

Psicología

Problemas psicosociales del embarazo y la maternidad adolescente

Psychosocial problems in adolescent pregnancy and maternity

Gala León F:¹, Lupiani Giménez M² M², Lupiani Giménez M³

¹Catedrático de Ciencias Psicosociales Aplicadas. E.U de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz (UCA); ²Profesora Titular de Enfermería Médico-Quirúrgica. Universidad de Cádiz (UCA); ³Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Militar de Ceuta. (Grupo Investigador en Psicología de la Salud. CTS -386- PAI).

Resumen

La maternidad es quizás la experiencia más importante, biopsicosocialmente hablando, en la vida de muchas mujeres; sin embargo la armonía biopsicosocial que debe regir en el embarazo y la maternidad se rompe en el caso de que la madre sea adolescente.

El problema no es anecdótico puesto que en Occidente, incluida Iberoamérica, su incidencia aumenta progresivamente de la mano de una iniciación sexual cada vez más precoz unida a una desinformación sexológica y contraceptiva. Además aflora frecuentemente en un marco social, interpersonal y personal de marginación, inestabilidad e inmadurez.

Así ofrecemos un análisis de los problemas psicosociales que el embarazo adolescente plantea, tras la evidencia epidemiológica de que el problema aumenta progresivamente en Occidente, en estrecha relación con los hábitos sexuales de nuestros jóvenes, generándose así un cambio emergente en el marco sociocultural regulador de la reproducción humana; concluyendo con unas recomendaciones finales que pasan, en esencia, por una mejor educación sexual, unas más adecuadas estructuras de planificación familiar con -incluso- un cambio legislativo y unos servicios psicosociales de atención e intervención para estos casos, junto a programas específicos al respecto en el seno familiar y escolar con el apoyo y apoyo de los medios de comunicación de masas, sobretodo de la Televisión.

Palabras Clave: Embarazo adolescente. Maternidad adolescente. Psicología del embarazo adolescente.

Correspondencia: Prof. Dr. Fco. Javier Gala León.
E.U. de Ciencias de la Salud
Universidad de Cádiz
Duque de Nájera, 18
11002 Cádiz.

Summary

Maternity is perhaps the most important experience, biopsychosocially speaking, in the life of many women; nevertheless, the biopsychosocial harmony that should reign during pregnancy and maternity is broken when the mother is an adolescent.

The problem is not anecdotal since in Western cultures, including Iberoamerica, the number of cases is progressively increasing hand in hand with an increasingly early sexual initiation together with sexological and contraceptive misinformation. In addition, it frequently appears in a social setting of interpersonal and personal marginalization, instability and immaturity. We offer an analysis of the psychosocial problems faced by adolescent pregnancy, with the epidemiologic evidence that the problem is increasing progressively in Western culture, in close relation to the sexual habits of our youth, generating an emerging change in the sociocultural framework which regulates human reproduction, concluding with the final recommendations that include, in essence, better sexual education, a more adequate family planning structure with a legislative change and psychosocial services for attention and intervention in these cases, together with specific programs regarding the family and school nucleus with the help and support of the mass media, especially television.

Key Words: Adolescent pregnancy. Adolescent maternity. Psychosociology of adolescent pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es quizás la experiencia más importante, biopsicosocialmente hablando, en la vida de la mayoría de las mujeres. De hecho, convertirse en madre es un de las vivencias más significativas en el desarrollo socio-personal de una mujer que, verdadero troquelado biopsicosocial, se considera una transición normativa propia de la adultez (1, 2), puesto que ser padres exige la disposición, las habilidades y las destrezas para gestar, alumbrar y criar a un ser humano de manera sostenida, con inteligencia y sensibilidad y con un sentimiento positivo maduro que se traduzca en cuidados y afectos al natus y al bebé (3). Como hemos dicho, se trata de un acontecimiento trascendente de gran calado biopsicosocial; esto es, con aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales íntimamente interrelacionados (4):

* Aspectos biológicos que hacen referencia a los objetivos de conseguir que nazca un niño sano, pero sin complicaciones o detrimentos para la madre.

* Aspectos psicológicos que apelan a las intensas reacciones emocionales asociadas, a la identidad personal y a la autoestima, a la imagen corporal, al sentido de autorrealización y al crecimiento y madurez personal que implica la adaptación a la nueva situación.

