

885325



CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO
"FRAY ANDRÉS DE URDANETA"
NIVEL LICENCIATURA
CLAVE DE INCORPORACIÓN:
UNAM - 8853
PSICOLOGÍA

**REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LAS ADOLESCENTES
EN EL POSPARTO: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
COGNITIVO - CONDUCTUAL**

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**MÓNICA JANET FLORES GARCÍA
MAGALI GÓMEZ DUARTE**

ASESOR: LIC. RICARDO POPOCA PASTRANA

COACALCO, ESTADO DE MÉXICO 2005



0341997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

"Todos los hombres tienen un mismo objetivo: el éxito o la felicidad. La única forma de lograr un éxito real es expresarse totalmente al servicio de la sociedad.

En primer lugar, tener un ideal definido, claro y práctico, un fin, un objetivo.

En segundo lugar, contar con los medios necesarios para alcanzar estos fines: sabiduría, dinero, preparación, métodos.

En tercer lugar, actuar aplicando los medios para alcanzar el objetivo".

Aristóteles, 384-322 a. de J. C. (citado en Borrás, 1980).

AGRADECIMIENTOS

“Así como hay vidas que trascienden su tiempo, están, las de la gran mayoría, que pasan desapercibidas en el transcurrir interminable del tiempo, en el que sus huellas fueron una tenue marca en la arena, que con la más leve brisa se borra para siempre”

Cornejo, 1990, pág.111

Una de las mayores metas del ser humano en la vida, es trascender, pero esto solamente se logra, teniendo a nuestro lado a las personas adecuadas, que nos ayuden a aprender y a descubrir los senderos correctos para sí mismo, actuar de manera que pongas en práctica esos conocimientos esperando que en un futuro, le sean de utilidad a otra persona.

Es por ello que deseamos hacer un AGRADECIMIENTO ESPECIAL, a la Psicóloga Lidia Gutiérrez Aguilar, por confiar en nosotras, asesorar nuestra tesis, transmitirnos sus conocimientos, tenernos paciencia y dedicarnos su tiempo. Este proyecto es TUYO Lidia, Gracias por todo.

Le agradecemos al Psicólogo Ricardo Popoca Pastrana, por aceptar concluir este trabajo con nosotras, sin su colaboración, no lo hubiésemos logrado.

Así mismo, le otorgamos un RECONOCIMIENTO Y UN ENORME AGRADECIMIENTO al Doctor Alfonso de la Garza Benítez y al Hospital General “Gral. José Vicente Villada”, de Cuautlán de Romero Rubio, por brindarnos todas las facilidades y apoyo para realizar esta investigación, gracias a su profesionalismo y guía, se concluyó satisfactoriamente este proyecto.

SINCERAMENTE

Mónica Janet y Magali

DEDICATORIAS

Antes que nada, debo agradecer a Dios y a la vida por darme la oportunidad de llegar a concluir este proyecto y saber que para lograr lo que deseas, debes luchar y pasar por muchas cosas, situación que me ha llevado a comprender una cita de Richard Bach (en Canseco, 1992, pág. 5), que versa:

"Aprender es descubrir lo que ya sabes. Actuar es demostrar que lo sabes".

Por tal motivo, todo lo que hagamos, debemos hacerlo con la plena convicción y el coraje de que lo vamos a terminar y ponerle todo el corazón para que salga bien.

Esto, de igual manera me lleva a agradecer a mis padres:

Fuerza y		Toda la paciencia y
Emotividad es		Responsabilidad que
Lo que ha	Y	Implica el no permitir
Impulsado tu carácter y tu		Nunca, que un hogar
eXtraordinaria forma de		Interesante se rompa.
guiar a nuestra familia.		

Gracias a ustedes por darme el apellido Flores García y por enseñarme todo lo que sé, aunque me falta bastante; supongo que eso lo iré aprendiendo en el transcurso de la vida y cuando tenga una familia como la nuestra....

Los AMO, y recuerden que aquí siempre estará su tormento, que necesita de ustedes a cada momento y que no los va a abandonar, aunque me lo pidan a gritos, pues ya saben que son mi ejemplo y mi motor.

Ahora, quiero agradecer de manera muy especial a mi esposo, pues ha sido otro de los pilares más fuertes en mi vida, quiero decirte y que sepas que por tu amor, yo he sabido salir adelante y que gracias a todo lo que hemos vivido, he aprendido el sentido de la vida, la misma que yo quiero pasar contigo hasta el fin del mundo.

Muchas gracias por ser mi amigo sincero, tal vez el más difícil con el que me ha tocado convivir, pero yo sé que sin tu apoyo no hubiese logrado crecer como persona y sin tu ayuda, este proyecto se quedaría en el olvido, pero no es así.

VICTOR ROBLES CEVALLOS, recuerda que TE AMO más allá de lo conocido, y que contigo quiero estar porque ERES LO QUE REALMENTE NECESITO y con eso basta para salir adelante y echarle ganas a nuestro matrimonio....

En mi familia, también tengo a dos hermanos a quien agradecerle su compañía, ellos son Israel y Diana Violeta, pues cuando necesito a quien contarle con detalles todo lo que me pasa, es a ellos a quienes recurro, ya saben que aunque "Soy su Ejemplo", cada uno de ustedes debe elegir de manera sana y

responsable lo que desea hacer, échenle ganas a todo lo que se propongan y ya saben que cuentan conmigo para todo lo que gusten y manden, los QUIERO MUCHO y no se olviden de mí.....

Hay muchos agradecimientos pendientes por hacer, pero no quiero que se me escape mi segunda madre: Magali Gómez, pues ella me ha protegido en todos los aspectos, sobre todo en el ambiente personal, MUCHAS GRACIAS por todo tu apoyo, por la invitación para realizar este proyecto, por tenderme la mano, tu casa, tu amistad, tu familia, TODO, por ello Gracias....

Recuerda que siempre estoy pensando en nuestros momentos juntas y sobre todo, Extraño todas esas pequeñas grandes cosas que pasamos...
TE QUIERO y recuerda que cuentas conmigo para lo que sea.....

Otro agradecimiento especial para mis tíos-padrinos Alfonso y Lupita, pues ellos me permitieron involucrarme en su familia para que yo pudiese terminar la carrera, Gracias por su apoyo, su compañía, por escucharme cuando tenía la necesidad de platicar con alguien y aprender a conocer el ambiente en el que me estaba desarrollando, en verdad Muchas Gracias...

