

El embarazo en adolescentes bogotanas: Significado relacional en el sistema familiar

The relationship-based meaning of teenage pregnancy in Bogotá regarding the family system

Eliane Barreto-Hauzeur¹, María L. Sáenz-Lozada², Fabiola Velandia-Sepulveda³ y Jeny Gómez-González⁴

1 Asesor Independiente. Bogotá, Colombia. elianebarreto@yahoo.com

2 Escuela de Educación Médica Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, mlsaenzl@unal.edu.co

3 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ICBF. Sogamoso, Colombia. luzfabiola07@yahoo.es

4 Fundaterapia, Bogotá, Colombia. jenygomezg@gmail.com

Recibido 14 Julio 2013/Enviado para Modificación 28 Julio 2013/Aceptado 28 Agosto 2013

RESUMEN

Objetivo Indagar acerca del significado que tiene el embarazo de una adolescente en su familia de origen y en ella misma.

Metodología Estudio exploratorio de tipo cualitativo, analítico, de corte transversal. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista a profundidad a 10 gestantes adolescentes y sus familias y un grupo focal con 12 adolescentes embarazadas.

Resultados El análisis por categorías mostró en las adolescentes un límite tenue entre narrativa identitaria y no identitaria con una identidad basada en el concepto familiar. En la familia el embarazo genera una serie de respuestas que incluyen el miedo de la adolescente y su pareja, la decepción parental, el aislamiento social familiar y finalmente la aceptación y resignificación del mismo.

Conclusiones El embarazo puede ser un medio para que la adolescente consiga la nutrición relacional deficitaria en ella, una condición que permite mantener la familia unida en detrimento de la emancipación adolescente y finalmente, un legado transgeneracional.

Palabras Clave: Adolescente, embarazo, familia, síntomas, relaciones familiares (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objectives Ascertaining the meaning of teenage pregnancy for teenagers and their immediate families.

Methodology This was an analytical, cross-sectional, exploratory, qualitative study. Data was obtained through in-depth interviews with 10 pregnant teenagers and their

immediate families, plus a focus group involving another 12 pregnant teenagers.

Results Analysis by category revealed a tenuous limit between adolescents' narrative identity and a lack of such identity and identity based on the concept of family. Pregnancy provokes a series of responses within families, including fear in a pregnant adolescent and her partner, disappointment on the part of the parents, social isolation and eventual acceptance and redefinition of such pregnancy.

Conclusions Pregnancy can provide the means for an adolescent to redress a deficit in her emotional needs, such condition keeping the family together at the expense of a teenager's emancipation and may represent an intergenerational legacy.

Key Words: Adolescent, pregnancy, family, symptom, family relationships (*source: MeSH, NLM*).

En Colombia, el embarazo en adolescentes es un fenómeno persistente: 12,8 % de mujeres entre 15 a 19 años eran madres o estaban en embarazo de su primer hijo en 1990, 19 % en 2000 y 19,5 % en 2010 (1), lo que sitúa al país lejos de la meta esperada de 15 % para el ODM5 (2).

Aunque reconocido, sólo hasta mediados del siglo XX, el embarazo en la adolescencia es visto como un problema de salud pública. Desde lo biológico, estos embarazos pueden culminar en abortos inseguros de alto riesgo (1), cuando continúan existe mayor riesgo de parto pre término o recién nacido con bajo peso, sumado al hecho de que las adolescentes suelen no asistir a control prenatal o lo hacen tardíamente (3). Respecto a la salud mental, hay mayor riesgo de suicidio, depresión y percepción negativa de las redes de apoyo (4). A nivel social, suelen abandonar sus estudios y obtener empleos con menores sueldos, quedan insertas en cuidado de su bebé y muchas veces de sus hermanos menores. Esta restricción a la participación laboral así como otras barreras que limitan los ingresos, son hechos que causan pobreza (5,6). En relación con la pareja, ellas esperan compartir con él las labores de cuidado, crianza y trabajo doméstico, lo que con frecuencia no ocurre (7), anticipándose su futuro de "madre soltera" para el cual debe prepararse como proveedora y cuidadora con las dificultades sociales que esto acarrea.