* Aspectos sociales que aluden a los cambios de roles de los progenitores, a las interrelaciones de la pareja consigo misma y con su entorno social y afectivo. Todo ello configurará el marco y el apoyo social disponibles para afrontar la situación, incluso económicamente, sin olvidar los:

* Aspectos culturales internalizados mediante la socialización, que se refieren a los roles, ritos, creencias y prejuicios de una sociedad en concreto en torno al embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo, más frecuentemente que lo deseable, la armonía que debe regir en estos aspectos citados se rasga por la brecha cronológica que existe entre la madurez sexual y reproductiva y la madurez psicosocial, en la especie humana y, sobre todo, en las mujeres (5), de modo que un porcentaje importante de chicas se convierte en madre durante la adolescencia.

EPIDEMIOLOGÍA

El problema no es, ni mucho menos, anecdótico: Actualmente se constata un aumento progresivo del embarazo adolescente, mientras desciende la natalidad en las mujeres adultas, sobre todo en Occidente (6). Así, vemos como durante la década de los 80 del pasado siglo el 40% de los embarazos en USA se daba en menores de 20 años -traduciéndose en un 20% de los partos- con abortos voluntarios en el 50% de los casos- (7), siendo -por entonces- la incidencia reconocida en España de un 4% (8).

De hecho, la edad de los 15 a los 19 años es el único sector en el que el índice de natalidad crece en España -sobre todo en Andalucía y, más aún, en Cádiz- (9).

Posteriormente, en un informe de la ONU (10), se constataba como casi un 10% de las chicas menores de 16 años se habían quedado embarazadas en USA en alguna ocasión. Respecto a Europa los porcentajes

eran en torno al 5% en Gran Bretaña y Francia y de un 3,5% en Suecia, descendiendo en los Países Bajos un 1,5% en virtud de las campañas preventivas al respecto.

Recientemente se calcula que en EEUU se embaraza al año más de 1 millón de adolescentes (30.000 con menos de 15 años), desembocando en aborto unos 450.000; estableciéndose la incidencia de la maternidad -no ya del embarazo- adolescente en un 5,3% (11). Pero todo ello resulta baladí en comparación con la epidemia de embarazos de adolescentes en América Latina y el Caribe (muchas de las veces, frutos de violaciones, como el triste caso de la niña costarricense de 9 años de edad que nos ha aireado la prensa en los últimos días). De hecho, y solo a título ilustrativo, en Jamaica más del 50% de todas las mujeres dan a luz durante la adolescencia (12).

En España, los datos más recientes nos los aporta un estudio del CSIC (13) evidenciándose que se producen unos 18.000 embarazos anuales en menores de 19 años, estando nuestro país a la cabeza de la Unión Europea, algo detrás del Reino Unido (14); pero en Andalucía -y, en Cádiz,- el panorama es más desolador, representando el 5,5% del total de todos los partos asistidos en el SAS los correspondientes a chicas menores de 19 años (15) y casi el 20% de todos los abortos practicados (siendo, en casi un 9% de los casos, abortos de repetición (16)).

Y es que la iniciación sexual es cada vez más precoz y mayor es el número de adolescentes que mantienen relaciones sexuales eminentemente coitales (17) guardando -como era de suponer- una estrecha relación el embarazo y la maternidad adolescente con los hábitos sexuales de nuestros jóvenes (18); así un estudio en Cataluña (19) nos indica que entre 1978 y 1992 tres de cada cuatro adolescente habían mantenido relaciones sexuales antes de los 18 años (el 33% de los casos sin métodos anticonceptivos). Como siempre, el dato en Latinoamérica es más importante: La edad media del primer acto sexual varía, entre los hombres, desde los 12 años en Jamaica a los 14 en Ciudad de México, estando entre las chicas alrededor de los 17 años (En Colombia casi un 24% de las niñas han tenido relaciones sexuales a los 16 años, siendo en Honduras casi el 50% (20)).