Hay una persona que en los momentos en que ya no encontraba una solución clara y precisa, me apoyó y platicó conmigo Muchas Gracias Don Ramiro Gómez, pues sin su ayuda, no hubiese podido tomar las decisiones correctas que necesitaba para mejorar mi situación personal, en verdad le agradezco su apoyo y comprensión para que yo pudiese salir adelante, estoy muy agradecida por su atención.....

También quiero agradecerle a Cinthya Castillo, su apoyo y el permitirme ingresar un poco a su vida personal, por sus porras y su forma tan peculiar de ver la vida sin presiones, por ello Muchas Gracias y recuerda que cuentas conmigo, cuando así lo requieras....

Quiero agradecerle a mis abuelas el que siempre se hayan interesado en saber cómo me estaba yendo en la Ciudad, Gracias por su preocupación, sus consejos, sus palabras y espero que todo lo que ustedes soñaron para su familia, en nosotros sus nietos se pueda realizar....

Un agradecimiento a todos mis tíos y tías que siempre estaban preocupados por apoyarme y hacerme saber que debemos salir adelante pase lo que pase, Gracias a Josefina y Rubén, Felipe y Lidia, José Inés y Frank, José Guadalupe y Eleuteria, Minerva, Arturo, Andrea y Max....

De manera general, quiero agradecerle a todos mis primos, casi hermanos, pues ellos han tenido una participación importante en mi vida, por el lado de mi papá: Claudia, Jorge, Edgar, Miguel Ángel, Verónica, Marisol, José, María Luisa, Vicente, por nombrar a algunos y por el lado de mi mamá a Hugo, Miguel, Edgar, Abigail, Omar, Marcos, Jesús, Fernando, Michel, Jennifer..... y todos los que faltan por llegar.

Gracias también a Lucero Dennisse, por integrarte a nuestra familia y deseo que al igual que nosotros, concluyas una carrera y tengas satisfacción personal, recuerda que cuentas conmigo y que puedes recurrir a mí cuando lo desees....
TE QUIERO.

Son muchos los agradecimientos que me falta por hacer, sin embargo, la Sra. Amparo Seballos (mi suegra) y su hijo José Luis (mi cuñado), nos han apoyado bastante en nuestra vida de matrimonio a Víctor y a mí, Gracias por eso y más.....

A todos los maestros que me enseñaron más allá de los conocimientos Muchas Gracias, pues sin su apoyo, no hubiese logrado llegar a este momento, Gracias a todos, desde el Jardín de Niños hasta la Universidad, los recuerdo con afecto.....

Igualmente, a todas las personas que se nos han adelantado en el camino y que formaron parte de mi familia, les agradezco que en su momento me apoyaron y les pido por todos los que estamos aquí.....

Ahora voy con mis amigos, Gracias a Elisa Jiménez, por estar conmigo en las buenas y en las malas, en la escuela y fuera de ella, a tu familia, pero sobre todo a ti, espero que todo lo que te propongas lo logres y así como sé que tengo tu apoyo, recuerda que estaré para ti cuando me lo pidas, TE QUIERO MUCHO, y cuentas conmigo siempre, además ya sabes que ERES LA FAVORITA Y LA CONSENTIDA..... GRACIAS.

Para todos los demás, recuerden que todo lo que vivimos a mí me dejó buenos recuerdos y es así como quiero pensar en todas y en todos, espero que no me haya faltado nadie, así que muchas gracias por su compañía.....

SINCERAMENTE



MÓNICA JANET

DEDICATORIAS

A MI PADRE:

Hasta la más grande de las creaciones, comienza con una pequeña semilla, este pensamiento viene a mi mente porque hace mucho tiempo tuve un sueño y gracias a Dios siempre ha estado conmigo en la lucha por conseguirlo una persona muy importante en mi vida, la cual me ha brindado su apoyo, cariño y respeto Incondicional; es mi guía y la luz en mi camino: MI PAPÁ, Ramiro no existen palabras para agradecerte todo lo que has hecho por mí, pero con las que conozco solamente puedo decir que te quiero muchísimo papá, siempre sigue siendo tú.

A MI HIJA:

Por ser mi razón de ser y de vivir, desde el momento en que sabía que albergabas en mi vientre supe que eras lo más valioso para mí y te cuido como el mayor de mis tesoros. Eres mi bebida hoy, mañana y siempre; gracias porque has tolerado mi carácter y me has apoyado en mis decisiones, por ti seguiré luchando incansablemente y el solo hecho de ver una sonrisa iluminando tu rostro me es suficiente para seguir adelante y ser feliz. Contigo he aprendido a ser mejor persona, TE AMO por encima de todas las cosas, no lo olvides, eres lo más importante para mí y eternamente contarás conmigo.

A MI FAMILIA

Algún día yo pensé que la vida era esta palma de la mano puesta cerca del fuego en una noche helada, pero confieso que la fatiga y el dolor de existir nos va enseñando a valorar las cosas verdaderamente importantes. Ante todo te agradezco a ti MAMÁ el haberme brindado la existencia y por protegerme y cuidarme cuando lo necesite. A mis ABUELITOS que extraño tanto y que me enseñaron el sentido de responsabilidad, sé que donde estén me cuidan y me ayudan. A cada uno de mis HERMANOS, pues a pesar de nuestras diferencias y diversas formas de ver la vida siempre nos ayudamos y unimos cuando surge un problema, pero muy especialmente quiero agradecerte a ti Deny, por tu fortaleza y nobleza porque flaca, aunque no quieras eres muy buena persona y sabes ayudar incondicionalmente; a ti Magnolia porque fuiste compañera fiel de mi niñez, eres el vivo ejemplo de tolerancia y comprensión; a ti Bety por siempre tratar de protegernos, saber escuchar y apoyarnos cuando te necesitamos; a ti Arabel por ser mi hermanita bonita y por quererme a pesar de mi misma; a ti Asdrúbal por ser mi gran hermano, mi ejemplo de superación y éxito y a ti Ramiro, porque aunque no lo creas eres parte importante de mi vida profesional.

MAGALI

A mis sobrinos, por confiar en mí, por apoyarme y quererme, en especial a Marlene y Berenice, a las que quiero como mis hijas; a Victor, Octavio y David porque a través de ellos aprendí a valorar aspectos importantes de la vida.

A la Ronny, porque siempre me acompañaba cuando estudiaba y me recibía con cariño y alegría cuando llegaba cansada de la escuela o el trabajo.

