia en la práctica sexual durante el noviazgo (Oriol, 1979).

En base lo anterior, se puede observar que en comparación

con la casada o en unión libre, la adolescente soltera embarazada pueden vivenciar con mayor impacto y stress psicológico su gestación.

Pero ¿Qué opciones puede tener la adolescente soltera que se embaraza?. El embarazo de la adolescente soltera la puede llevar a dos situaciones; permanecer soltera ya sea por abandono de la pareja, la desaprobación de los padres o convenir mas así a sus intereses, o bien casarse. Lo que es evidente es que en ambas situaciones va a cambiar significativamente todos sus proyectos de vida futura, obligandose a adecuarse a una realidad presente denominada embarazo y posteriormente a un bebé.

Sin embargo la mayor parte de las adolescentes por la situación que viven no escogen alguna de las dos opciones antes citadas, sino simplemente subsisten a la realidad que se les presenta, restringiendo o nulificando sus alternativas. Según Babikian y Goldman (1971) registraron que de 30 adolescentes embarazadas el 50% fue abandonada por su pareja con la promesa de unión, en tanto que las mujeres que se unieron por consecuencia del embarazo tuvieron la mayoría, mala relación de pareja y al parecer una alta incidencia de que el genitor se encontró, la mayor parte del tiempo, conviviendo con su familia de origen manteniendo poca o deficiente interacción conyugal.

En el caso específico de las solteras, una vez que concluye la gestación, se encuentran ante nuevas posibilidades como regalar, abandonar o quedarse con el bebé. Es frecuente que la mayoría opte por el cuidado de sus hijos, motivadas por

sentimientos bipolares, como el cubrir necesidades de compañía, "realización", abandono, o por sentimientos de culpa al desamparar a su descendiente a un destino incierto, por la presión cultural y familiar, o bien porque reciben el mínimo o suficiente apoyo de la familia de origen (Badger, 1974; Bronstein, 1980), aunque también hay adolescentes solteras que no dan a su bebé en adopción y tampoco reciben el apoyo familiar, enfrentándose solas con su hijo a una vida difícil (Monroy y cols., 1985).

La segunda opción de la soltera es casarse, situación común en algunas culturas donde el matrimonio es una consecuencia lógica del embarazo premarital (Morris y cols., 1987) para mantener el status y evitar el rechazo social, aunque indudablemente con tal medida no se eliminan los riesgos médicos ni se mejora la salud en la diada madre-hijo o se prospera la relación en la triada madre-hijo-padre (Boletín Informativo del ICAF, 1987; Monroy, 1985). En la provincia mexicana se acostumbra que la menor de edad, o cualquier mujer que se embaraza, debe ser casada con el hombre responsable para salvaguardar la honra familiar (Riding, 1985).

En los matrimonios "forzados" consecuentes del embarazo puede haber una situación más aceptable y cómoda para la joven pareja, al tener apoyo de una o ambas familias de origen y no haber rechazo social al "ensendar" el error cometido, pero quizá durante el noviazgo (si lo hubo) la pareja no tuvo suficiente tiempo para comprenderse, adaptarse, cambiar, amoldarse y madurar durante su relación, influyendo de sobremanera en su situación marital; que al ser inesperada

cambia los planes de vida, inestabiliza la relación emocional y económica de la pareja, emanando, en algunos casos, la insatisfacción ante la vida, frustración, rechazo y muy probablemente incrementando considerablemente las tasas de divorcio (Sánchez, 1974; Walters y Walters, 1980).

Es evidentemente que un porcentaje significativo de adolescentes se embaraza y/o concibe su primer hijo antes de casarse o unirse, y muchas quedan embarazadas en seguida de haberse unido (Prada y cols., 1988). Dichas concepciones preconyugales están en ascenso, por ejemplo en Brasil el 50% de la población casada femenina adolescente está en dicha situación, similarmente del 24 al 30% en Panamá y Guatemala, en tanto que en México se registró un ascenso del 18.7% al 20.5% de 1976 a 1982 (Mojarro cit. en Ordorica, 1982), y en 1987 el 33% de los embarazos (Senanayake y Monroy, 1987).

En México las mujeres se unen a edades más cortas, un estudio ciudadano reportó que el 30% de las mujeres menores de 19 años ya se habían unido a los 16 años en promedio, y otra investigación realizada en provincia por el IMSS detectó que el 30% de las adolescentes ya vivían en unión conyugal, tales porcentajes indican cambios en los patrones sociales (Mojarro, 1986). En cambio, una investigación, recientemente realizada en la misma ciudad por Morris y cols., (1987) encontraron que de 876 mujeres de 15 a 19 años el 88% y de 796 hombres del mismo rango de edad, el 97.5% nunca han estado en unión libre o casados. Desgraciadamente no se puede concluir debido a que son muestras no representativas y sólo proporcionan un panorama parcial de la realidad de la adolescente con relación

a su estado civil.

3.3.4. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS.

Es frecuente observar que la adolescente se presenta a la consulta médica por síntomas no muy claros del embarazo, sin embargo solicite atención por cuadros de irritabilidad, depresión, dolor abdominal, stress, etc. (Glaser, 1981; Silber, 1985), al ser constatado el embarazo por algunas personas, la adolescente desarrolla mecanismos de negación que al asimilarlo pueden llegar a experimentar impactos psicológicos, acordes a la personalidad y situación de cada persona.

Si bien, el primer embarazo es todo un periodo de stress psicológico para algunas mujeres, su pareja y familia, lo es mas aún para la adolescente que por su inmadurez biopsicosocial no encuentra un lugar claro y seguro (Silber, 1985; Zongker, 1977), durante la gestación se van creando múltiples sentimientos por parte de la joven como desubicación, confusión, esperanzas o la misma despersonalización (Noshpitz, 1985) independientemente del status marital.

Se ha investigado poco sobre el estado psicológico de la adolescente casada que se embaraza, pues al tener la aprobación social, el apoyo del compañero y la familia, parece que tiene menos conflictos. Los conflictos dentro de la unión conyugal entre adolescentes son frecuentemente debidos a la inmadurez emocional e inestabilidad económica, lo cual no esta lejos de afectar la relación entre los padres

adolescentes y el hijo (Hardy y cols., 1974; Hassan y Falls, 1964), sin embargo parece que las repercusiones psicológicas no sobrepasan a las observadas en las solteras, por lo que se enfatizará el análisis a esta última población.

La primera reacción ante la posibilidad del embarazo en las adolescentes solteras es la negación (que puede durar de uno a cuatro meses), cuando se confirma el embarazo y es rechazada por la pareja y la familia, la mujer frecuentemente puede llegar a sentir vergüenza, culpa, angustia y trastornos psicológicos (Kendall y Hollon, 1979; Zongker, 1977), dentro de los cuales se encuentra la depresión que puede ser leve (Gesell, 1956) o en casos extremos llevar al individuo al alcoholismo, farmacodependencia e incluso el suicidio (Uriza, 1988). En tales situaciones es imprescindible el apoyo de personas o familiares, porque los sentimientos habituales de la adolescente es la emancipación, el aislamiento y la tensión (Molina y Romero, 1985; Prada y cols., 1988).

No es sólo la presencia del embarazo lo que afecta las emociones de la menor de edad soltera, sino sus cogniciones acerca de la vida futura; al verse limitadas sus oportunidades de ella y su bebé, las posibles condiciones insalubres de vida, interrupción académica o laboral, problemas sociales que consecuentemente originan sentimientos de creciente frustración (Boletín Informativo de Planificación Familiar, 1987; Kendall y Hollon, 1979), a su vez, que se ve acosada por las dudas y preocupaciones de su situación incierta e inesperada, con lo que se acentúa su inestabilidad psicológica e incrementa la inseguridad (Gibbs, 1985; Molina y Romero,

1985; Silber, 1985).

La adolescente ante la notificación del embarazo puede experimentar sentimientos ambivalentes; por una parte el deseo de la maternidad, muy fuerte culturalmente para la mujer mexicana, y por el otro puede rechazar un hijo cuya presencia ocasionará problemas y limitaciones (Tordjman, 1987). El sentido de la maternidad puede ser muy fuerte para algunas adolescentes, pues Gianturco encontró que, en gran parte, las adolescentes embarazadas desean al bebé para satisfacer necesidades no cubiertas por sus madres frustradas, de quienes no recibieron cariño (cit. en Silber, 1985).

También se pueden experimentar sentimientos de culpabilidad, inseguridad de su futuro y angustia, al decidir si continúa o interrumpe el embarazo, a su vez que se ve constantemente presionada por fuerzas divergentes provenientes de los padres, familiares, la pareja, así como sus sentimientos más profundos (Tordjman, 1987). Es entonces que en la adolescente se desarrollan sentimientos marcados y potentes, que van desde el rechazo total y angustia al no desear al bebé, el poseer algo propio hasta sentirse culpables y subestimarse al decidir abortar.