Múltiples investigaciones, tanto cuantitativas como cualitativas, han abordado la complejidad de este fenómeno (7-14) planteando que la gestación puede surgir como resultado de la inmadurez psíquica de este periodo o como una cadena de efectos relacionados con la pobreza y falta de expectativas de desarrollo

La adolescencia se considera como un periodo particular de maduración. Para Lamas (15) es una fase importante donde se inicia el proceso de individuación de forma consciente y se define la identidad, de manera que se consiga la emancipación. Linares (16) destaca que en este periodo los límites entre identidad y narrativa son permeables, pero se irán solidificando en el camino hacia la adultez. Según Ceberio (17), se espera que al final de este periodo el adolescente asuma la independencia de su familia de origen y se dirija hacia roles y metas de acuerdo con su inteligencia, habilidades y posibilidades del entorno. No obstante, es importante que disponga de la información necesaria para elegir y que la familia le permita interpretar los roles que escoge; es decir, que pueda ser autónomo, porque elegir sus propias reglas es también elegir sus propias opciones (18).

Entendiendo al sistema familiar como un grupo con una identidad única construida a través de su propia mitología y organizado por pautas de interacción y reglas que reflejan su estructura interna (19,20), se identifican en él los subsistemas parental, conyugal y fraternal, siendo el parental responsable del cuidado de los hijos, en una relación denominada por Linares (21) como “parentalidad”, que abarca la forma como los padres tratan a los hijos y la vivencia subjetiva de los hijos sobre cómo son tratados por sus padres. En la parentalidad existen elementos cognitivos, emocionales y pragmáticos conformando lo que el autor denomina “amor complejo” o “nutrición relacional”, elemento fundamental para la génesis de la personalidad. En el aspecto cognitivo está el reconocimiento y la valoración, en el emocional por el cariño y ternura y en el pragmático la sociabilización en sus dos vertientes de protección y normatividad (22). La familia es el espacio relacional donde ocurren acciones intensas y duraderas que dejarán una huella profunda en la vida de todos sus miembros principalmente en los hijos (23). Sin embargo, en la familia no todo es amor. Según el paradigma sistémico, cuando en la familia aparecen situaciones de conflicto, se asigna a uno de sus miembros una función mediadora, de manera que su presencia se vuelve vital para contener el conflicto dentro del sistema. Este “elegido” suele desarrollar alguna conducta que desvía la fuerza desintegradora del conflicto convirtiéndola en preocupación por el “síntoma”. Este se vuelve entonces, una metáfora del problema, un indicador del malestar en la familia (24).

Sumando familia y adolescencia, en este periodo el sistema se enfrenta a una interacción diferente en el manejo del poder (19). Mientras los adolescentes buscan expandir las reglas familiares y salirse del sistema,

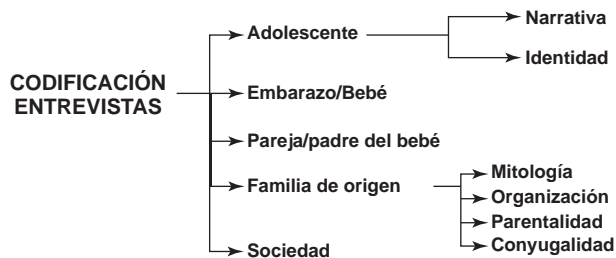
los padres intentan organizar la cotidianidad para disminuir los riesgos del joven y asegurar su futuro. En miras a un adecuado desarrollo y logro de la emancipación, los padres deberán cuidar los límites del sistema, conservar el vínculo parentofamiliar, tolerar las expresiones emocionales y preservar el narcisismo del adolescente, sin daño para el propio (25). La meta será entender que unos y otros son mutuamente responsables de lo que deben construir juntos.

Tomando en cuenta lo anterior, las investigadoras se plantearon la siguiente pregunta: Si desde de la perspectiva sistémica toda conducta tiene un significado y una función individual y familiar, ¿qué significado tiene el embarazo de la adolescente en su familia y en ella misma? ¿Podría su embarazo convertirla en el paciente designado?

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio cualitativo, analítico, de corte transversal. Los datos se obtuvieron en una entrevista a profundidad efectuada en casa de diez familias con adolescente gestante y mediante un grupo focal con 12 adolescentes embarazadas. Las entrevistas y el grupo focal se realizaron con guías semiestructuradas, fueron grabadas, transcritas textualmente e importadas al software Atlas.ti 7.0. Luego de la lectura, discusión y análisis de las entrevistas y con base en el marco teórico, el equipo investigador construyó el Libro de Códigos con 5 categorías principales y 7 subcategorías (Figura 1).