En Andalucía la iniciación sexual se sitúa en los 16 años, manifestándose “una tendencia a una mayor precocidad” (21), con una media de seis relaciones al mes, en el varón, y ocho en las chicas -el 23% sin anticonceptivos, en ambos casos- y en un marco calificable como de promiscuidad (los jóvenes del sur admiten un promedio de 10,9 parejas sexuales distintas -más los chicos que las chicas- en su corta vida (22)).

Como contrapartida paradójica esta actividad sexual se adorna con una general desinformación sexual y contraceptiva (23); de modo que, frente a la percepción general en sentido contrario, la educación sexual de la que disponen nuestros jóvenes es escasa (24).

En suma, el descenso de la edad en el comienzo de las relaciones sexuales, el incremento de adolescentes sexualmente activos, la escasa e inadecuada información, el bajo nivel sociocultural, unido a veces a la marginación y a la ruptura del sistema familiar (25) junto a la atracción por correr riesgos -típica de los jóvenes- al pensamiento ideal de que “a mí no me va a pasar” y a la necesidad de identificación con el grupo de iguales, sumándosele la presión de los medios de comunicación de masas, sitúan a los jóvenes como grupo de riesgo tanto de los embarazos indeseados cuanto de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA (26).

MARCO SOCIOCULTURAL

Todas las culturas conocidas regulan, de una forma u otra, la conducta reproductora dentro de un marco sociocultural que conforma, a veces, un verdadero troquelado (27) pues toda sociedad espera de sus miembros determinados comportamientos correspondientes a su edad y situación. Normalmente la sociedad exige una garantía por parte de los progenitores para este proceso, centrada en los paradigmas de la responsabilidad y el comportamiento adecuado, puesto que -culturalmente hablando- el embarazo constituye el signo evidente de que la pareja ha llegado a la etapa de transición a la madurez (28), siendo el garante del apoyo económico y de la protección a la gestante y al recién nacido el marido. Por desgracia esta “madurez” y esta “responsabilidad” raras veces se encuentran en las adolescentes y poco apoyo puede dar un “marido” también adolescente.

Como se ha comentado en la introducción, durante el embarazo y el postparto el marco social, interpersonal y personal, deben atender a unos objetivos biológicos (el nacimiento y desarrollo de un niño integralmente sano, sin detrimento para la madre) y unos objetivos psicosociales (que en el caso de la embarazada o puérpera son que crezca y madure como madre). Esto exige una normalización del desarrollo biopsicosocial que requiere la consecución de 3 sub-componentes:

- La aceptación del embarazo intelectual y emocionalmente.

- La adaptación del rol materno, asignándole también al neonato una identidad objetiva.
- La “ligazón materno fetal” (“materno-fetal attachment”) que se describe como una actitud positiva e interactiva con el feto, base de la futura relación afectiva madre-hijo y del diálogo tónico-afectivo.

Esto conformaría el marco sociocultural normativo o “ideal”.

Sin embargo este marco social (en el entorno), interpersonal (en la pareja de jóvenes) y personal (en la propia autopercepción de la chica) no se dan en el caso del embarazo y la maternidad adolescentes, conformándose un marco “real” bien distinto al “ideal”: En cuanto al entorno, aunque existe una gran variabilidad es frecuente el encontrar una familia de origen con bajos ingresos, bajos niveles socio-educativos y difícil acceso a los mecanismos de protección familiar. Con gran frecuencia las madres adolescentes suelen ser hijas a su vez de mujeres que también fueron madres durante la adolescencia (abuelas con menos de 35 años) conformándose un peculiar entorno socio-económico-cultural con singulares relaciones intergeneracionales también (29). En cuanto al marco interpersonal de la pareja la perspectiva no es más halagüeña puesto que normalmente abandona el sistema educativo, sobre todo la chica, (si estaban en él) y carecen normalmente de expectativas laborales y de trayectoria vital, casi con lo que se sigue viviendo al amparo de la/s familia/s de origen (sin independencia psicosocial). A nivel personal la chica suele evidenciar sentimientos de frustración, desesperanza e impotencia, ansiedad, depresión y sufrimiento en una situación claramente estresante (30).