A MIS AMIGOS

Existen pocas personas en la vida a las que se les quiere pase lo que pase y que no se olvidan jamás, tú eres una de ellas Raúl, te tengo un enorme agradecimiento y cariño, recuerda que si nada cesa tú nunca cesarás. Una amiga me dijo: "para hacer que florezcan las gardenias hay que hablarles bajito, acercarse a sus hojas y murmurar historias fecundantes. En dos meses se instalará la gloria en tus macetas". Para un amigo el mundo es un corazón que marcha a un ritmo ajeno a los relojes y siempre que lo necesites está aquí contigo; es por eso que quiero agradecer inmensamente a mis verdaderos amigos, muy especialmente a ti Carmen por ser mi hija y confiar en mí, a ti Yadira por ser mi compa y quererme, a ti Jacobo por ser mi confidente de toda la vida, a ti Lucy por escucharme, apoyarme y comprenderme, a ti Mireya por aceptarme como soy y estar juntas en los momentos difíciles y a ti Tony por conocerme y tolerarme.

A MONICA

Por aceptar trabajar conmigo en este proyecto, por motivarme, por lo que compartimos y por ser mi compañera incondicional.

A MIS MAESTROS

A todos y cada uno de ellos, sobretodo a la maestra Marichu por su apoyo durante la carrera y el impulso que nos dio para iniciar este proyecto, a la maestra Lourdes Cano pues gracias a sus exigencias he realizado mejor las cosas, a Marco Antonio por ser mi inspiración y a todos aquellos que tuvieron que ver con el desarrollo de mi persona, pues con su ayuda y enseñanzas logré llegar a una de mis metas.

A MIS COMPAÑEROS

A mis compañeros de trabajo en el Hospital General Vicente Villada por apoyarme durante toda mi carrera, muy especialmente a Angélica, Manuel y Lety por su enorme capacidad de comprensión, a la Sra. Alicia Hernández pues sin su ayuda todo se me hubiera dificultado más, y a todo el departamento de enfermería por contribuir a mi aprendizaje y superación como profesionista, persona y ser humano.

MAGALI

INDICE

	PÁGS.
INTRODUCCIÓN	
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA	
1.1 Definición de Adolescencia	2
1.2 Aspectos Biológicos de la Adolescencia	7
1.3 Aspectos Psicológicos	13
1.4 Conducta Sexual del Adolescente y Cambios Socioculturales	21
1.5 Adolescencia y su Impacto Emocional	27
CAPÍTULO 2. EMBARAZO	
2.1 Definición de Embarazo y Posparto	31
2.2 Aspectos Sociales y Biológicos de la Gestación	33
2.3 Cambios Físicos y Psicológicos durante el Embarazo	40
2.4 Ajustes Psicológicos y Fisiológicos durante el Periodo Posparto	51
CAPÍTULO 3. ADOLESCENTE EMBARAZADA	
3.1 Incidencia, Causas y Consecuencias del Embarazo Adolescente	62
3.2 Aspectos Psicosociales de la Adolescente Embarazada	72
3.3 Repercusiones psicológicas de la Adolescente Embarazada	83
3.4 Respuestas Humanas ante el Embarazo de una Adolescente	88
3.5 El posparto y el Vínculo Madre-Hijo	92
CAPÍTULO 4. ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL	
4.1 Definición	97
4.2 El proceso de la Evaluación Conductual	100
4.3 Principales Técnicas de la Terapia	106
• Desensibilización Sistemática	107
• Jerarquía de Ansiedad	108
• Relajación	109
• Entrenamiento en Habilidades Sociales	114
• Modelamiento	115
• Ensayo Conductual	116
• Entrenamiento en Asertividad	117
• Reestructuración Cognitiva	118
• Entrenamiento en Solución de Problemas	119
• Inoculación de Estrés	120
• Autocontrol	122
4.4 Indicadores Psicológicos	126
• Ansiedad	127
• Depresión	129
• Autoconcepto	133

SEGUNDA PARTE:
MÉTODO
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

5.1 Planteamiento del Problema	137
• Objetivo General	138
• Objetivos Específicos	138
5.2 Hipótesis	138
5.3 Variables	139
• Variable Organísmica	139
• Definición Operacional	139
• Variable Dependiente	139
• Definición Operacional	139
• Variables Controladas	140
• Variables Extrañas	140
5.4 Diseño de Investigación	140
• Criterios de Inclusión	141
• Criterios de Exclusión	141
• Método	141
• Escenario	141
• Sujetos	141
• Fases	142
5.5 Instrumentos	143
• Inventario de Depresión de Beck	143
• La Prueba psicológica de Autoconcepto Forma A (AFA)	144
• El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	145
5.6 Procedimiento	147
5.7 Análisis Estadístico de Datos	147
5.8 Resultados	148
5.9 Discusión	188
5.10 Conclusiones	198
5.11 Sugerencias	201

CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

6.1 Sesión I.	Integración Grupal y Técnica de Relajación	209
6.2 Sesión II.	Motivación y Autoestima	210
6.3 Sesión III.	Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad	212
6.4 Sesión IV.	Autocontrol, Relajación e Inicio de Desensibilización Sistemática	214
6.5 Sesión V.	Seguimiento de Autocontrol y Desensibilización Sistemática, Ensayo Conductual y Modelamiento	215
6.6 Sesión VI.	Inoculación del Estrés	217
6.7 Sesión VII.	Entrenamiento en Solución de Problemas	219
6.8 Sesión VIII.	Reestructuración Cognitiva	220
6.9 Sesión IX.	Terapia Racional Emotiva y Conclusión de Autocontrol	222
6.10 Sesión X.	Estrategias de Afrontamiento y Conclusión de Desensibilización Sistemática	225
6.11. Sesión XI.	Terapia Sexual y Biblioterapia	227

6.12 Sesión XII.	Retroalimentación y Cierre	229
7.	A N E X O S	231
8.	BIBLIOGRAFÍA	258

I N T R O D U C C I Ó N

Puede llevarte algún tiempo llegar a saber quién eres
y a dónde vas en la vida, pero... si descubres "el por qué"
y estás entusiasmado con él, es casi seguro
que descubrirás "cómo" hacerlo realidad
y serás mucho más feliz.

Jaime Borrás, 1980.

Desde la antigüedad hasta la actualidad, la adolescencia se ha percibido como una transición problemática en el desarrollo del ser humano, y la mayoría de las veces el aprendizaje adquirido en esta etapa afecta en forma determinante la conducta y su estilo de vida en etapas posteriores.

Acertadamente, Goethe mencionó lo siguiente: "Si la adolescencia es una enfermedad, muy pronto se cura uno de ella". Es cierto que se cura con la edad, pero menos aprisa hoy que en el pasado. Y algunos salen de la misma con secuelas que les marcan para toda la vida (Deschamps, 1979).