Si decide continuar su gestación, tal vez la relación materno infantil se encuentre impregnada por fuertes sentimientos de agresividad, paralelamente que se daña el desarrollo biopsicosocial del niño, provocando en algunas ocasiones que el bebé se rehuse a establecer contacto con su medio y su madre, presente desvinculación con la realidad, autismo, agresión y hasta psicosis infantil en casos extremos,

en tanto que en el futuro es probable que la hija mujer tenga altas posibilidades de repetir los patrones de la madre adolescente, además de formar parte de una población con problemas sociales graves (Lesse, 1979; Le Vine y cols., 1984; Mahler, 1968 cit. en Gibbs, 1985; Rossa, Fitzgerald y Carson, 1982).

Existen adolescentes que desean criar a sus bebés con o sin apoyo de su medio circundante, pero son pocas las que por su inexperiencia, corta edad y falta de capacitación se pueden enfrentar a la vida sin grandes tropiezos.

Sólo si el compañero responde ante la paternidad y acepta unirse, ambos saben que su futuro cambiará (Tordjman, 1987). Se ha observado que en las parejas de todas las edades, durante el primer año de vida conyugal y con el nacimiento de su bebé, sufren un incremento de stress en la relación (Estrada, 1987), y así a ésto se le aunan los desajustes característicos de la etapa adolescente, se tiene una situación difícil de convivencia con altos niveles de stress que se pueden incrementar al existir un soporte social débil (Colleta y Gregg, 1981; Population Division Department, 1988). Ante los problemas, limitaciones y realidades de cada uno de los miembros de la pareja, puede llegar a sentir, algún cónyuge, que su pareja le hurtó su adolescencia, educación y posición social, considerándolo como indigno de su confianza, desvalorizándolo y dañando su autoestima, creando con ello cuadros marcados de depresión (Beck y cols., 1980; Clobiner, 1974; Elkind, 1987; Blaser, 1981).

El acervo bibliográfico ha sostrado que la sólo presencia

del embarazo es un factor detonante para que el estado emocional de la adolescente se inestabilice (Munro, 1966), mas en personas solteras a quienes obviamente experimentan un gran impacto psicológico, que va desde la resignación, frustración, inadaptabilidad, desconcierto, autodestrucción, el ignorar o castigar a la familia por medio de la reputación, hasta el mismo suicidio como producto de fuertes y constantes depresiones (Choen, 1980; Friedrich, Reams y Jacobs, 1962; Glaser, 1981; Semmens y Krantz, 1970). Se puede observar, por tanto, que el embarazo es una causa frecuente de depresión en las adolescentes (Le Vine y cols., 1964; Tolbert, 1988) que pueden ser leves, cuñentos o marcados, manifestandose por medio de los desórdenes hipocondríacos o psicósomáticos (Glaser, 1981; Lesse, 1979).

Realmente se ha detectado que es común la presencia de cuadros depresivos en adolescentes embarazadas, pero se ha indagado poco sobre la interacción con el estado civil de la gestante. Al respecto Munro (1966) en una población adulta encontró que existe mayor número de personas depresivas en nivel total, severo y moderado en casados, luego solteros, viudos, divorciados y por último separados, en cambio en los adolescentes parece no haber marcadas diferencias del nivel de depresión en relación a su estado civil. Igualmente Zongker (1977), en dos muestras de adolescentes embarazadas, al estudiar el concepto de embarazo mas no la situación del mismo, encontró un alto nivel de depresión en ambos grupos, sin embargo el grupo control de adolescentes solteras tenia un pobre autoconcepto y el grupo experimental de adolescentes

embarazadas presentó además del bajo autoconcepto cierto nivel de insatisfacción y resignación a su embarazo, por mantener una vida sexual activa.

Dichas investigaciones no esclarecen la posible existencia de una interacción entre el nivel de depresión y el estado civil de las adolescentes embarazadas. No obstante, ante la ausencia de investigaciones nacionales en el área y con población adolescente, se intentó estudiar el fenómeno con una pequeña población, como producto de la búsqueda en la comprensión de tal fenómeno.

Como ya se mencionó es diferente la situación de la gestante que vive en unión libre o casada al de la soltera, ésta última parece experimentar una mayor inestabilidad, familiar, económica y legislativa, producto de la consecuente presión social común de la cultura mexicana. Aunado a su vez a los constantes cambios característicos de la adolescencia y los posibles riesgos obstétricos que podrá vivenciar la persona se encuentre o no cohabitado con la pareja. Ante tal situación conflictiva se podría esperar una diferencia significativa en el nivel de depresión entre las adolescentes que viven con su pareja y las que carecen de ella. Lo que orillaría a plantear la interrogante principal: ¿Cómo influye el estado civil en la presencia de síntomas depresivos en las adolescentes embarazadas del INFER? Sin perder de vista que la depresión no es sólo producto de un factor.

IV. METODOLOGIA.

4.1. TIPO DE INVESTIGACION.

Se realizó un estudio descriptivo, donde se pretendió observar la relación entre el estado civil de la adolescente y su nivel de depresión.

Se trabajó con dos grupos de adolescentes: A con pareja (unión libre o casadas) y B sin pareja (solteras), efectuándose un análisis comparativo intergrupar e intrasujeto al aplicar a cada persona la Escala del Zung.

El estudio fue de tipo exploratorio, transversal, cuantitativo y ex post-facto.

4.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cómo influye el estado civil en la presencia de síntomas depresivos en las adolescentes embarazadas del INPer ?

4.3. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS.

Hipótesis general. El estado civil de la adolescente embarazada influye en el nivel de significancia de su depresión.

Hipótesis de trabajo. Si las adolescentes embarazadas del INPer tienen pareja (unión libre o casadas), entonces puntuarán más bajo en la Escala de Depresión del Zung.

4.4. VARIABLES.

- V. Independiente. Estado Civil
- } con pareja (U.L., casadas)
- } sin pareja (solteras)
- V. Dependiente. Puntaje en la Escala de Depresión del Zung
- V. Intercurrentes. Religión
- Nivel educativo
- Apoyo familiar
- Nivel socioeconómico
- Calidad en la relación de pareja

4.5. POBLACION.

Mujeres embarazadas de alto riesgo obstétrico pacientes del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que habían participado en el estudio "Grupos dinámicos con metodología participativa: Fase experimental".

4.5.1. MUESTRA.

Se utilizó el muestreo no aleatorio o no-probabilístico para obtener muestras incidentales, conformando dos grupos de 30 sujetos cada uno. El grupo A estuvo formado por 30 adolescentes embarazadas con pareja (Unión Libre o Casadas), en tanto que el grupo B se integró por 30 adolescentes embarazadas sin pareja (solteras).

En total se trabajó con 60 adolescentes embarazadas que cumplieron con las siguientes características:

- a) pacientes del INPer
- b) con un rango de edad de 12 a 17 años cumplidos en el momento del embarazo
- c) de nacionalidad mexicana

- d) que radiquen en el D.F. o Área metropolitana
- e) primigestas
- f) que se encontraran en los dos últimos trimestres del embarazo
- g) embarazo no causado por violación
- h) adolescentes unicas como consecuencia del embarazo, o solteras
- i) que aceptaron participar voluntariamente en la investigación

4.6. INSTRUMENTO.

Se utilizó la Escala de Medición de la Depresión del Zung (q.v. anexo 1). Este instrumento está diseñado para medir la presencia de síntomas depresivos por medio de 20 ítems. En cada ítem existe la posibilidad de escoger una de cuatro opciones;

1. nunca o raramente
2. algunas veces
3. con bastante frecuencia
4. siempre o continuamente

De acuerdo a la opción elegida y el ítem, se le asigna un puntaje (q.v. anexo 2). Al sumarse todos los reactivos se obtiene un puntaje total, con el que puede observarse un nivel de depresión (William, 1989) conforme a la siguiente escala:

- 20-39 puntos Normal
- 40-47 puntos Moderada
- 48-55 puntos Marcada

56-80 puntos Brave

El Zung es un instrumento que posee validez y confiabilidad, aunque no ha sido estandarizado en México.

4.7. ESCENARIO.

La aplicación del inventario de Zung se llevó a cabo en el consultorio 1 del Departamento de Crecimiento y Desarrollo del INPer., el que propiciaba una estancia cómoda por su mobiliario y ubicación. El consultorio 1 mide 3 x 4mts. tiene una ventana de 1.20 x 4 mts. a lo largo de una pared, posee iluminación natural y artificial, con dos escritorios, cuatro sillas, un anaquel y una puerta.