1.- Subgrupos

De todos modos, debemos advertir que las embarazadas y madres adolescentes no constituyen un único grupo homogéneo, (debemos atender a si el embarazo es o no deseado -aunque hay autores que dicen que “embarazo adolescente indeseado”, en nuestro marco, es una redundancia (31)-, al marco social, a la existencia o no de un marido o compañero adulto/responsable, a la aceptación familiar, legitimación etc). Así, en un estudio de la Universidad de Granada (32) con chicas menores de 18 años se han roturado 3 subgrupos:

- a) Solteras, sin pareja y con embarazo indeseado (24%)
- b) Casadas “forzosamente” por el embarazo (33%).

- c) Casadas regularmente, con maridos adultos, con embarazo deseado y tras el matrimonio (43%).

Este subgrupo está formado por muchachas procedentes del medio rural andaluz (la “profunda Andalucía”) o de étnia gitana, normalmente con una edad media de 17 / 18 años, lo que en ese marco -al menos cuando se hizo el estudio, hacia 1987- era una edad aceptable para el matrimonio de una chica (curiosamente no aparecieron complicaciones obstétricas ni psicosociales postparto diferentes a las mujeres de 20-25 años de su entorno y ambiente social. La clave es que la adolescencia es una etapa psicosocial y no meramente cronológica / biológica -como es la pubertad- y, en ese marco, esas chicas no son ya adolescentes sino adultas jóvenes (33) lo cual podría también aplicarse a ciertos grupos de inmigrantes).

Así, el verdadero problema lo constituye el embarazo y la maternidad en las adolescentes solteras o casadas forzosamente (o de “penalti” según el gráfico modismo popular).

PROBLEMAS PSICOSOCIALES

El peso psicosocial del problema es bastante elevado (34) de modo que el embarazo y la maternidad en la adolescente constituye un problema de Salud Pública (35); pero, sobre todo, en virtud y respecto al aspecto psicosocial puesto que curiosamente si no hay un marco psicosocial problemático o éste es similar al de los grupos de control el riesgo biológico perinatal es semejante al de los embarazos en mujeres mayores (36-37).

La pléyade de posibles problemas psicosociales es inmensa, de la que podemos destacar:

- * Menos del 50% de las madres adolescentes tiene pareja estable (en el estudio de la Universidad de Granada menos del 30%).
- * Muchas veces los padres se obstinan en la boda forzosa, abonándose el campo para un futuro fracaso matrimonial.
- * Cerca del 70% de los casos se da en clases sociales bajas o muy bajas, con los problemas añadidos de marginación, paro, desarraigo, quiebra de la estructura familiar, aculturación (38).
- * La proporción de fumadoras es tres veces superior al del resto de las gestantes, declarándose “drogadictas” cerca del 16% (39-40). En este marco no escasean las chicas VIH positivas y enfermas de SIDA (41).
- * Se produce casi siempre una importante ruptura

con el grupo de iguales y con la trayectoria de vida propia.

- * En la mayoría de los casos se abandona la escuela o la formación profesional.
- * Los malos tratos a embarazadas adolescentes son más frecuentes (42).
- * El aborto provocado (a veces más de una vez) alcanza -como vimos- casi la mitad de los casos, siendo la incidencia de la entrega en adopción del bebé cercana al 15% de los casos (43), no escaseando el abandono de los recién nacidos y el infanticidio.
- * Tampoco es infrecuente la expulsión o el abandono del hogar, con el correlato de la prostitución y/o el ejercicio delictivo (44), afrontándose, además, la maternidad en solitario (45).

En suma, vemos un amplio repertorio de problemas psicosociales fruto de la inmadurez física, psicológica y social que dificulta el acceder a un rol adulto y la responsabilidad de organizar un contexto que favorezca una gestación y un desarrollo óptimo de los hijos (46) la mayoría de las veces en un escenario en el que se cuenta con pocos apoyos sociales, pocos recursos económicos y un bajo nivel educativo. Todo ello hace que el embarazo y la maternidad durante la adolescencia supongan un verdadero riesgo psicosocial, describiéndose a los bebés de estos adolescentes como “los niños de los niños”.