Es una etapa difícil, ya que se enfrenta a una lucha constante en el interior y lo que se haga o no se haya resuelto, arrastrará por siempre esa secreta angustia de un conflicto latente. Existe mucha susceptibilidad a influencias externas, y cuando ya se tiene la oportunidad de tomar sus propias decisiones, no es sorprendente que algunas de éstas decisiones sean equivocadas, es cierto que las tentaciones y los riesgos perdurarán durante toda la vida, pero en la adolescencia está la primera oportunidad verdadera de enfrentarse a ellas.

Cabe mencionar que Margaret Mead (citada en Papalia y Olds, 1996), antropóloga que estudió la adolescencia en Samoa (1928) y Nueva Guinea (1953), señaló la importancia de los factores culturales en el desarrollo. Concluyó que cuando una cultura da una transición serena y gradual de la niñez a la vida adulta, como lo hace Samoa, no hay tormenta ni estrés, sino una aceptación fácil del papel de adulto. De acuerdo con Mead, la adolescencia está relativamente libre de tensión en una sociedad que permite que los niños vean la actividad sexual de los adultos, el nacimiento de un bebé, miren la muerte con naturalidad, hagan un trabajo importante, muestren conductas asertivas y hasta dominantes, que se ocupen del juego sexual y que sepan con exactitud en qué consistirán sus papeles de adulto. En sociedades como la nuestra, sin embargo, a los niños se les considera muy diferentes de los adultos, quienes tienen expectativas completamente diferentes para ellos y los protegen de las responsabilidades de la vida adulta. Como resultado, el cambio de la niñez a la vida adulta es discontinuo y mucho más estresante. Mead, también, sostuvo que las actitudes culturales hacia los cambios físicos de la adolescencia afectan la naturaleza de la transición. En nuestra presente investigación nos enfocaremos a la adolescencia occidental, específicamente a la de México, en la

cual, sí se presentan emociones fuertes y variables, así como toda una etapa de transición y crisis.

En alguna ocasión vimos el retrato de un joven. Este adolescente de mirada triste, tenía una expresión de melancolía tal que por momentos sentíamos su mirada como buscando en nosotros una respuesta a ese desfallecimiento general de la expresión.

Percibimos una profunda desolación y recordamos cuando a nosotros nos sucedió esa inquietud y desconcierto. No se equivocó Ponce (1980, pág. 5) al mencionar: "En la etapa del adolescente ya no sirven las respuestas de la infancia al problema del mundo y de la conducta. Hay una transformación total, ya no se es niño, pero tampoco adulto, se está en medio de una turbación de tal magnitud que hasta el mismo suelo parece por momentos hundirse bajo los pies."

Por su parte, Craig (1997) menciona que la adolescencia es la época de volver a examinar los autoconceptos y las decisiones acerca de los valores y las funciones del adulto; paulatinamente, hacen elecciones y compromisos, integrando los diversos papeles y las habilidades adquiridas en el contexto familiar, es cuando el individuo trata de adaptarse a las presiones sociales y concertar un balance entre los valores internos y los externos.

En medio de toda esta crisis nos preocupa en especial la transición a la sexualidad, ya que es algo más que cambios físicos, pues el adolescente tiene que desarrollar nuevos intereses y actitudes, así como comprender nuevas pautas de conducta.

En la adolescencia se está susceptible a conductas de riesgo dentro de las cuales la falta de responsabilidad ante su potencial erótico sexual los puede llevar a embarazos e hijos no deseados o planeados; hechos que afectan permanentemente a la salud, si no se cuenta con los apoyos adecuados ya que se pueden dar consecuencias adversas de tipo médico, psicológico, educativo y económico para la adolescente, su pareja si es que la tiene, el niño, su familia y para la sociedad en que vive.

Por lo tanto, la maternidad y su fin, que es la procreación de un nuevo ser, se trastoca para pasar a ser un hecho no deseado y permisivo que desde ya alterará toda su vida personal y de relación; la sensación de aspiraciones fracasadas o de conductas inadecuadas ocasionará actitudes nada propias de una madre que fecunda a su hijo (Laguna y Riquelme 1995).

Es por ello que, tomando en cuenta que de por sí la mujer sufre cambios físicos, psicológicos y emocionales durante el embarazo y posparto y se tienen que hacer ciertos ajustes para reestablecer el equilibrio, nos interesa conocer qué ocurre en el posparto en la adolescente que ya de hecho está pasando por una transición difícil, qué repercusiones psicológicas pueden evidenciar al tener ya a su hijo entre sus brazos, cómo le impacta el tener esa responsabilidad y el

otro aspecto de este proyecto es realizar la propuesta de intervención cognitivo conductual para apoyarla a reforzar recursos de afrontamiento y así mismo pueda tener una mejor adaptación y sea productiva para la sociedad y para ella misma.

En el presente trabajo de investigación, en primera instancia, se hace una revisión y descripción detallada en base a la literatura de la adolescencia, tanto sus cambios físicos, como la conducta que presentan en los aspectos emocionales y sociales, para poder comprender mejor el embarazo adolescente, antes de explicar éste, se describen ampliamente los aspectos del proceso de embarazo y todos los cambios que implica éste, para posteriormente enlazar el embarazo adolescente, tratando de comprender las causas y consecuencias que acarrea en esta difícil etapa y la trascendencia que conlleva a la familia, sociedad y relación madre-hijo, básicamente se exploran las repercusiones psicológicas del posparto en la adolescencia, aplicando las pruebas psicológicas, AFA, ISRA, Inventario de Depresión de Beck y de acuerdo con los resultados obtenidos se realiza la propuesta de intervención cognitivo-conductual, por lo que en un capítulo se describen las bases de esta terapia, ya que son las herramientas para poder modificar la conducta de la adolescente logrando así una mejor adaptabilidad a la etapa adolescente y al posparto mismo, mejorando la relación en la díada madre-hijo, finalmente la propuesta, se enfoca a fomentar la autoestima, la asertividad, el autocontrol, afrontamiento del estrés y las habilidades sociales, así como el incremento de habilidades sociales, todo ello con el fin de ayudar a la joven madre a mejorar sus capacidades y así mismo tenga una conducta asertiva y que la aplique en el transcurso de su vida cotidiana.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

A mitad de la escalera, ni es arriba, ni es abajo.
 No es la cuna, ni es la plaza pública.
 Revolotean en mi mente todo tipo
 de pensamientos exóticos:
 En realidad no he llegado todavía
 ¡La meta está más allá!