Figura 1. Esquema Libro de Códigos



RESULTADOS

Entre junio y agosto de 2012 se realizaron las entrevistas y el grupo focal. Las participantes pertenecían a los estratos socioeconómicos 1 y

2 de Bogotá, fueron ubicadas a través de los centros operativos locales (COL) de las localidades de Mártires y Chapinero y de la IPS Obstetricia y Ginecología. El grupo focal fue contactado a través del grupo de investigación “Embarazo Adolescente” de la Universidad Nacional de Colombia y se realizó en la localidad Rafael Uribe Uribe. Las entrevistas las realizaron dos de las investigadoras. Los datos sociodemográficos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Nº	Nombre	Edad (años)	Nivel de estudio (grado alcanzado)	Edad gestacional (semanas)	Grupo familiar conviviente
1	ETMC	15	10	18	Mamá, papá, 2 hermanas
2	DC	16	9	18	Mamá, 2 hermanos, 1 hermana, nueva pareja de la mamá
3	DLS	15	7	27	Mamá, 2 hermanos
4	AR	16	9	18	Mamá, 1 hermana , 1 hermano
5	LR	14	8	11	Mamá, papá, 2 hermanas , 1 hermano
6	AMD	14	8	18	Mamá, papá, 1 hermana, 1 hermano
7	NCO	16	9	33	Mamá, nueva pareja de la mamá, hermana, pareja
8	PC	17	10	38	Mamá, 2 hermanas
9	ZR	13	4	32	Mamá, hermana, hermano, pareja
10	LJL	15	5	20	Mamá, nueva pareja de la madre, hermano, pareja

El análisis de las entrevistas por categorías arrojó los siguientes resultados:

Categoría: Adolescente

Ocho de las 10 adolescentes entrevistadas se describen -y son descritas por sus padres- como “juiciosas” o “niñas de su casa”, de manera que su cotidianidad se desenvuelve en el ámbito doméstico.

En cuanto a su rol, casi todas relatan haber asumido desde edad temprana responsabilidades adultas como estar a cargo del cuidado de niños menores, lo cual es considerado como “normal” tanto para ellas

como para su familia. En dos casos se encontró que los niños que cuidaban las llamaban “mamá”.

En la narrativa de las gestantes más jóvenes predomina el lenguaje monosilábico y los eventos se describen como “normales” así se refirieran a situaciones difíciles. En la mayoría no se observó proceso de emancipación e incluso aquellas que conviven con su pareja lo hacen cerca de su familia de origen.

Respecto al proyecto de vida en lo educativo y laboral, las respuestas son vagas y poco coherentes, observando mayor claridad a medida que aumenta la edad.

Categoría: Embarazo/Bebé

El embarazo se vive inicialmente desde el miedo y varias de ellas consideraron abortar. Una vez deciden continuarlo, la experiencia se cataloga como un “error”, “una embarrada”, lo cual genera desilusión individual y familiar. Con el tiempo, la perspectiva va modificándose y el futuro integrante es considerado como una “bendición”, un ser “bonito” y la maternidad surge como una circunstancia que puede mejorar la vida de la adolescente.

Un hallazgo frecuente fue la unión familiar posterior a la crisis inicial que se da alrededor de la gestante, a la que ahora se “cuida más”, vigilando su alimentación y sus actividades. Algunas describen la vivencia del embarazo como una buena experiencia, mientras otras no por los cambios físicos y emocionales. La relación entre la adolescente y su futuro hijo suele ser narrada en términos de cariño, amor y búsqueda de condiciones para que tenga una buena vida. Solamente en un caso la apreciación fue negativa.

Categoría: Pareja/Padre del Bebé

El padre del bebé responde inicialmente con miedo. Posteriormente asume una de dos conductas: presencia o ausencia. Hay participación de la pareja en 7 de las 10 entrevistadas y en 6 asistentes al grupo focal. En cuatro casos la gestante ya convive con él. Tres de los siete padres eran adolescentes. Solo en uno de los casos de ausencia el alejamiento fue voluntario, en los otros dos hubo clara influencia de su familia de origen.