RECOMENDACIONES FINALES

El riesgo psicosocial arriba descrito ha de ser convenientemente estudiado y previsto; si no, los resultados pueden ser catastróficos. Para ello se precisaría, entre otros, de una serie de resortes tales como:

- * Estudios epidemiológicos específicos de cada marco geográfico y en cada sector sociodemográfico para cuantificar y estimar la realidad de esta problemática en cada región, comarca o ciudad, así como las variables que la sustentan y condicionan.
- * Una educación sexual más extensa e intensa, desterrando de una vez el tabú y el prejuicio de que una mayor información / formación al respecto estimula la precocidad sexual (de hecho en Europa las tasas menores de embarazo adolescente las presenta Holanda, que no es precisamente pacata al respecto). En este sentido la educación sexual debería incardinarse de forma transversal en los contenidos curriculares tanto de la E.S.O cuanto del Bachillerato y la FP.

- * Unas estructuras de planificación familiar más idóneas, facilitando el acceso y eliminando los obstáculos a los anticonceptivos: con expendedores de preservativos, p.ej. en colegios y con un cambio legal/normativo que permitiera el acceso de usuarios/as menores de 18 años a los servicios de Planificación Familiar.
- * Una educación a nuestras jóvenes que no olvide conceptos y valores tales como autoresponsabilidad, compromiso, asunción de consecuencias, relaciones de causa-efecto etc (aunque nos parezcan “políticamente incorrectos” o incómodos), centrada en el seno familiar -comprometido al respecto- y con el apoyo de los medios de comunicación de masas, en concreto la Televisión, al menos la pública, con programas específicos al respecto e intentando evitar tanta “telebasura” con modelos adolescentes meramente hedónicos, irresponsables e intrascendentes.
- * Servicio psicosociales de atención e intervención a estos casos, bien ajustados y que doten de buenos apoyos instrumentales y emocionales; capacitantes en suma. (Estos servicios se pueden incardinar en las Concejalías de la Juventud o de la Mujer de los Ayuntamientos).
- * Programas de Planificación Familiar específicos para adolescentes y jóvenes en el seno de la Red de Centros de Atención Primaria que incidan en prevenir/paliar el recurso fácil -hasta ahora utilizado en una frecuencia mayor a lo deseable- de la “píldora del día después” como comodín anticonceptivo.
- * Utilización de programas específicos de Educación para la Salud centrados en la prevención del embarazo indeseado en adolescentes en el marco familiar y escolar. (En la literatura española al respecto existen diversos modelos y ejemplos -47-).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Hidalgo M^a V.:** El proceso de convertirse en padre y madre: una importante transición evolutiva”. Apuntes de Psicología 1995; 44: 45-58.
2. **Hidalgo M^a V.:** Mujeres y hombres ante la tarea de ser padres. Algunas de sus dificultades y necesidades de apoyo. Apuntes de Psicología 1996; 48: 27-39.
3. **Vidal A.:** Aspectos psicológicos de la paternidad y la maternidad. En Enfermería Maternal. Ed. Seguranyes G. Masson. Barcelona, (págs. 283-289) 1995.
4. **Salvatierra V.:** Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Martínez Roca. Barcelona, 1989.