A. A. Milne (citado en Mckinney, 1982).

La adolescencia como concepto significa literalmente "condición o proceso de crecimiento", el cual es aplicable al periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Para Rolfe (1974, citado en Arellano, 2000), significa crecer, desarrollarse hacia la madurez, para Blos (1971, Op. cit.), la adolescencia se refiere al componente psicológico del proceso de la pubertad el cual está determinado, modificado e influido por la sociedad, dando como resultado en este sentido la suma total de intentos para ajustarse a las nuevas condiciones endógenas y exógenas que confronta el individuo. La perspectiva biológica la identifica, primeramente con la etapa de la pubertad, y en la adolescencia se manifiesta en forma clara la conducta sexual, la principal característica es la adquisición de la capacidad reproductiva, en el varón mediante la espermatogénesis y en la mujer por la menarquia.

En nuestra cultura, la adolescencia, el periodo de transición entre la niñez y la madurez, se extiende por casi toda una década, comprendida desde los 10 a los 20 años aproximadamente. A menudo, su comienzo y fin son ambiguos, por no existir un acuerdo entre los estudiosos del tema. Por un lado, quizá observemos comienzos precoces que parecen preceder a los signos abiertos de la pubertad. A menudo los niños empiezan a actuar como adolescentes antes de que acontezcan los cambios físicos, presentando actitudes "maduras" o conductas rebeldes. En el otro extremo de este periodo de crecimiento, las dificultades son obvias, ya que se pueden observar con facilidad ¿Cómo determinamos el momento en el que el niño se ha vuelto un adulto de verdad? Por supuesto, el mejor indicador es la madurez emocional antes que otros criterios más obvios pero ambiguos, como el final de la universidad, el matrimonio, la capacidad de mantenerse o la paternidad (Baldwin, en Craig, 1997).

Durante la adolescencia, el aspecto (tanto físico, psicológico y mental) de los jóvenes, cambia como resultado de las transformaciones hormonales de la pubertad. Su forma de pensar varía a medida que desarrollan la habilidad para manejar abstracciones, y sus sentimientos afectivos cambian con respecto a todo.

Todas las áreas del desarrollo (físico, cognitivo, sexual y conductual) convergen cuando los adolescentes enfrentan su principal tarea: establecer una identidad

como adultos. Por ejemplo, en las sociedades industriales modernas ningún rito de iniciación marca el paso de la infancia a la edad adulta y, con frecuencia, se habla muy poco sobre los aspectos sexuales de este momento de la vida. En cambio, se reconoce una amplia etapa de transición con el nombre de adolescencia.

En cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y la adultez. Sin embargo, si sólo se le define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por el otro, este concepto resulta confuso para el que estudia la adolescencia y para el adolescente mismo.

Y entonces... ¿qué es la adolescencia?

1.1 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

Un primer problema que se presenta al estudiar la adolescencia es su definición, pues existen muchas formas de interpretar la naturaleza y el significado de ésta, según las percepciones y las finalidades de la persona que la interpreta (como son los psicólogos abocados a teorías diferentes). Los profesionales no están a salvo de realizar generalizaciones exageradas sobre bases insuficientes, ya que en ocasiones, sólo se enfocan a estudios ambiguos sobre el tema, algunos otros están comprometidos con una teoría específica de la conducta y ajustan su interpretación del adolescente a lo que les dicta dicha teoría (Horrocks, en Bazán, 1998).

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general, se considera que comienza alrededor de los 12 ó 13 años y termina hacia los 19 ó 20. Sin embargo, su base física ha comenzado mucho antes, y sus ramificaciones psicológicas (referidas a los cambios por los que atraviesa) pueden perdurar hasta mucho después (Papalia y Olds, 1998).

Es por ello que, en general, se considera que la adolescencia comienza con la *pubertad*, el proceso que conduce a la madurez sexual, cuando una persona puede engendrar. Aunque los cambios físicos de este periodo de vida son radicales, no se desatan de un golpe al final de la niñez sino que la pubertad forma parte de un largo y complejo proceso que comienza desde antes de nacer. Los cambios biológicos que señalan el final de la infancia se traducen en un rápido crecimiento y aumento de peso (una tasa de crecimiento que sigue a la de la infancia), cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, y el alcance de la madurez sexual.

Sin embargo, la adolescencia también es un proceso social y emocional. Se ha dicho que "la adolescencia comienza en biología y termina en cultura", ya que su evolución también se encuentra condicionada por el contexto social y

ambiental en el que se desarrolla el individuo (Conger y Peterson, citados en Papalia y Olds, 1998).

Antes del siglo XX los niños ingresaban al mundo de los adultos cuando sus cuerpos estaban maduros o al comenzar el aprendizaje de algún arte u oficio. Hoy en día, el ingreso a la edad adulta no es tan definido. La pubertad se presenta antes de lo acostumbrado y, debido a que el periodo de educación que exige esta compleja sociedad es más largo, la edad adulta llega más tarde. La gente puede sentir que ha llegado a la etapa sociológica de adulto cuando puede responder por sí mismo, ha elegido una carrera, ha contraído matrimonio u organizado una familia. Por lo general, se considera que la madurez intelectual coincide con la capacidad para el pensamiento abstracto. La madurez emocional depende de logros como descubrir la identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y la habilidad para establecer relaciones maduras de amistad y amor. Algunas personas, de hecho, nunca superan la adolescencia a nivel emocional o social, sin importar cuál sea su edad cronológica, considerando este apartado de tal manera, por las características individuales que imperan y se manifiestan en la conducta del sujeto (Op. cit.).

Muchos autores han abordado el tema de la adolescencia, cada quien con su punto de vista, por lo que consideramos importante en primera instancia definir y determinar el significado de la palabra, tomando en consideración las diferentes definiciones de este concepto que manejan los teóricos y estudiosos del tema, como los siguientes:

Se sabe que el término se deriva de la palabra latina "*adolescere*," que significa "*madurar*". En nuestra cultura, la adolescencia es el periodo intermedio entre la niñez y la edad adulta, durante el cual el individuo aprende las habilidades necesarias para florecer como adulto (Darley, 1997).

La palabra "adolescencia" proviene del verbo latino "*adolescere*", que significa "crecer" o "crecer hacia la madurez" (Sorenson, en Hurlock, 1987).

Por otro lado, Horrocks (1986), también menciona una definición etimológica semejante que se remonta al latín "*adolescere*", que significa "crecer hacia" o "crecer" (*ad*, "hacia", *olescere*, "crecer o ser alimentado"). La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto.

También, la adolescencia es ese difícil periodo de la vida en que la persona no es niño ni adulto (Morris, 1997).

La adolescencia es una transición del desarrollo entre la infancia y la edad adulta (Papalia y Olds, 1996).

Se afirma que la adolescencia es un segundo nacimiento, pues nacemos dos veces: una para existir y otra para vivir, una para la especie y otra para el sexo (Aguirre, 1994).