Cuando la pareja permanece, la relación suele ser “buena”. Estos jóvenes suelen modificar su rol asumiendo un papel más adulto como proveedores económicos.

Categoría: Familia de Origen

Subcategoría: Fratria

La relación de la adolescente suele ser más fuerte con la hermana que con el hermano, le cuenta primero a ella la sospecha del embarazo. La hermana recibe la noticia con tristeza pero luego la apoya. En los hermanos, la respuesta inicial es de regaño o reclamo, posteriormente de aceptación y apoyo.

Subcategoría: Mitología Familiar

En 9 de las 10 entrevistas, la respuesta sobre lo que caracterizaba a la familia fue la “unión familiar”. La mitología familiar se caracterizó por la transmisión de estereotipos de género que naturalizan las relaciones de poder y la violencia basada en ellos. Estos suelen estar incluidos en el discurso de la gestante sobre su futuro hijo o hija.

Dentro del mito familiar, el embarazo es visto como una “responsabilidad” que la va a ayudar a madurar, encontrando además que existe una historia transgeneracional de embarazo adolescente, que incluso afecta a las hermanas de la gestante. En general, las madres no querían esa misma experiencia para sus hijas pero están decididas a apoyarlas.

Sobre el rol que va a cumplir el nuevo miembro, la mitología familiar se enfoca en lo no vivido por la adolescente (por ejemplo, ser profesional) o en expectativas familiares.

Subcategoría: Organización

Solo una de las diez familias entrevistadas está conformada por los padres biológicos y sus hijos. Las otras son 4 familias reconstituidas y 5 monoparentales. En general se mantiene la jerarquía del subsistema parental excepto en el caso una gestante de 13 años en donde la organización del sistema dependía de la pareja (padre del bebé). La asignación de roles se organiza pensando en el cuidado del bebé.

En las familias donde la pareja convive con la gestante, él es incluido dentro del sistema como si fuera otro hijo.

Subcategoría: Parentalidad

Existen diferencias en la relación de la gestante con su madre y con su padre. La interacción madre-hija es cercana: la madre está atenta al ciclo menstrual de su hija, quien le cuenta la sospecha del embarazo primero a ella que al padre. La madre la acompaña en el proceso de confirmación de la gestación, aunque refleja tristeza por no haber logrado el “cuidado” en el que tanto se esmeró. El apoyo materno surge como factor clave para que la adolescente continúe la gestación.

La noticia del embarazo se informa al padre a través de un intermediario, generalmente la madre, dándose una respuesta de decepción o rabia.

Padre y madre refieren haber dado consejos sobre “cómo son los hombres”, “cuidarse”, pero sin explicitar como hacerlo.

Subcategoría: Conyugalidad

En siete familias con sistema conyugal presente se observaron buenas relaciones.

Categoría: Sociedad

La postura de las personas fuera la familia se caracteriza por juicios morales frente al embarazo, lo que provoca que el subsistema parental establezca fuertes límites externos.

Para destacar la actitud del sector salud, que desconoce la autonomía de la gestante y le impone criterios morales propios.

DISCUSIÓN

Se tuvo la oportunidad de entrar en contacto con un grupo de doce adolescentes gestantes y con diez sistemas familiares de estrato socioeconómico bajo, con una hija adolescente embarazada. Las respuestas obtenidas permitieron observar fenómenos familiares que ocurrían antes del embarazo y desde el momento en que este se conoce.

En la categoría adolescente, se evidenciaron rasgos característicos de esta etapa como una identidad en proceso de consolidación (16), de manera que la gestante se identifica más con el relato que de ella hace su familia que con una construcción propia, conducta esperable pues no ha habido tiempo

para acumular suficiente experiencia del “sí mismo” (26). Muchas fueron catalogadas por sus padres como “juiciosas”, calificativo que parecería ser sinónimo de ausencia del componente erótico de la sexualidad (27). Ellas se reconocieron como “jóvenes”, característica que definían como beneficiosa para la relación con su futuro hijo. Parecería, como lo destaca Montgomery (8), que las adolescentes creen que no podrán embarazarse si esperan a ser mayores. Su cotidianidad, según Sadler (11), se restringe al ámbito doméstico que incluye asumir el cuidado de sus hermanos menores u otros niños. Pocas sugirieron que finalizar los estudios fuera una meta en su desarrollo y exponían una visión del futuro poco clara. La narrativa del pasado se caracterizó por inmadurez cognitiva: conocían los métodos de planificación pero, al igual que lo señala Singh (28), la mayoría no los usaba. Cabría preguntarse cuáles sí deseaban embarazarse o cuáles, como refiere Montoya (29), tuvieron barreras en el acceso a métodos seguros. Quizás como señala Castrillón (14) “Las adolescentes quedaron embarazadas a partir de su deseo, no por la ignorancia en cuanto a métodos anticonceptivos o factores externos a ellas”