4.8. PROCEDIMIENTO.

Las pacientes que cumplieron con las características mencionadas en la muestra se asignaron al grupo A o B según su estado civil. El grupo A lo conformaron las adolescentes casadas o que vivían en unión libre (U.L.) como consecuencia del embarazo, mientras que el grupo B fueron adolescentes embarazadas solteras.

Una vez asignada la adolescente a su grupo, se le aplicó La Escala de Depresión del Zung.

Se les indicó que los datos obtenidos serían usados confidencialmente, solicitándoles contestarán todos los reactivos de la Escala lo más sinceramente posible.

Este mismo procedimiento se realizó con todas y cada una de las personas participantes.

V. RESULTADOS Y ANALISIS.

Se emplearon las pruebas no paramétricas:

- a) La Mediana (cfr. Statix, 1986) para dar tratamiento a los grupos
 1. nivel de depresión Vs. estado civil
 2. nivel de depresión de casadas Vs. nivel de depresión en las de unión libre (u.l.)

- b) utilizandose así mismo la de Spearman (cfr. Statix, 1986) para conocer el grado de correlación entre las variables.
 1. meses de embarazo de las 60 adolescentes Vs. nivel de depresión
 2. meses de embarazo de adolescentes con pareja Vs. nivel de depresión
 3. meses de embarazo de adolescentes sin pareja Vs. nivel de depresión
 4. edad de las adolescentes sin pareja Vs. Nivel de depresión

- c) otra de las pruebas empleadas fue la de Pearson (cfr. Levine, 1977) de tipo paramétrico para analizar la correlación entre
 1. edad de las adolescentes de ambos grupos Vs. nivel de depresión
 2. edad de las adolescentes con pareja Vs. nivel de depresión.

H₀: La mediana de la muestra 1 (adolescentes embarazadas con pareja) es igual a la mediana de la muestra 2 (sin pareja).

valor de la mediana combinada 42.50000
 valor estadístico de Ji cuadrada 19.26666
 probabilidad de exceder el valor calculado 00.00008
 dado H₀.

Por lo tanto: H₀ se rechaza

	Grupo I Con pareja	Grupo II Sin pareja	Total
exceden de la mediana	7	23	30
abajo de la mediana	23	7	30
Total	30	30	60

En base a la mediana combinada con un nivel de depresión de 42.5 el grupo II formado por adolescentes solteras (sin pareja) presenta un mayor número de personas cuyos niveles de depresión se encuentran categorizados como moderados, marcados y graves, en contraposición al grupo I.

En la tabla se puede observar que la frecuencia de los que exceden y están por debajo de la mediana del grupo I se presenta exactamente invertido con la misma frecuencia del grupo II. Por lo que la hipótesis nula es rechazada a un nivel de significancia del 0.05%.

H_0 : La mediana de la submuestra 1 (unión libre) del grupo I es igual a la mediana de la submuestra 2 (casadas) del grupo I.

Valor de la mediana combinada 37.0000
 Valor estadístico de Ji cuadrada calculada 00.1388
 Probabilidad de exceder el valor calculado dado H_0 . 00.7103

Por lo tanto: H_0 se rechaza

	Grupo I		Total
	Submuestra 1 Unión libre	Submuestra 2 casadas	
exceden a la mediana	7	5	12
abajo de la mediana	8	10	18
Total	15	15	30

En la mediana combinada la depresión toma un puntaje de 37.0 . Con un nivel de significancia de 0.05% la hipótesis nula es aceptada, lo que se interpreta de dos formas;

1. que la mediana del grupo de adolescentes que vive en unión libre no es estadísticamente diferente de la mediana del grupo de mujeres que están casadas
2. que el número de personas de la submuestra 1 que están por encima o por debajo de la mediana combinada (unión libre) no es significativamente diferente de las que exceden y se hallan por abajo de ésta en la submuestra 2 (casadas), ambas submuestras del grupo I.

CORRELOGRAMA

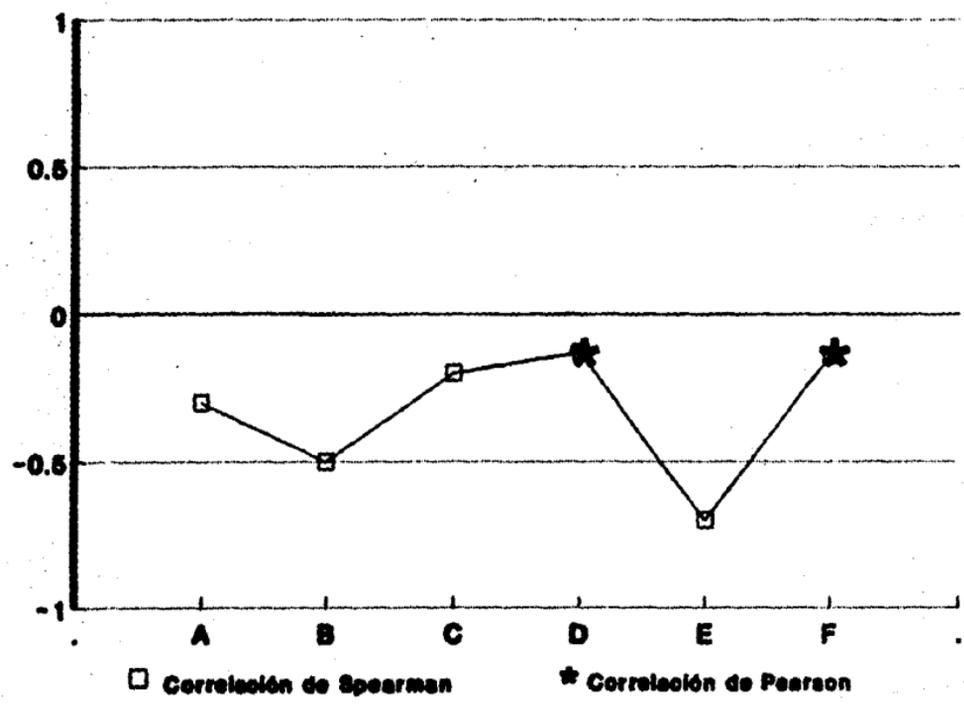


Fig. 1 Aquí se puede observar las siguientes correlaciones:

A. Meses de embarazo Vs. Nivel de depresión.

Al analizar los meses de embarazo con el nivel de depresión de las 60 adolescentes de la muestra se obtuvo un coeficiente de Spearman de -0.2996 , lo que indica una correlación negativa muy débil, por tanto no se puede proponer que las adolescentes de tal muestra a medida que tuvieran más meses de gestación, menor puntuación obtendrían en la Escala de Depresión del Zung.

B. Meses de embarazo de adolescentes con pareja Vs. Nivel de depresión.

Aquí el valor obtenido es de -0.4892 correspondiente a una correlación negativa moderada mostrando así que a más meses de embarazo de las 30 gestantes con pareja, menor nivel de depresión.

C. Meses de embarazo de adolescentes sin pareja Vs. nivel de depresión.

Se encontró una correlación negativa débil con un coeficiente de -0.200 por lo que no se puede proponer que a más meses de embarazo de las adolescentes del grupo I menor grado de depresión.

D. Edad de las adolescentes Vs. Nivel de depresión.

En este caso el coeficiente de correlación es de -0.1318 por lo que existe una correlación negativa débil, lo que se interpreta como a mayor edad de las adolescentes de ambos grupos le corresponde un menor grado de depresión.

E. Edad de las adolescentes sin pareja Vs. nivel de depresión.

El coeficiente de correlación es de -0.7104 , con lo que se infiere que hay una correlación negativa fuerte entre la edad de los 30 sujetos sin pareja y su nivel de depresión, al decrementar esta última e incrementar la primera.

F. Edad de las adolescentes con pareja Vs. nivel de depresión

En este caso se observa que el coeficiente de correlación es de -0.1382 siendo esta de tipo negativo débil, indicando que a mayor edad de las adolescentes menor grado de depresión.

En el correlograma se observa como el punto mas sobresaliente es el E mostrando una mayor correlación aunque de tipo negativo entre las variables: Edad de las adolescentes sin pareja Vs. nivel de depresión, indicando que a mayor edad de las adolescentes hay un menor grado de depresión encontrado en la muestra.

En tanto que los puntajes mínimos de correlación se encontraron en el punto D con una correlación negativa débil de -0.1318 con las variables de edad de las 60 adolescentes Vs. nivel de depresión obtenido en la Escala del Zung. Así mismo en el punto F con una correlación negativa débil de -0.1382 entre las variables edad de las 30 adolescentes con pareja (unión libre y casadas) Vs. nivel de depresión. Lo que muestra en general que a mayor edad de las adolescentes embarazadas menor grado de depresión.