La Asociación Médica Americana de la adolescencia define a ésta como un proceso biopsicosocial, caracterizada por transformaciones tanto anatómicas como fisiológicas y en busca de una definición de su papel social condicionado por los patrones culturales de su medio, que inicia con la aparición de los cambios físicos y finaliza cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial, con grandes variaciones emocionales y culturales.

Kurt Lewin (citado en Mckinney, 1982), ha expuesto el desarrollo de la adolescencia, en la cual se refiere al adolescente como al hombre marginal. El término *hombre marginal*, está tomado de la sociología, en donde se usa para referirse a una persona cuya membresía en un grupo no es ni firme ni clara.

Por lo tanto, es preciso tomar en consideración la definición cronológica de la adolescencia, en donde el término *adolescente* se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos. Por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos (Shock, en Op. cit.), que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios; aunque no todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellos son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos.

¿Cómo se puede llegar entonces a una definición de la adolescencia en la que se consideren todas las ramificaciones del uso que se le da a este término?

La percepción y las definiciones correspondientes varían desde las que da el hombre de la calle o el padre involucrado personalmente, hasta las de los profesionales que tienen interés en los adolescentes en cuanto a sus relaciones cara a cara y que los consideran como sujetos de su estudio teórico. Puesto que estas personas tienen distintos tipos de educación, finalidades y experiencias con el adolescente, sus percepciones son diferentes. El adolescente significa muchas cosas a la vez, es tanto un individuo, como miembro de un grupo de personas de la misma edad. También es miembro de su cultura en general y un reflejo de la misma, pues no se le puede considerar como un sujeto aislado, ya que se encuentra dentro del contexto general. Además, forma parte de varios subgrupos o subculturas dentro de una cultura mayor, o igualmente es producto de su época. Existen muchas personas que generalizan a partir de un adolescente que conocen o a partir de un grupo de adolescentes que forman una subcultura.

Desde el punto de vista de la biología, la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. A esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad éste periodo principia con la acción de las hormonas sexuales que producen la aparición de las características sexuales secundarias. Las variaciones individuales en el principio de la actividad hormonal son tan marcadas que sería imposible establecer la edad específica del comienzo de la pubertad. En la mayoría de los niños esta edad fluctúa entre los 10 y los 15 años, y en las niñas, generalmente entre los 9 y los 14 años. En realidad, en cada individuo la pubertad es un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad de reproducirse (Hurlock, 1987).

Del mismo modo, podría decirse que la adolescencia comienza por consenso social, aunque se dispone de un criterio biológico más preciso. Cuando se consideran los aspectos biológicos de la adolescencia, hay poco margen para desacuerdos en cuanto al momento de su aparición. El desacuerdo comienza cuando se discuten aspectos menos específicamente biológicos que caracterizan a este periodo de principio a fin. También existen desacuerdos en cuanto al tiempo en que termina la adolescencia (Op. cit.).

Algunas sociedades determinan el paso de la niñez a la edad adulta por medio de iniciaciones y de ritos de pubertad (Brown, citado en Mckinney, 1982). Estas iniciaciones dramáticas tienen el efecto de confirmar la discontinuidad en el ciclo general de desarrollo. En algunas culturas se advierte una menor discontinuidad en el ciclo de desarrollo que en otras, pero entre las culturas en las que existe dicha discontinuidad existe también una gran diversidad con respecto a la precisión con que se establece el cambio de status.

Por ejemplo, Margaret Mead, concluyó que cuando una cultura da una transición serena y gradual de la niñez a la vida adulta, no hay tormenta ni estrés, sino una aceptación fácil del papel de adulto, de acuerdo con Mead, la adolescencia está relativamente libre de tensión en una sociedad que permite que los niños vean la actividad sexual de los adultos, el nacimiento de un bebé, miren la muerte con naturalidad, hagan un trabajo importante, muestren conductas asertivas y hasta dominantes, que se ocupen del juego sexual y que sepan con exactitud en qué consistirán sus papeles de adulto. En sociedades como la nuestra, sin embargo, a los niños se les considera muy diferentes de los adultos, quienes tienen expectativas completamente diferentes para ellos y los protegen de las responsabilidades de la vida adulta (Papalia y Olds, 1996).

Se ha señalado que, como promedio, la adolescencia se extiende desde los 13 a los 18 años en las mujeres y de 14 a los 18 años en los varones

Dado que hay diferencias entre los patrones de conducta de adolescentes menores y mayores, la adolescencia puede ser dividida en dos periodos, *inicial* y *final*, siendo los 17 años la línea divisoria entre ambos. A continuación se describen las subdivisiones y las denominaciones que se aplican comúnmente.

La línea divisoria entre adolescencia inicial y final no está determinada por alteraciones fisiológicas sino por diferencias en los patrones de conducta (Hurlock, 1987).

Como ya se mencionó, la subdivisión de la *adolescencia inicial*, se refiere a las edades que marcan el comienzo de esta etapa, y en las niñas se extiende desde alrededor de los 13 hasta los 17 años, según el momento en que se alcanza la madurez sexual. En los varones: desde alrededor de los 14 hasta los 17 años, también según la edad en que el muchacho alcanza la madurez sexual.

La adolescencia final abarca, desde los 17 hasta los 18 años. En ocasiones, se emplea el término "juventud" para designar el *periodo final* de la adolescencia. Se dice de un adolescente mayor que es un "joven" o "una joven", lo cual implica que la conducta característica de este periodo se aproxima a la de un adulto.

La adolescencia de acuerdo con Garmezy (Duarte, 1997), es un periodo del desarrollo humano caracterizado por la terminación del desarrollo de tareas o demandas, en donde los adolescentes se enfrentan con el manejo de los cambios fisiológicos de la pubertad, la integración del incremento de su capacidad cognitiva, las experiencias de la vida, así como llevan a cabo un incremento en la independencia de sus padres y familiares, además de que desarrollan un determinado rol social con diferencias y similitudes entre otros jóvenes de diferente sexo, completan sus expectativas académicas, eligen y planean una profesión u ocupación.

Así mismo, la terminación de la adolescencia es igualmente difícil de definir. Por lo general, a las personas se les considera adultas cuando la comunidad de adultos da por supuesto que dicha persona está lista para aceptar las responsabilidades que implica la membresía en la comunidad y le otorgan todos los privilegios correspondientes.

Se sostiene que la adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto, según la definición de adulto que se tenga y la cultura donde se viva (Papalia y Olds, 1998).

Se puede decir que este periodo finaliza al llegar a los 20 años, aunque para algunos termina un poco antes (Hurlock, 1987).