La narrativa sobre el proceso de emancipación fue escasa. Muchas se visualizaron, una vez madres, viviendo con su familia de origen y no con la pareja o independientes. Pareciera que el embarazo no impulsara a la individuación sino reforzara la pertenencia al sistema familiar, lo cual desde una perspectiva sistémica, es indicador de disfunción familiar (30). Esta dificultad para alejarse se presentó en todas. Algunas frente al embarazo se “emancipan” mudándose a otra habitación de la misma casa familiar o consiguiendo una habitación muy cerca ella.

En la categoría de embarazo, se encontraron hallazgos similares a los de Lloyd (31): permite una transición hacia la adultez aunque las adolescentes dependan económicamente de sus padres, sigan escolarizadas o abandonen los estudios. Algunas han iniciado un proyecto de vida de pareja incierto, mientras que para otras se anticipa el rol de “madre soltera” con todo lo que esto presupone: proveer, cuidar, criar y sostener. Una vez se confirma el embarazo, muchas tuvieron miedo y consideraron abortar, lo que según Spear (10), las lleva a tomar decisiones de adultas siendo niñas y sintiendo aún la necesidad de guía y soporte.

La maternidad empieza a surgir como una vivencia amorosa y una circunstancia que puede cambiar sus vidas, similar a lo observado por Harden (12) y Smid (13). Según Montgomery (8), el embarazo está

relacionado con querer tener “algo propio” para cuidar, amar y no estar sola. Pero, ¿podría decirse que este deseo de la adolescente es suficiente para un adecuado apego, relación que Bolwy (32) determinó como indispensable para la salud y el desarrollo físico y emocional de los bebés? En este estudio, similar a lo mencionado por Rentschler (9), ellas aseguran que quieren ser las mejores madres y ofrecer a sus hijos una vida mejor que la propia, especialmente ofrecerles amor.

Desde la mirada sistémica, el embarazo en la adolescente se podría considerar como un síntoma que quiere comunicar algo que el sistema quiere expresar, un indicador del malestar individual, pero también del sistema al cual pertenece (33). En este estudio se observó un cambio de la experiencia familiar del embarazo, que pasa de ser una “desilusión” a una “bendición”. ¿Qué cambió? Un elemento importante que se observó fue la unión familiar frente a la noticia del embarazo que se manifiesta con el cuidado a la gestante. El embarazo pareciera ser un vehículo para mantener a las adolescentes dentro de la familia, atrayendo en algunos casos a la pareja y haciendo que el proceso de emancipación se trunque. Da la impresión que el embarazo le permite recibir los cuidados que no tuvo en la infancia y adolescencia. Recordando que en la perspectiva sistémica, un miembro de la familia -el portador del síntoma- es a quien se asigna una función mediadora en situaciones de conflicto, surge la pregunta: ¿será la adolescente embarazada el “paciente identificado” cuya función es proteger a su familia manteniendo el mito de “unión familiar”? ¿O quizás el embarazo, como síntoma, sea como menciona Ausloos “el resultante de una incompatibilidad entre las finalidades individuales del adolescente y las finalidades de la familia”? (18).

En la categoría familia de origen hubo variedad en la tipología. Sobre la jerarquía, asignación de roles y funciones, el subsistema parental es el que establece las reglas. La adaptación del sistema, permitió observar la redistribución de algunas funciones, sin que se presenten cambios en los roles. La gestante ya no hará tantos “oficios” en casa pero se le seguirá tratando como niña. Surge la duda si el rol de futura madre, que podría definirla como adulta, se va a organizar siguiendo la experiencia infantil de ser “cuidadoras de bebés”. Como lo anota Castrillón (14): “De hecho el niño pasa a convertirse en un hermanito de ellas, un hijo más de su propio padre o madre”.