Los puntos restantes se ubican entre los coeficientes de correlación de -0.200 y 0.4892 .

VI. CONCLUSIONES.

En el presente capítulo se mostrará algunas de las conclusiones resultantes, producto del análisis teórico y estadístico que en relación a la hipótesis y objetivos permitieron formular.

La depresión ha sido estudiada desde la antigüedad pero no se había circunscrito a los adolescentes, sino hasta fechas recientes por la trascendencia de la problemática en que viven la adolescencia a pesar de ser una etapa matizada con crisis permite adquirir, modelar o en algunos casos reafirmar conductas, actitudes y la personalidad del individuo. Es precisamente en esta etapa de la vida donde se resume el desarrollo del ser humano con sus emociones, vida social y cambios biológicos, el adolescente tendrá que interactuar con otros seres humanos y vivenciar situaciones socioculturales nuevas o conflictivas que son característicos del fenómeno urbano, requiriendo según Powell (1963) de la autorización del comportamiento adecuado de su rol para lograr una adaptación a su medio.

Al llegar un miembro a la etapa adolescente las reglas y normas del núcleo familiar deberán ser más flexibles para decrecentar fricciones e incrementar la comunicación y comprensión entre padres e hijos, sin embargo es poco frecuente que ésto suceda en las familias mexicanas, tendiendo a rigidizar las líneas, normas y comunicación familiar (Díaz Guerrero, 1967; Eisenberg y Villegas, 1987; Estrada, 1987;

Pardo, 1984; Ridíng, 1985; Rojas, 1988).

En algunos casos los aspectos sociales, culturales o religiosos obstaculizan la sexualidad en la adolescencia orillando a los jóvenes a mantener relaciones sexuales clandestinamente, aunado a la escasa información sexual y especialmente en el conocimiento o uso de los métodos anticonceptivos.

En la actualidad aún no es aceptada abiertamente la sexualidad de los adolescentes, pues por un lado la sociedad oculta información o restringe las relaciones sexuales por medio de una moral punitiva y, por el otro lado, la influencia de los medios masivos de comunicación, tal situación lleva al adolescente al desconcierto, ignorancia, temor y curiosidad.

La participación en la vida sexual para el adolescente no es fácil, porque por una parte experimenta presiones de su medio ambiente, la pareja, grupo de pares, la familia, los medios masivos de comunicación e incluso su propia curiosidad o apetito sexual y, por el otro, podrá tener temor por su inexperiencia, falta de madurez o responsabilizarse por las consecuencias de sus actos.

La vida sexual del adolescente posee un estilo paradójico que le lleva a confusiones indelebles, pues según investigaciones de Katchadourian y Lunde (1972), Morris y cols. (1987), Schofield (1971), Tordjman (1987) encontraron que los adolescentes practican relaciones sexuales pre o extramaritales como producto de una maduración física a edades mas tempranas, los cambios ideológicos impregnados de libertad, la mayor participación en la vida socioeconómica, y

El alargamiento de la vida académica. Sin embargo se observan diferencias actitudinales entre hombres y mujeres como es la edad de inicio a la vida sexual, el concepto del compañero sexual, la causa del primer embarazo, etc. tal situación paradójica es producto de la influencia de la moral, educación, religión del orden y la misma tecnología.

Entre los factores que contribuyen a que una joven esté propensa al embarazo se encuentran: el formar parte de un hogar conflictivo, con vínculos de comunicación mínimos o nulos, con desórdenes sociales o emocionales, enfermedad o muerte de un progenitor, así como la falta o mala imagen de éstos. Se ha encontrado que la mayoría de las adolescentes refieren a su madre como dominante, competidora, retante, con relación simbiótica o ambivalente mientras que al padre se le percibe un tanto cuanto débil, poco afectivo, pasivo o ausente (Black y De Blassie, 1985; Carta Latinoamericana no.4, 1985; Cassorla y Knobel, 1985; Duarte, 1988; Estrada, 1987; Gordon y Gordon, 1959; Riding, 1985; Silber, 1985; Tirbani, 1986).

Otro factor contribuyente del embarazo es el pensamiento de la adolescente, creyendo que se encuentra exenta de la gestación, por lo que al quedar embarazada el conflicto lo vive con sentimientos de culpa, rechazo y soledad.

En algunas investigaciones (cfr. Black y De Blassie, 1985; Cassorla y Knobel, 1988; Duarte, 1988; Mojarro, 1986; Noshpitz, 1985; Silber, 1985; Tirbani, 1986; Tolbert, 1988) se observaron rasgos de personalidad característicos de la adolescente embarazada como son: sentimientos fatalistas y alienación, poca autoestima e inmadurez cognocitiva, falta de

asertividad; búsqueda de atención, protección, afecto y comprensión de la pareja, subjetividad romántica en el noviazgo, bajo nivel económico, social y educativo.

Lamentablemente en la presente tesis no se pudo observar las características citadas por ser un estudio muy específico.

Las relaciones sexuales en adolescentes proveen problemas demográficos mayores, debido a que la joven pareja posee un rango mas amplio de fertilidad, mayor actividad sexual, poco espaciamiento entre los hijos y las generaciones.

Es fundamental la reacción y postura familiar para la adolescente que se embaraza, pues al recibir apoyo puede reestructurar su vida, seguir un ritmo similar, continuar trabajando o estudiando. Pero si se le rechaza o expulsa del hogar puede no salir adelante por su inexperiencia y situación adversa puesto que se le niegan alternativas de empleo al ser menor de edad, académicas al no aceptarlas en escuelas regulares, y sociales a pesar de encontrarse en un avanzado grado de tecnología aún mantiene patrones culturales recriminando la maternidad adolescente y sobretodo si es soltera.

Al confirmar el embarazo las adolescentes solteras frecuentemente sienten vergüenza, culpa, angustia y surgen trastornos psicológicos como la depresión.

El ser madre soltera implica graves problemas de índole social, económico y legislativo para la adolescente y su bebé.

No es sólo la presencia del embarazo lo que afecta las emociones de la menor de edad soltera, sino sus cogniciones acerca de su futura vida; al verse limitadas las

oportunidades, las posibles condiciones insalubres de vida, la interrupción académica o laboral y los problemas sociales, que consecuentemente originan sentimientos de creciente frustración a su vez se ve acosada por sus dudas y preocupaciones de su situación incierta e inesperada. Acentuándose la inestabilidad emocional e incrementando la inseguridad.

En tanto que la adolescente que se une y vive con la familia de origen o política como consecuencia del embarazo, la inmadurez emocional y la inestabilidad económica se encuentra expuesta a cambios bruscos y repentinos con su pareja y emocionalmente, llevándole a percibir su pasado lejano y su futuro lleno de obstáculos.

Evidentemente la fecundación en adolescentes casadas o unidas consensualmente es menos conflictivo por ser un acontecimiento lógico, aceptado y en muchas ocasiones esperado. Este fenómeno es de carácter social por no atentar contra las normas establecidas por la comunidad, aunque biológica y emocionalmente la adolescente unida o casada tampoco se encuentra apta para un embarazo, debido a que en este tipo de población los riesgos gineco-obstétricos son mayores, por la edad y calidad-cantidad de la asistencia médica, incrementando los índices de morbi-mortalidad materno-infantil.

Las consecuencias del embarazo precoz pueden llegar a trascender en el producto, i.e. bajo peso, puntajes bajos de C.I. anomalías congénitas, deficiencias cognitivas, etc. relacionándolo a su vez con un inadecuado desarrollo

emocional, social y escolar. En el área afectiva se acentúa lo negativo si el embarazo es no deseado.

Aunque existen diferentes enfoques y teorías psicológicas que estudian la depresión, la teoría cognitivo conductual (marco referencial de este estudio) permitió apreciar el fenómeno del embarazo precoz valorando los procesos internos del ser humano (v.gr.pensamientos,emociones, sensaciones y cogniciones), a la vez refiere el medio en que se desenvuelve la adolescente, considera su aprendizaje social y sus relaciones interpersonales. Aún fuera de las teorías propiamente psicológicas, no se puede negar que otros enfoques como el materialismo-dialéctico puedan explicar el fenómeno, aceptando por tanto las limitantes sociohistóricas del estudio realizado.

Se coincide con Ellis (1955), al decir que la depresión es producto del pensamiento irracional, i.e. las personas tienen numerosas ideas irracionales que inventan de forma creativa, las mantienen dogmáticamente perturbándose gracias a las tendencias innatas y adquiridas, puesto que el ser humano en gran medida controla sus emociones al vincularlas con los valores morales y sus creencias para poder interpretar o considerar los acontecimientos que ocurren en el transcurso de la vida, dependiendo también de las acciones que elijan. Por lo que en algunos casos existe una distorsión cognitiva producto de una idea negativa del yo, el mundo y su futuro, tales distorsiones cognitivas pueden ser experimentadas por el adolescente gracias a su desarrollo.