Por lo anteriormente expuesto, el periodo de adolescencia evade toda definición exacta. En cuanto a que es una etapa de transición entre la niñez y la plena madurez de la edad adulta, se apoya en la definición de estos periodos laterales para su propio esclarecimiento. Y precisamente esta dificultad de definición refleja una de las principales características de la adolescencia, a saber: la falta de claridad con respecto al puesto que ocupa el adolescente en la comunidad.

Es por ello que no nos limitaremos a reducir el concepto a una sola definición, sino que se expondrán los cambios efectuados en la adolescencia de los aspectos físicos, psicológicos y sociales para entender mejor el contexto en que se desenvuelven, así como todo su proceso.

1.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

Al estudiar a la adolescencia es necesario verla como un conjunto de características que pueden variar de acuerdo al lugar, a la persona y a las condiciones que le rodean.

Los cambios físicos se producen a todo lo largo de los años adolescentes, pero la mayoría adviene al fin de la infancia y a principios de la adolescencia. Esto se conoce como la "fase de la pubertad". La palabra "pubertad" proviene del latín *pubertas*, que significa "edad de la virilidad". Se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar. La expresión "fase" sugiere que la transición desde la infancia a la adultez es relativamente rápida. La pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa. Se considera que el individuo es un "niño", hasta el momento en que madura sexualmente, entonces se lo llama "adolescente" (Hurlock, 1987).

En primera instancia, es pertinente hablar de los cambios fisiológicos. Estos se dan en la pubertad y marcan el inicio de la adolescencia, la secreción de las hormonas sexuales, testosterona y progesterona (ambas hormonas son secretadas tanto por los hombres, como por las mujeres; sin embargo, predomina la testosterona en los hombres y la progesterona en las mujeres), son la causa principal de los cambios físicos y de algunos cambios psicológicos, como el aumento o disminución de la autoestima, la búsqueda de la identidad, el reforzamiento del autoconcepto, entre otros.

La pubertad tiene una importancia básica en el tema de la adolescencia y si bien es cierto que no se tiene una edad fija para que se presente la misma, también lo es que se caracteriza por ser "la época de la vida en la cual se da la máxima diferencia sexual, es el momento en que la persona madura sexualmente y es capaz de reproducirse" (Flores y Guarneros, en Bazán, 1998, pág. 7); generalmente se presenta, entre los 11 y los 12 años para el sexo femenino, y entre los 13 y los 14 para el sexo masculino, no obstante, hay muchas variaciones individuales que retrasan o apresuran esta etapa.

Por lo tanto, los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el repentino crecimiento del adolescente, el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias.

Durante la pubertad, las funciones reproductoras maduran, los órganos sexuales crecen y las características sexuales secundarias aparecen. El proceso toma cerca de cuatro años y comienza casi dos años antes para las niñas,

respecto de los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a presentar el cambio de la pubertad a los nueve o diez años de edad, y alcanzan la madurez sexual alrededor de los 13 ó 14 años. Sin embargo, niñas normales pueden mostrar los primeros signos a los 7 años o sólo hasta los 14 (comenzando la madurez sexual a los 9 y 16 años, respectivamente). La edad promedio para que los muchachos entren en la pubertad son los 12 años y la madurez sexual a los 14. No obstante, niños normales pueden comenzar a mostrar cambios entre los 9 y los 16 (y llegan a su madurez sexual entre los 11 y los 18 años) (Chumlea, citado en Papalia y Olds, 1998). La madurez, sea precoz o tardía, suele tener consecuencias sociales y psicológicas.

Los cambios físicos de la adolescencia se suceden en una secuencia que es mucho más consistente que su duración real, aunque este orden varía en cierto modo de una persona a otra. Algunas personas pasan la pubertad de manera muy rápida, mientras que para otros el proceso toma mucho más tiempo. El mismo tipo de variaciones se presenta entre los muchachos (Papalia y Olds, 1998).

La pubertad comienza cuando, en un determinado momento biológico, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento, al parecer, está determinado por la interacción de genes, salud y ambiente, y puede estar relacionado con un nivel crítico del peso.

Entonces, la pubertad se presenta como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, el cual se dispara mediante una señal psicológica. En las niñas, los ovarios inician con precisión la producción del estrógeno, la hormona femenina, mientras que en los muchachos los testículos aumentan la producción de andrógenos, en particular la testosterona.

Tanto los muchachos como las chicas tienen ambos tipos de hormonas, pero ellas tienen mayores niveles de estrógeno y ellos de andrógenos. A una edad temprana, como a los siete años, los niveles de estas hormonas sexuales aumentan y ponen en movimiento los sucesos de la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimulan el crecimiento de los genitales masculinos y del vello del cuerpo (Op. cit.).

Las hormonas también se hallan en estrecha relación con las emociones, específicamente con la agresión de los muchachos, y con la agresión y la depresión en las niñas (Op. cit.).

Algunos investigadores atribuyen el incremento de las emociones y temperamento de los comienzos de la adolescencia a las hormonas, no obstante, debe recordarse que en los seres humanos las influencias sociales se combinan con las hormonales y, en ocasiones, predominan. De ese modo, aunque existe una relación bien establecida entre la producción de testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan la actividad sexual más de acuerdo con lo que hacen sus amigos que con lo que segregan sus glándulas (Brooks-Gun y Reiter, en Op. cit.).

Es por ello que, sobre la base de fuentes históricas, los exponentes del desarrollo han deducido la existencia de una *tendencia secular*, esto es, un descenso de la edad para el comienzo de la pubertad y el momento cuando los jóvenes alcanzan su estatura como adultos y su madurez sexual. Una *tendencia secular* es aquella que sólo puede apreciarse mediante la observación de varias generaciones. Esta tendencia, la cual incluye aumentos en la estatura y el peso de la población, comenzó hace cerca de 100 años en Estados Unidos, Europa Occidental y Japón, aunque en apariencia no se ha dado en otras naciones (Chumlea, citado en Papalia y Olds, 1998). La explicación más obvia para esta tendencia secular parece ser un nivel de vida más elevado. Los niños que son más saludables, están mejor alimentados y reciben mejor atención, maduran antes y crecen más. Esta explicación se sustenta en evidencia: la edad de la madurez es más tardía en los países menos desarrollados que en las naciones más industrializadas.

La nivelación de la tendencia sugiere que la edad de madurez sexual ha alcanzado algún límite que se determina genéticamente y que no es probable que una mejor nutrición disminuya la edad más adelante.