En la mitología familiar es común la presencia de estereotipos de género que guían el funcionamiento de todos. Se espera que ellas sean “buenas

madres”, es decir cuidadoras, que las parejas sean “responsables”, es decir proveedores y con respecto al bebé, que ojalá sea varón. En algunas entrevistas se observó que el nuevo miembro se cataloga como un ser importante, capaz de redimir los errores cometidos o realizar los proyectos inconclusos o imposibles de su familia de origen. Se encontró además, el embarazo como un hecho compartido con las madres u otras mujeres de la familia (hermanas, abuelas), no apoyar a la hija gestante sería visto como una traición (34).

Con respecto a la parentalidad, la relación madre e hija es intensa. La relación con el padre se caracterizó por la distancia. Parecería que en estas familias la madre es quien da la aceptación del embarazo mientras que el padre otorga la legalidad al mismo, lo que es acorde con Chouhy (35) quien aduce que el padre es el encargado de proteger el encuadre familiar.

En cuanto a la nutrición relacional (22), varias gestantes mencionaron infancias en donde asumieron el rol de cuidadoras con padres ausentes y madres ocupadas como proveedoras de sus familias. ¿Podría esta carencia afectiva estar relacionada con la ocurrencia de la gestación? Como menciona Zapata (36), la competencia parental se asocia con el aliento y respeto de la individualidad, la expresividad y la responsabilidad del adolescente, conducta no siempre encontrada en estas familias.

En la categoría pareja se observó como primera reacción el miedo. Para Estupiñán (7) es común el abandono de la pareja después del primer trimestre, decisión que relaciona con los cambios anímicos de la gestante. En este estudio la decisión masculina de abandono estuvo vinculada con la postura de su familia de origen. Una revisión sistemática realizada en el Reino Unido, mostró que los hombres adolescentes ven la gestación como un evento negativo puesto que tener un hijo limita sus aspiraciones, metas y libertad (37).

En cuanto a la sociedad, según Rentschler (9), la postura puede ser de apoyo o de crítica. En este estudio, el ámbito escolar fue de apoyo mientras que en el de salud se evidenció vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de la adolescente, al darle información científicamente incorrecta sobre la interrupción del embarazo.

De acuerdo a lo encontrado se plantean tres hipótesis relacionales frente al embarazo adolescente es: un intento de la adolescente de satisfacer su

necesidad de ser reconocida, valorada y amada por su familia; un intento de emanciparse de un sistema familiar amalgamado que se trunca, generando más de lo mismo; o hace parte de un legado familiar con sus mitos y lealtades que no siempre ayuda al desarrollo de sus miembros.

Sea cual fuere la explicación al fenómeno del embarazo en adolescentes, para el equipo investigador esta conducta no deja de ser un síntoma que habla de un sistema familiar con dificultades en la trayectoria de su ciclo vital •

REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Profamilia. [Internet]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9. Consultado en octubre de 2011.
2. PNUD-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Colombia. Objetivos del Milenio: ¿Cómo vamos? Objetivos del Milenio. [Internet]. Disponible en: http://odm.pnudcolombia.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=6&Itemid=15. Consultado en septiembre de 2012.
3. Hueston WJ, Quattlebaum RG, Benich JJ. How Much Money Can Early Prenatal Care for Teen Pregnancies Save? A Cost-Benefit Analysis. *J Am Board Fam Med.* 2008; 21 (3): 184-90.
4. Vásquez R, Piñeros S. Psicopatología en madres adolescentes. *Pediatría (Bogotá).* 1997; 32 (4): 229-38.
5. Flórez CE, Soto V. Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y Lineamientos de política. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD). 2007. [Internet] Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/EnQueVamos/FECUNDIDAD.pdf>. Consultado en octubre de 2011.
6. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México.* 1997; 39 (2): 137-43.
7. Estupiñán M, Rodríguez L. Aspectos psicosociales en adolescentes embarazadas. *Revista de Salud Pública (Bogotá).* 2009; 11 (6): 988-98.
8. Montgomery KS. Planned Adolescent Pregnancy: What They Wanted. *J Pediatric Health Care.* 2002; 16 (6): 282-289.
9. Rentschler DD. Perspectives of pregnancy. *Am J Matern Child Nurs.* 2003; 28 (6): 377- 83.
10. Spear HJ. Personal Narratives of Adolescent Mothers-to-Be: Contraception, Decision Making, and Future Expectations. *Public Health Nursing.* 2004; 21 (4): 338-46.
11. Sadler M, Aguayo F. Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes. Centro interdisciplinarios de Estudios de Género (CIEG). Universidad de Chile. 2006. [Internet]. Disponible en: www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2009/12/Gestación-Adolescente-y-Dinámicas-Familiares.pdf. Consultado en mayo de 2012.
12. Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ.* 2009; 339: 42-54.
13. Smid M, Bougois P, Auerswald CLI. The challenge of pregnancy among homeless youth: reclaiming a lost opportunity. *J Health Care Poor Underserved.* 2010; 21 (2 Suppl): 140-56.
14. Castrillón S. La función del embarazo en adolescentes sobre la resignificación de la sexualidad. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública,* 2010; 28 (1): 42-47.