Ya Piaget (1969) afirmaba que durante la adolescencia se

presentan las operaciones formales donde el pensamiento hipotético-deductivo le permite a la persona conceptualizar y analizar, aunque en esta etapa de la vida también surge el egocentrismo, idealismo y desubicación lo que podría llevar al adolescente a formar cogniciones erróneas como el pensar que vivirá un futuro similar a su presente. Es por ello que la gestante adolescente por medio del pensamiento hipotético deductivo considera un futuro turbio, se atormenta con ideas negativas de ella y el medio que le rodea, que frecuentemente es poco estimulante o punitivo (Piaget e Inhelder, 1969).

El desarrollo cognitivo de la adolescente le permite formar cogniciones negativas, tener una actitud pesimista y deprimirse en base a su capacidad de valorarse con respecto a un incidente, como el embarazo precoz. Esto se puede observar con la muestra estudiada donde las adolescentes solteras, casadas y unidas reportaron con la Escala del Zung niveles de depresión.

Sin embargo en la muestra estudiada los niveles de depresión variaron en las adolescentes de acuerdo a su estado civil, apoyando la hipótesis de trabajo. debido a que las cogniciones se retroalimentan en base a una autopercepción en sus actitudes y conductas, por ello la adolescente embarazada que se encuentra soltera se forma mas expectativas pesimistas al no encontrar contingencias positivas a sus esfuerzos, como el rechazo social y familiar, limitarse sus oportunidades ocupacionales o escolares, esperando un futuro incierto, de soledad y lleno de responsabilidades. Ante esta situación la adolescente embarazada soltera, como parte del proceso de

aprendizaje social, disminuye sus conductas adaptativas, se forma expectativas pesimistas, decremента su repertorio de habilidades sociales, existe la probabilidad de tener escasa tolerancia a la frustración y tiende a pensar en forma absoluta, lo que evidentemente le lleva a niveles de depresión mas acentuados, por la estrecha interrelación entre la cognición, la emoción y la conducta, en comparación a las adolescentes gestantes que se encuentran en unión libre o casadas cuya situación es menos adversa. Por lo tanto con un nivel de significancia del 0.05% se pudo afirmar con la prueba de la mediana, que en la muestra estudiada existe una diferencia en el nivel de depresión entre las solteras (sin pareja) y las casadas o en unión libre (con pareja).

Como un intento de esclarecer en lo posible la relación entre el estado civil y al nivel de depresión, con la misma muestra se buscó infructuosamente con la prueba de la mediana encontrar alguna diferencia significativa entre los adolescentes que viven en unión libre y las casadas, lo que se puede esclarecer por el apoyo y compañía que ambos grupos de adolescentes reciben de la pareja, familia de origen o política y la aprobación sociocultural.

En cuanto a los meses de embarazo y el nivel de depresión se encontró con la prueba de Spearman que no se puede afirmar que a mas meses de gestación menor nivel de depresión. Sin embargo con la prueba de correlación las adolescentes casadas o unidas que tenían mas meses de gestación puntuaron mas bajo en la Escala del Zung, en tanto que las solteras no se comportaron igual al mostrar una correlación negativa débil.

Esta diferencia se puede entender por la modificación del esquema corporal de las adolescentes; las que viven con su pareja (unión libre o casada) tendrán justificado su embarazo en tanto que las solteras al crecer el tamaño de su vientre formarán cogniciones negativas producidas por sus emociones, limitantes y constantes presiones del medio en que se desenvuelven.

Se indagó también la correlación entre la edad de las adolescentes y su nivel de depresión. En la muestra en general se observó que las adolescentes que tenían mas edad cronológica puntuaron mas bajo en la Escala del Zung, fenómeno que se mantuvo con las adolescentes que vivían en unión libre o casadas, en tanto que las adolescentes solteras de menor edad manifestaron niveles de depresión mayores. Muy probablemente las adolescentes gestantes solteras de menor edad tienden a deprimirse mas por su situación adversa o su nivel de desarrollo cognitivo, pues quizá aún no se habiliten tanto en la conceptualización como en el análisis (descrito por Piaget e Inhelder, 1969) predominando por tanto las emociones y la formación de cogniciones erróneas o pesimistas al percibirse encorazadas, solas y rechazadas.

En la revisión teórica se pudo observar por una parte la insuficiente investigación en población adolescente en especial con gestantes, por la otra, el no esclarecimiento de la posible existencia de una interacción entre el nivel de depresión y el estado civil de las adolescentes embarazadas. Por lo que se considera una de las aportaciones de la presente tesis el haber constituido el primer estudio exploratorio

mexicano que analiza tal interacción, además de ofrecer elementos que permitan conocer el comportamiento de una variable contribuyente, que en asociación con otras mas afectan el estado emocional de la adolescente durante su gestación y con ello contribuir, en alguna medida, al estudio de las adolescentes embarazadas mexicanas, propiciando el conocimiento de una realidad para mejorar la calidad de orientación, prevención y tratamiento de esta población.

Se trató de revisar ampliamente desde un punto de vista teórico el problema del embarazo precoz y los conflictos relacionados con la sexualidad del adolescente, por tanto se citaron los escasos estudios nacionales y extranjeros mas recientes, para que el lector al revisar la presente tesis obtenga mayor información y no sólo la relacionada con la gestación en adolescentes o la misma depresión.

Un error frecuente es pretender, osadamente, emitir un diagnóstico o conclusión a partir de una evaluación, por ello el medir nivel de depresión en gestantes embarazadas a través de la Escala del Zung en los tres últimos meses de embarazo, se debe tener cuidado ya que el esquema corporal de la joven se ha modificado notablemente y por tanto puede haber mayores presiones sociales llevando a la adolescente a tener niveles de depresión marcados, producto del cambio de sus cogniciones negativas de su medio, su futuro y ella misma. Por tanto las conclusiones teóricas y estadísticas, como en muchas investigaciones, distan mucho de ser generalizadas y sólo se circunscriben a la muestra estudiada.

La población estudiada se obtuvo por medio del muestreo

incidental lo que limita el nivel significativo de representatividad, sin embargo al constituir una muestra cautiva permite al investigador poseer un mayor análisis e intervención de cada uno de los sujetos, así como el seguimiento de los mismos.

Precisamente el someterse a la hipótesis propuesta y la metodología se tuvo que considerar la presencia mas no el control de algunas variables como el estrato socioeconómico, nivel educativo, formación moral y religiosa, tipología familiar, personalidad del adolescente, calidad en la relación con su pareja, principalmente. Estas variables intercurrentes al interactuar pueden influir en el nivel de depresión por lo que se recomienda realizar una entrevista o una serie de sesiones donde se puedan identificar y analizarlas, o bien, utilizar un diseño de investigación mas completo.

Otra limitante la constituyó el instrumento, que ante la ausencia de un instrumento que midiera la depresión con un enfoque cognitivo-conductual en la población mexicana, se uso la Escala de Depresión del Zung, que al no encontrarse estandarizada limita seriamente los resultados obtenidos. Por tanto se propone diseñar instrumentos con enfoque cognitivo-conductual que midan la depresión en adolescentes mexicanos y/o durante el embarazo, debido a que tanto la adolescencia, la depresión como la gestación son fenómenos que se modifican constantemente.

La Escala de Depresión del Zung (SDZ) por tener un nivel ordinal de medición, y de acuerdo al objetivo perseguido, sólo permitió utilizar la prueba no paramétrica de la mediana que

establece una diferencia entre dos grupos pero no indica la tendencia de los resultados.

Los resultados obtenidos del análisis estadístico sólo ofrecen el conocimiento de una realidad parcial del fenómeno debido a que la muestra es muy pequeña y constituye una población cautiva de pacientes del INPer, por lo que se propone ampliar considerablemente el tamaño de la muestra y que ésta sea parte de una comunidad abierta.

Independientemente de los hallazgos, limitaciones u obstáculos observados se propone continuar investigando con la población mexicana, en especial con los adolescentes.

Debido a que el embarazo precoz es un problema mundial, se recomienda tomar medidas preventivas, pues las consecuencias son trascendentes.

Es importante conocer que en México son escasos los servicios e instituciones especializados para trabajar con adolescentes, por tanto lo idóneo sería la creación de centros especializados que orienten y asistan integralmente a esta población por medio del trabajo multidisciplinario (médicos, enfermeras, nutricionistas, pediatras, trabajadores sociales, psicólogos, educadores, etc.) en la educación sexual y planeación de su vida. Un programa paralelo se podría establecer en el campo educativo y familiar, de acuerdo a las necesidades de la comunidad donde se requerirá de la capacitación en el área de la sexualidad a profesores y profesionales.