5. **Hernan M.:** Prevención del embarazo juvenil. En Salud Materno-Infantil: Cinco Simposios para el consenso Eds. García M^a y Mon M^a A. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, (pp 39-48) 1995.
6. **Gala FJ, Moreno L.:** Prevención del embarazo indeseado en adolescentes. Rev. Iberoamericana de Fertilidad 1990; Vol. VII (6): 75-79.
7. **Jiménez C.:** Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. Universidad de Córdoba, 1998.
8. **Salvatierra V.:** Op. cit. 1989.
9. **Gala FJ, Moreno L.:** Op. cit. 1990.
10. **United Nations.:** World populations trends and policies: 1991 monitoring report". Public. ONU. Nueva York, 1991.
11. **Hernan M.:** Op. Cit. 1995.
12. **Hernan M.:** Íbidem. 1995.
13. **Delgado M.:** La fecundidad joven y adolescente en España. CSIC. Madrid, 1998.
14. **Delgado M.:** Familia y fecundidad en España. Ponencia del curso de la UIMP "La familia Española: Estructuras y tendencias". Santander, 2001.
15. **Jimeno C.:** Llega el día después. Rev. Salud entre todos 2001; 86: 14-20.
16. **Consejería de Salud.:** Plan integral de atención a los problemas de salud de los jóvenes. Junta de Andalucía. Sevilla, 2000.
17. **Gala FJ, Moreno L.:** Op. cit. 1990.
18. **Hidalgo J, Hidalgo M^aV.:** Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. Apuntes de Psicología 2002; Vol. XX (2): 243-256.
19. **Armells M, Prats R, Arnau J, Salleras LL.:** Evolución de los embarazos entre adolescentes de Cataluña (1987-1992). Atención Primaria 1995; 16 (8): 469-472.
20. **Hernan M.:** Op. cit. 1995.
21. **Dueñas JL.:** I^a Encuesta Shering sobre sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española. Diario de Cádiz 19/9/2002.
22. **Coperias E.:** Claves psicológicas y biológicas del amor juvenil. Rev. Muy Interesante 2003; 264:48-60.
23. **Gala FJ, Moreno L.:** Op. cit. 1990.
24. **Hidalgo J, Hidalgo M^a V.:** Op. cit. 2002.
25. **Usandizaga J, Cano M, Rodríguez-González R.:** Embarazos en la adolescencia. Aspectos sociológicos y epidemiológicos. XIX Congreso Nacional de la AGE. Oviedo, 1987 (citados por V. Salvatierra Op. cit 1989, pág. 61).
26. **Consejería de Salud.:** Plan andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 1993.
27. **Salvatierra V.:** Op. cit. 1989.
28. **Light D, Keller S, Calhoun C.:** Sociología. Mc Graw-Hill. Madrid, 1991.
29. **Alatorre J, Atkin L.:** El embarazo adolescente y la pobreza. En Mujeres pobres: Salud y Trabajo. Eds. Bonfil P y Sallés V. Gimtrap. México (pp 13-30), 1998.
30. **Jiménez C.:** Op. cit. 1998.
31. **Gala FJ, Moreno L.:** Op. cit. 1990.
32. **Cuenca C, Florido J, Salvatierra V.:** Tensión emocional, actitudes y sentimientos profundos en embarazadas adolescente". XIX Congreso Nacional de la AGE . Oviedo, 1987 (citados por V. Salvatierra. Op. cit. 1989, pág. 60)
33. **Moraleta M.:** Psicología del desarrollo: Infancia, adolescencia, madurez y senectud. Ed. Boixareu. Barcelona, 1992.
34. **Gala FJ, Moreno L.:** Op. cit. 1992.
35. **Donat I, Colomer C.:** "Estudio epidemiológico del embarazo en adolescentes. Rev. Española de Obstetricia y Ginecología 1984; XLII (3): 72-84.
36. **Rotheberg B, Varga P.:** The relations hip between age of mother, child health and development. Am J. Publ. Health 1981; 81: 810-12.
37. **Monleon J, Minguez J.:** Patología de la gestación en la mujer adolescente. XIX Congreso Nacional de la AGE . Oviedo, 1987 (Citados por V. Salvatierra. Op. cit. 1989, pág. 60).
38. **Youngs D, Niebyl J, Blake D et al.:** Unders tanding adolescent pregnancy. En Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Eds. Yougs D y Ehrhandt A. Appleton (pp 199-210). Nueva York, 1980.
39. **Gala F J, Moreno L.:** Op. cit. 1990.
40. **Dickason E, Silverman B, Schult M.:** Enfermería Materno-Infantil. Ed. Mosby / Doyma. Madrid, 1995.
41. **Gala FJ, Bas P, Lupiani M et al.:** Test de Apgar e infección por VIH / SIDA: un estudio en nacidos/as de adictas a drogas por vía parenteral (ADVP)". Rev. Iberoamericana de Fertilidad. Vol. XIV (2): 69-76, 1997.
42. **Jiménez C.:** Op. cit. 1998.
43. **Gala FJ, Moreno L.:** Op. cit. 1990.
44. **Gala FJ, Moreno L.:** Íbidem 1990.
45. **Hidalgo J, Hidalgo M^a V.:** Op. cit. 2002.
46. **Hidalgo M^a V.:** Transición a la maternidad y la paternidad. En Familia y desarrollo humano. Eds. Rodrigo M y Palacios J. Alianza Editorial. Madrid (pp 161-180), 1998.
47. **Gala F J, Moreno L.:** Op. cit. 1990.