15. Lamas C. Para comprender la adolescencia problemática. *Revista Redes*. 2007; 18: 63-85.
16. Linares JL. *Identidad y Narrativa: La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar; 1996
17. Ceberio MR. *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia*. Buenos Aires: Teseo; 2009
18. Ausloos G. *La compétence des familles*. Ramonville Saint-Agne: Editions Éres; 1995.
19. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. 9a reimpresión. Barcelona: Gedisa; 2005.
20. De Bernart R. *Hermanos y nuevas jerarquías. Cambios familiares: Nuevas relaciones, nuevas jerarquías*. Mosaico. 2010; 46: 15-23.
21. Linares JL. *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2002.
22. Linares JL. *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder; 2012.
23. Nardone G, Giannotti E, Rocchi R. *Modelos de familia*. Barcelona: Herder; 2001.
24. Hoffman L. *Fundamentos de la terapia familiar*. 9ª reimpresión. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2010.
25. Schmit G, Wawrzyniak M. (Trad Claudio des Champs). *Padre de adolescente hoy. Perspectivas Sistémicas*. 2000. [Internet]. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/padre.htm>. Consultado marzo 10 de 2012.
26. Erikson EH. *Infancia y Sociedad*. 9ª edición. Buenos Aires: Ediciones Hormé S.A.E.; 1983.
27. Sáenz ML. *El desarrollo del pudor*. *Pediatría*. Órgano oficial de la Sociedad Colombiana de Pediatría. 2002; 37 (3): 213-16.
28. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Vlassoff M. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher Institute; 2009.
29. Montoya P, Barreto E, Blanco A, Cárdenas, Chavarro, Piñeros S. *Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá*. En: UNFPA y Secretaría Distrital de Salud Embarazo Adolescente en Bogotá: *construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos: Experiencias de gestión del conocimiento- Convenio 698 SDS-UNFPA*. Bogotá: LEGIS S.A; 2011.
30. Haley J. *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. 3º reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
31. Lloyd CB. *Growing Up Global. The Changing Transitions to Adulthood in Developing countries*. Washington, DC: National Academies Press; 2005.
32. Bolwy J. *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata S.L.; 1986.
33. Onnis L, Ceberio M. *Cuando el cuerpo habla. La Perspectiva Sistémica en psicósomática. Perspectivas sistémicas*. 2007. [Internet]. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/onnisi.htm>. Consultado octubre de 2011.
34. Stierlin H. *Group Fantasies and Family Myths - Some Theoretical and Practical Aspects. Family Process*. 1973; 12 (2): 111-25.
35. Chouhy R. *Función Paterna y Familia Monoparental: ¿Cuál es el costo de prescindir del padre? Perspectivas Sistémicas*. 2011. [Internet]. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/chouhy.htm>. Consultado de octubre de 2011.
36. Zapata JM. *La competencia familiar, el adolescente y la farmacodependencia. Perspectivas Sistémica*. [Internet]. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/zapata.htm>. Consultado de febrero de 2012.
37. Lohan M, Cruise S, O'Halloran P, Aldarice F, Hyde A. *Adolescent Men's Attitudes in Relation to Pregnancy and Pregnancy Outcomes: A Systematic Review of the Literature From 1980–2009*. *Journal of Adolescent Health*. 2010; 47(4): 327-345.