A nivel intervención clínica y social se requiere de apoyo o terapia de pareja para que los futuros padres de

familia al recibir información acerca del embarazo, parto, cuidados básicos del bebé y relación de pareja se puedan adaptar emocionalmente ante su nueva situación y sean capaces de educar a sus descendientes. Una vez que los adolescentes reciben información y son capacitados, ellos mismos podrían ser promotores en su comunidad.

Para las adolescentes embarazadas solteras se recomienda proveerles de información y apoyarlas emocionalmente para transformar sus cogniciones, ya que en su mayoría se sienten culpables, abandonadas, desamparadas o deprimidas, lo que repercutirá en su vida y la relación materno-infantil.

En general se propone una intervención grupal, independientemente del status marital de la adolescente embarazada para facilitar el proceso de identificación, pertenencia, apoyo y compañía. En tal intervención es conveniente el cambio de las cogniciones que tienen de ellas, su medio y su futuro por medio del análisis de las consecuencias de sus actos, requiriéndose primero de una orientación donde las adolescentes reconozcan y definan el problema, su naturaleza, factores externos e internos que influyen y así poder generar alternativas. Posteriormente cada adolescente anticipará las posibles consecuencias de cada alternativa; tanto las sociales y personales como las de corto y largo plazo, llegando entonces a la toma de decisiones y la aplicación de alternativas en la vida diaria de la adolescente embarazada.. Si las circunstancias lo permiten se sugiere un seguimiento.

REFERENCIAS.

- Acuña, J. (1988). Anticoncepción en la adolescencia: aspectos médicos y socioculturales. *Sexualidad en la Adolescencia*. Memorias del I Seminario Colombiano, Asociación Salud y Prevención, Bogotá, pp. 81-99.
- Alvarez, J. y Mazin, R. (1983). *Elementos de sexología*. Interamericana, México.
- Ardila, R. (1976). *Psicología del aprendizaje*. Siglo XXI, México.
- Arieti, S. (1974). *Interpretation of schizophrenia*. Basic books, New York.
- Arieti, S. (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Paidós, Argentina.
- Avendaño, C. y Sánchez, B. (1984). *La terapia de la conducta en el tratamiento de la depresión*. Tesis de Licenciatura en Psicología, ENEP Zaragoza- UNAM, México.
- Avila, I. (1984). Embarazo en la adolescente. *Revista Mexicana de Pediatría*. Mundo médico, México, p. 311.
- Aznar, R. y Bennett, A. (1961). Pregnancy in the adolescent girl. *American Journal Obstetric and Gynecologist*. vol. 81, no. 5, pp. 934-940.
- Aznar, R. y Lara, R. (1967). Embarazo en la adolescencia: una investigación. *Ginecología y Obstetricia de México*. vol. 22, no. 2, pp. 661-667.
- Babikian, H. y Goldman, A. (1971). A study in teen-age pregnancy. *American Journal Psychiatry*. vol. 128, no. 6, pp. 755-760.
- Badger, E. (1974). Mildly moderately handicapped infants. *IADS*. pp. 39-46.
- Baldwin, M. (1980). The fertility of young adolescent. *Journal of Adolescent Health Care*. vol. 1, no. 1, pp. 54-59.
- Bandura, A. (1962). Social learning through imitations. Jones M.R. Co. *Symposium on Motivations*. University of Nebraska.
- Bandura, A. y Walter, R. (1963). *Adolescent aggression*. New York. Ronald Press.
- Barrios, J. (1988). Adolescencia y embarazos aspectos perinatales y socioeconómicos. *Sexualidad en la Adolescencia*. Memorias del I Seminario Colombiano, Asociación Salud y Prevención, Bogotá, pp. 33-39.

- Beck, A. (1970). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press, New York, 6a. ed., 1985.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press, New York.
- Beck, A. y cols., (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatric*.
- Beck, N. y cols. (1980). The prediction of pregnancy outcomes: maternal, preparation, anxiety and attitudinal sets. *Journal of Psychosomatic Research*. vol. 24, pp. 343-351.
- Bemporad, J. (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Revisión crítica de los principales conceptos de depresión. Paidós, Argentina.
- Black, Ch. y De Blassie, R. (1985). Adolescent pregnancy: contributing factors, consequences, treatment and plausible solutions. *Adolescence*. vol. 20, no. 78, pp. 281-290.
- Bleichmar, B. (1988). *La depresión*. Un estudio psicoanalítico. Nueva visión, Buenos Aires.
- Elos, P. (1969). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Joaquín Mortiz, México, 3a. ed., 1980.
- Blum, R. y Resnick, M. (1982). Adolescent sexual decision-making: contraception, pregnancy, abortion, motherhood. *Pediatric Annals*. vol. 11, no. 10, pp. 785-789.
- Brair, M. y Goldman, A. (1971). A study in teen-age pregnancy. *Division of Psychosomatic Medicine*. pp. 755-760.
- Brown, L. y Selznick, P. (1968). *Sociología*. Continental, México, 3a. ed., 1975.
- Bronstein, E. (1980). Comportamiento sexual en una población de estudiantes de la ciudad de México. *Ginecología y Obstetricia de México*. año 35, vol. 48, no. 290, pp. 383-402.
- Calderón, N. (1983). *Depresión*. Trillas, México, 4a. ed., 1985.
- Cardona, J. (1984). *La depresión: la psicopatología de la alegría*. Científico-Médica, Barcelona.
- Carta Latinoamericana (1985). *Adolescencia y Juventud*. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una perspectiva internacional en adolescencia y juventud, año 1, no. 4, p. 2.
- Cassola, R. y Knobel, M. (1985). La depresión y el suicidio en la adolescencia. *La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas*. Publicación científica no. 489, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 168-180.

Cassorla, R. y Knobel, M. (1988). La depresión y el suicidio en la adolescencia. *Sexualidad en la Adolescencia*. Memorias del I Seminario Colombiano, Asociación Salud y Prevención, Bogotá, pp. 168-180.

Choen, I. (1980). Teenage suicide. *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics. vol. 66, no. 1, pp. 144-146.

Clobiner, G. (1974). Pregnancy in the single adolescent girls: The role of cognitive functions. *Journal of Youth and Adolescent*. vol. 3, no. 1, pp. 17-29.

Código civil (1953). Para el D.F. Leyes y Códigos de México, Porrúa, México, 5a. ed., 1983.

Código penal (1953). Para el D.F. Leyes y Códigos de México, Porrúa, México, 3a. ed., 1984.

Collata, N. y Gregg, C. (1981). Adolescent mothers' vulnerability to stress. *Journal Nerv. Mental Disorders*. no. 169, pp. 50-54.

CONAPO (1982). *México demográfico*. Consejo Nacional de Población, México.

Costello, C. (1972). Depressions: lost of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness. *Behavior Therapy*. New York. pp. 240-247.

Cueli, J. y Reidl, L. (1972). *Iniciios de la personalidad*. Trillas, México, 3a. ed., 1986.

De la Fuente, M. (1964). El papel de la depresión en la patología humana. *Revista de Psiquiatría*. vol. 5, año 3, pp. 5-10.

De Moya, A. (1981). *Salud mental y desarrollo*. Colección de la Secretaría del Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), República Dominicana.

Deutsch, M. y Krauss, R. (1976). *Teorías en psicología social*. Paidós, Buenos Aires.

D.S.M. III-R (1983). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Association. Masson. México, 2a. ed., 1984.

Díaz-Guerrero, R. (1967). *Psicología del mexicano*. Trillas, México, 4a. ed., 1986.

Duarte, C. (1988). Embarazo en adolescentes solteras. *Sexualidad en la Adolescencia*. Memorias del I Seminario Colombiano, Asociación Salud y Prevención, Bogotá, pp. 41-45.

Dulanto, E. (1985). La adolescencia en el campesino: estudio de comunidades rurales en Queretaro, Jalisco y Tamaulipas. *La Salud del Adolescente y el Niño de las Américas*. Publicación científica

no. 489, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 259-277.

Eisenberg, G. y Villegas, P. (1987). Hacia un mejor entendimiento del enajenamiento en México. Tesis de Maestría en Orientación y Terapia Familiar, Universidad de las Américas, México.

Ellis, A. (1955). Manual de Terapia Racional Emotiva. Desde de Brouwer, Bilbao, 1981.

Elkind, D. (1987). Depression (14 through 18 years old). Parentia Magazine. vol. 62, p. 206.

Erickson, E. (1959). Sociedad y adolescencia. Siglo XXI, México, 9a. ed., 1985.

Estrada, L. (1987). El ciclo vital de la familia. Posada, México, 2a. ed., 1988.

Fernández, L. y Morelos, A. (1983). La terapia racional emotiva en el tratamiento de la neurrosis depresiva. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, México.

Flavell, J. (1960). La psicología evolutiva de Jean Piaget. Paidós, Buenos Aires, 2a. ed., 1980.

Ford, C. y Beach, F. (1969). Conducta sexual. Fontanella, Barcelona, 4a. ed., 1982.

Freud, S. (1934). Esquema del psicoanálisis. M.W. Norton, New York.

Friedrich, M., Reams, R. y Jacobs, J. (1982). Depression and suicidal e ideations in early adolescence. Journal of Youth and Adolescent. vol. 11, no. 5, pp. 403-407.

García, E. (1952). Introducción al estudio del derecho. Porrúa, México, 34a. ed., 1982.

Gesell, A. (1956). El adolescente de 15 a 16 años. Paidós Educador, México, 12 ed., 1986.

Gibbs, J. (1985). Psychosocial factors associated with depression in urban adolescent females: implications for assessment. Journal of Youth and Adolescence. vol. 14, no. 1, pp. 47-60.

Ginsburg, H. y Oppen, S. (1968). Piaget y la teoría del desarrollo intelectual. Prentice-Hall International, México, 2a. ed., 1981.

Glaser, K. (1981). Psychopathologic patterns in depressed adolescents. American Journal of Psychotherapy. vol. 35, no. 3, pp. 368-382.

Godínez, J. (1984). Procesos de prácticas de enseñanza. ENEP Zaragoza, UNAM, México, 2a. ed., 1985.

- Gordon, R. y Gordon, K. (1959). Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. vol. 77, no. 5, pp. 1074-1083.
- Hardy, J. y cols. (1974). Pronóstico a largo plazo de los embarazos en adolescentes. *Departamento de Desarrollo Infantil*. Informe de estudio longitudinal. Thomas Wilson Sanitarium, Fundación Grant, Fundación Joseph P. Kennedy Jr. pp. 1267-1285.
- Hassan, M. y Falls, F. (1964). The young primipara. *American Journal Gynecology and Obstetrics*. vol. 33, no. 2, pp. 260-269.
- Hasselbach, G. (1980). Consequences of school-age pregnancy and motherhood. *Family relations*. no. 29, pp. 185-190.
- Hofmann, A. (1984). Contraception in adolescence: a review 1. psychosocial aspects. *Bulletin of the World Health Organization*. vol. 62, pp. 151-162.
- Hollon, D. y Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Academic Press, New York.
- Ibáñez, B. (1981). *Una investigación de adolescencia y familia*. Centro de Enseñanza Técnica Superior, México.
- ICAF (1987). *Boletín Informativo*. Se inicia el debate. Centro Internacional de Documentación sobre Fecundidad Adolescente (ICAF) México, vol. 7, no. 3, p.4.
- ICAF (1988). *Nivel de Instrucción y esterilidad temprana*. Hoja de datos del International Clearinghouse on Adolescent Fertility, Washington.
- INEGI (1984). Defunciones generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido. *Anuario*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- Jordan, J. (1985). Crecimiento y desarrollo del adolescente: estudio nacional de Cuba. *La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas*. Publicación científica no. 465, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 235-247.
- Kably, A. y cols. (1982). Embarazo en la adolescente. Análisis de 500 casos. *Ginecología y Obstetricia de México*. vol. 50, no. 33, pp. 179-182.
- Katchadourian, H. y Lunde, D. (1972). *Las bases de la sexualidad humana*. Continental, México, 3a. ed., 1983.
- Kendall, A. y Hollon, S. (1979). *Cognitive behavioral interactions theory, research and procedures*. Academic Press, New York, 1979.
- Krasner, L. y Ullman, L. (1965). *On conscious behavior modifications*. Holt, Rinehart and Winston, New York, pp. 6-26.

- Lesse, S. (1979). Behavioral problems masking depression cultural and clinical survey. *American Journal of Psychotherapy*. vol. 33, no. 1, pp. 41-53.
- Le Vine, R. y cols. (1984). Adolescent school children's attitudes towards reproduction and family life. Report to The Population Council of New York.
- Levine, J. (1977). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. Harla, México, 2a. ed., 1979.
- Lewin, K. (1939). Field theory and experimental in social psychology: concepts and methods. *American Journal Sociology*. vol. 44, pp. 868-897.
- Lewisohn, M. (1974). *Una aproximación conductual a la depresión. Contemporary, theory and research*, New York.
- Lobel, B. y Writer, S. (1964). *Depression what we know*. National Institute of Mental Health Maryland, USA.
- López, I. (1980). *Equivalentes depresivos*. Actas Luso españolas. Psiquiatría y Ciencias Afines S.A., México.
- Lutz, E. (1988). Aspectos psicológicos de la sexualidad en la adolescencia. *Sexualidad en la Adolescencia*. Memorias del I Seminario Colombiano, Asociación Salud y Prevención, Bogotá, pp. 29-32.
- Martínez, M. (1985). *Delitos sexuales*. Porrúa, México.
- May, A., Kahan, B. y Crossholm, A. (1971). *La salud mental de los adolescentes y los jóvenes*. Informe sobre una conferencia técnica. Cuadernos de Salud Pública de la O.M.S., Ginebra, vol. 41.
- McCary, J. y McCary, S. (1967). *Sexualidad humana de McCary*. Manual moderno, México, 4a. ed., 1983.
- McCormick, N., Izzo, A. y Folcik, J. (1985). Adolescent' values sexuality and contraception in a rural New York city. *Adolescence*. vol. 20, no. 78, pp. 385-395.
- McQuail, D. (1969). *Sociología de los medios masivos de comunicación*. Paidós, Buenos Aires.
- Mead, M. (1968). *Educación y cultura*. Paidós, Buenos Aires, 3a. ed., 1972.
- Mendels, J. (1977). *La depresión*. Herder, Barcelona.
- Mojarro, O. (1986). El inicio de la reproducción en las mujeres jóvenes de México 1976-1986. I Reunión Interdisciplinaria sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes. Memorias, AMIDEN, INSS, CORA, México, pp. 46-57.

Molina, R. y Romero, M. (1985). El embarazo en la adolescencia. Experiencia chilena. *La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas*. Publicación científica no. 489, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 208-220.

Molina, R., Romero, M. y González, E. (1985). Embarazo en adolescentes: perspectivas epidemiológicas. *Obstetricia y Ginecología de Chile*. pp. 1-30.

Monroy, A. (1985). Pubertad, adolescencia y cultura. *La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas*. Publicación científica no. 489, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 21-25.

Monroy, A. y cols. (1985). *Salud, sexualidad y adolescencia*. Pax-Mex, México.

Monroy, A. y Martínez, J. (1986). *I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes*. Memorias, AMIDEM, INSS, CORA, México.

Montero, M. (1987). *Psicología política latinoamericana*. Panapo, Venezuela.

Morris, L. y cols. (1987). Young adult reproductive health severity in two delegations of México city. English Language Report, FHIR, AMIDEM, CORA, México.

Morrison, D. (1985). Adolescent contraceptive behaviors: a review. *Psychological Bulletin*. vol. 98, pp. 538-568.

Müller, F. (1960). *Historia de la psicología*. Fondo de cultura económica, México, 2a. ed., 1983.

Munera, A. (1988). Adolescencia, sexualidad, ética y cultura. *Sexualidad en la Adolescencia*. Memorias del I Seminario Colombiano, Asociación Salud y Prevención, Bogotá, pp. 15-28.

Munro, A. (1966). Some familial and social factors in depressive illness. *Journal Psychiatric*. Gran Bretaña, no. 112, pp. 429-441.

Murray, H. (1973). *Test de sucesión temática*. Paidós, Argentina, 4a. ed., 1981.

Noshpitz, J. (1985). El desarrollo psicosocial del adolescente. *La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas*. Publicación científica no. 489, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 71-89.

O'Gorman, E. (1974). *Historia de México: la fusión de dos culturas*. Salvat, México, vol. VII, pp. 3114-3130.

Ornan, A. (1985). *Escundidad y salud*. La experiencia latinoamericana, Organización Panamericana de la Salud, Ginebra.

Ordorica, M. (1982). Análisis de la fecundidad en México. Seminario de los Factores del Cambio Demográfico, México.

Ortiz, A. (1979). La mujer: aspectos antropológicos. Trillas, México, 2a. ed., 1981.

Pardo, M. (1984). Systems approach towards understanding mexican psychosomatic families. Tesis Doctoral, Columbia Pacific University, USA.

Parson, T. (1966). La sociedad. Trillas, México, 3a. ed., 1974.

Paxman, J. (1986). La higiene de la reproducción, los jóvenes y la ley. I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes. Memorias. AMIDEM, IMSS, CORA, México, pp. 108-117.

Pérez, J. y Torres, A. (1988). Repercusiones del embarazo en la salud perinatal de la adolescente. En Atkin, L. y cols. La psicología en el ámbito perinatal. INPer, México.

Piaget, J. e Inhelder. B. (1969). Psicología del niño. Morata, Madrid, 8a. ed., 1978.

Ponce, J. (1981). Dialéctica de las actitudes en la personalidad. Científico-técnica, Habana.

Population Bulletin. (1985). Adolescent fertility worldwide concerns, Washington, vol. 40, no. 2, p. 4.

Population Division Department. (1988). Adolescent reproductive behavior. An annotated bibliography. International Economic and Social Affairs United Nations, USA.

Powell, M. (1963). La psicología de la adolescencia. Fondo de cultura económica. México, 2a. ed., 1981.

Prada, E. y cols. (1983). Adolescentes de hoy, padres del mañana. Instituto Alan Guttmacher, Colombia.

Rapaport, D. (1964). Test de diagnóstico psicológico. Paidós, Buenos Aires.

Reich, W. (1932). La lucha sexual de los jóvenes. Roca, México, 1982.

Reynoso, L. (1986). Anticoncepción en la adolescente. I Reunión Internacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes. Memorias, AMIDEM, IMSS, CORA, México, pp. 154-159.

Riding, A. (1985). Vecinos distantes. Un retrato de los mexicanos. Joaquín Mortiz, Planeta, México.

Riss, L. y Masters, J. (1980). Teoría de la conducta. Trillas, México.

Rojas, H. (1987). **Depresión clínica**. Mecanograma. Universidad de las Américas, México.

Rojas, H. (1988). **Paternidad adolescente y familia de origen: estudio exploratorio**. Tesis de Maestría en Psicología Familiar, Universidad de las Américas. México.

Rossa, M., Fitzgerald, H. y Carson, N. (1982). Teenage and older mothers and their infants: a descriptive comparison. *Adolescence*, vol. 17, no. 65, pp. 1-17.

Ruiz, J. y cols. (1976). Problemas obstétricos de la adolescente. *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 40, no. 241, pp. 337-343.

Sánchez, J. (1974). **Familia y sociedad**. Cuadernos de Joaquín Mortiz, México, 3a. ed., 1980.

Sali, P. y Ortega, S. (1983). **Manual psicopedagógico**. CEDIS, México.

Sarason, I. (1980). **Psicología anormal**. Trillas, México, 2a. ed., 1981.

Sassari, M. (1971). **Depression and Adolescence: Depressive states in childhood and adolescence**. UEP Congr., Stockholm.

Schofield, M. (1971). **El comportamiento sexual de los jóvenes**. Fontanella, Barcelona, Colección científica de la conducta humana no. 2, 2a. ed., 1976.

Semmens, J. y Krantz, K. (1970). **El mundo del adolescente**. Una guía práctica para orientar la conducta social y sexual. Continental, México, 2a. ed., 1980.

Senanayake, P. y Monroy, A. (1987). La planificación de la familia y la salud de los adolescentes. **La atribución de la planificación familiar a la salud de la mujer y el niño**. Informe sobre la Conferencia Internacional de Nairobi, Kenya, UNICEF, pp. 21-22.

Silber, I. (1985). El embarazo en la adolescente: una nueva perspectiva. **La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas**. Publicación científica no. 489, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 203-207.

Skinner, B. (1968). **Ciencia y conducta humana**. Martínez Roca, Barcelona, 6a. ed., 1986.

Skinner, B. (1975). **Sobre el conductismo**. Martínez Roca, Barcelona.

Spence, J. (1976). **Behavioral approaches to therapy**. General Learning Press. New Jersey, pp. 93-125.

SSA (1987). **Boletín de Planificación Familiar**. Atención a la salud de los adolescentes. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), vol. 3, no. 2, pp. 1-4.

SSP (1986). Informe mensual de casos nuevos de enfermedades del D.F. **Boletín**. Secretaría de Salud Pública (SSP), México.

Statix (1986). **Sistema de Análisis Estadístico**, versión 2.1., Micrología Aplicada S.A., México, ENEP Zaragoza, UNAM.

Suárez, D. y cols. (1985). Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. **La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas**. Publicación científica no. 489, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 3-13.

Taylor, D. (1978). **El desarrollo sexual humano**. Perspectivas de la Educación Sexual, Edutev, México.

Tirhani, J. (1986). El embarazo entre adolescentes del Caribe. **I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes**. Memoria, AMIDEM, IMSS, CURA, México, pp. 38-45.

Tolbert, K. (1988). La adolescente embarazada: características y riesgos psicosociales. En Atkin, L. y cols. **La psicología en el ámbito perinatal**. INPer, México.

Tordjman, G. (1987). Realidades y problemas de la vida sexual. **Adolescente**. Enciclopedia de la vida sexual. Argos-Vergara, México.

Toro, L. (1988). Maternidad y embarazo indeseado en la adolescente. **Sexualidad en la Adolescencia**. Memorias del I Seminario Colombiano, Asociación Salud y Prevención, Bogotá, pp. 53-57.

UNESCO (1986). La fecundidad adolescente: una perspectiva internacional. **Lecturas de Población 3**. Programa regional de educación en población de la ONU para la educación, ciencia y cultura, México.

Uriza, G. (1988). Aspectos sociales del embarazo en la adolescencia. **Sexualidad en la Adolescencia**. Memorias del I Seminario Colombiano. Asociación Salud y Prevención, Bogotá, pp. 59-62.

Velazquez, A. (1985). **La salud en México y la investigación clínica**. Desafíos y oportunidades para el año 2000, UNAM, México.

Walters, J. y Walters, L. (1980). Trends affecting adolescent views of sexuality, employment, marriage and child rearing. **Family Relations**, vol. 29, pp. 191-198.

Whaley, D. y Malott, R. (1967). **Psicología del comportamiento**. Fontanella, Barcelona, 1963.

William, F. y cols. (1982). Depression and suicidal ideation in early adolescents. **Journal of Youth and Adolescence**, vol. 2, no. 5, pp. 403-407.

William, W. (1989). La medición de la depresión del Zung. M. Literatura exclusiva para médicos, Folleto del laboratorio Organon, año 4, no. 81.

William, W. (1967). Self-Rating depression Scale Zung. Archives General Psychiatry. vol. 16, pp. 540-549.

Wolkind, S. y Kruk, S. (1985). Teenage pregnancy and motherhood. Journal of The Royal Society of Medicine. vol. 78, pp. 112-116.

Wolpe, J. (1980). Práctica de la terapia de la conducta. Trillas, México.

Wolpe, J. y Lazarus, A. (1969). The practice of behavior therapy. Pergamon, New York.

Zemelman, H. (1987). Uso crítico de la teoría. En torno a las funciones analíticas de la totalidad. Universidad de las Naciones Unidas, Centro de Estudios Sociológicos, Colegio de México, México.

Zongker, C. (1977). The self concept of pregnant adolescent girls. Adolescence. vol. 11, no. 48, pp. 477-488.

Zuckerman, B. y Anaro, H. (1987). Mental health of adolescent mothers: The implications of depression and drugs use. Review article. Developmental and Behavioral Pediatrics. vol. 8, no. 2, pp. 111-116.

Zung, W. y Durham, N. (1965). A Self Rating Depression Scale. Center Archives of General Psychiatry. vol. 12, no. 3, pp. 63-70.

**ANEXO I
ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG**

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
	a	b	c	d
1. No siento abatida y melancólica				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. No cuento trabajo dormirme por la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Note que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación o estreñimiento				
9. El corazón me late más a prisa que de costumbre				
10. No consigo hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. No resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. No siento intranquilidad y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable que lo usual				
16. No resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy estúpido y incompetente				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que los haría en favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

**ANEXO II
HOJA DE EVALUACION
ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG**

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
	a	b	c	d
1. Me siento abatida y melancólica	1	2	3	4
2. En lo mismo me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormir por la noche	1	2	3	4
5. Como igual que antes solo haría	4	3	2	1
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales	4	3	2	1
7. Siento que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Tengo molestias de constipación o estreñimiento	1	2	3	4
9. El corazón me late más a prisa que de costumbre	1	2	3	4
10. Me canso sin hacer nada	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que lo usual	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy ágil y activo	4	3	2	1
18. Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
19. Creo que los haría un favor a los demás muriéndome	1	2	3	4
20. Todavía disfruto con las mismas cosas	4	3	2	1