Dado lo anteriormente expuesto, a continuación se mencionan las *características sexuales primarias*, que son los órganos necesarios para la reproducción, en las mujeres, éstos son los ovarios, el útero y la vagina; en el hombre son los testículos, la próstata, el pene y las vesículas seminales. El alargamiento gradual de estas partes del cuerpo se presenta durante la pubertad, y lleva a la madurez sexual.

El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación, en los muchachos es la presencia de esperma en la orina (un muchacho es fértil tan pronto como se presenta el esperma). Tanto la venida de la primera menstruación como la primera aparición de esperma en la orina son muy variables. Un estudio longitudinal encontró que sólo el 2% de los niños de 11 á 12 años presentaban esperma en la orina en comparación con el 24% para los de 15 años (Richardson y Short, citados en Op. cit.).

Otra señal de la pubertad en un muchacho es la eyaculación de semen mientras duerme, conocida como eyaculación nocturna (comúnmente denominada sueño húmedo). La mayoría de los jóvenes, hayan tenido o no una relación sexual o si se masturban con cierta frecuencia, tienen estas emisiones de semen, las cuales son normales y pueden tener relación o no con un sueño erótico.

De igual manera, las *características sexuales secundarias* son signos fisiológicos de madurez sexual que no incluyen en forma directa los órganos sexuales; entre ellas está el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de la espalda en los hombres. Otras características sexuales secundarias incluyen los cambios de voz, textura de la piel y el vello corporal. El momento de la aparición de estos signos varía pero su secuencia es muy consistente.

El primer signo de la pubertad en las niñas suele ser el crecimiento de los senos, los pezones aumentan y se pronuncian, el área pigmentada alrededor de los mismos aumenta y los senos adquieren primero una forma cónica y después

redondeada; por lo general, se han desarrollado por completo antes de la primera menstruación. Resulta angustioso para algunas muchachas adolescentes experimentar un crecimiento temporal del pecho, esto es normal y puede durar hasta 18 meses. El crecimiento del vello, incluido el del pubis y las axilas, también es señal de maduración; la piel de los adolescentes, hombres y mujeres, se hace más gruesa y grasosa, y el aumento de actividad de las glándulas sebáceas origina la formación de barros y espinillas. La voz de los niños y de las niñas se hace más grave, en parte como respuesta al crecimiento de la laringe y en parte, en los muchachos, como respuesta a la producción de hormonas masculinas.

Los fenómenos más sobresalientes de esta edad son bien conocidos por todos, por lo que se presenta la secuencia normal de la maduración según Schoenfeld, 1980 (citado en González, 1998), expuestos en el cuadro número uno y cuadro número dos.

Cuadro No. 1. Secuencia Normal de la Maduración en los Varones			
Fase	Características Sexuales	Edad promedio	Variación de la Edad
De la Niñez a la Preadolescencia	Los testículos y el pene no han crecido desde la infancia; no hay vello púbico; el aumento de estatura es constante; no hay "estrones".		
Primera Fase de la Adolescencia	Comienza a aumentar el tamaño de los testículos; crece el escroto, cuya piel enrojece y se vuelve más áspera; crece el pene en longitud y circunferencia; no hay verdadero vello púbico.	12 á 13	10 á 15
Fase Media de la Adolescencia	Vello púbico pigmentado, áspero y recto, en la base del pene, gradualmente más rizado y abundante; forma al principio un triángulo invertido y posteriormente se extiende hasta el ombligo; el vello axilar aparece después del púbico; el pene y los testículos siguen creciendo; el escroto aumenta de tamaño, se hace pigmentado y rugoso; aceleración del aumento de estatura, con un máximo incremento en la época en que aparece el vello púbico; la aceleración disminuye cuando el vello púbico ya ha crecido; maduración de la próstata y las vesículas seminales; eyaculaciones espontáneas o inducidas, aunque los espermatozoides son insuficientes en número y tienen inadecuada movilidad (esterilidad adolescente); la voz comienza a cambiar a medida que la laringe se dilata.	13 á 16	11 á 18
Última Fase de la Adolescencia	Aparece y se difunde el vello facial y corporal; el vello púbico y axilar se hace más denso; la voz se vuelve más profunda; la eyaculación contiene un número adecuado de espermatozoides, aptos para la fertilización; disminuye el ritmo del aumento de estatura, se llega al 98% de la estatura madura a los 17 años 10 meses; entradas en la línea frontal del cabello.	16 á 18	14 á 20

De la Posadolescencia a la Edad Adulta	Maduración, pleno desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias; pueden continuar desarrollándose los músculos y el hirsutismo.	18 á 20	16 á 21
--	--	---------	---------

Cuadro No. 2. Secuencia Normal de la Maduración en las Mujeres

Fase	Características Sexuales	Edad Promedio	Variación de la Edad
De la Niñez a la Preadolescencia	No hay vello púbico; pecho plano; aumento de estatura constante; no hay "estirones".		
Primera Fase de la Adolescencia	Desarrollo de la cadera; pechos y pezones elevados en la fase de la "yema"; no hay verdadero vello púbico.	10 á 11	9 á 14
Fase Media de la Adolescencia	Vello púbico pigmentado, áspero y recto, sobre todo en torno de los labios, gradualmente se hace rizado y se extiende sobre el monte de Venus, se vuelve abundante y toma la forma de un triángulo invertido; vello axilar, que aparece después del púbico; marcado "estirón" en el crecimiento, con un máximo incremento en altura, unos 18 meses antes de la menarca; los labios se agrandan; la secreción vaginal se vuelve ácida; los pechos, la aureola y el pezón se elevan formando un "pecho primario".	11 á 14	10 á 16
Última Fase de la Adolescencia	Vello axilar en moderada cantidad, vello púbico plenamente desarrollado; pechos llenos y con forma adulta; menstruación bien establecida; disminuye el ritmo de aumento de estatura que cesa a los 16 años 3 meses.	14 á 16	13 á 18
De la Posadolescencia a la Edad Adulta	Continúa creciendo el vello axilar; pechos plenamente desarrollados.	16 á 18	15 á 19

La adolescencia se caracteriza, en el aspecto biológico, por la maduración de las gónadas o glándulas de secreción interna, las cuales se manifiestan, en el hombre, por la primera polución, y en la mujer, por la aparición de la menarquia. Así, la adolescencia, época de tormentas hormonales, llevará al adolescente a tener grandes dudas acerca de su sexualidad. Se desencadenarán también las demás consecuencias de la maduración de las glándulas sexuales, particularmente la aparición de los caracteres sexuales secundarios (González, 1998).

En resumen, todo este proceso de desarrollo nos lleva a comprender la transición sufrida por los adolescentes y a complementar este estudio con el siguiente apartado, que se refiere y en el que se abordarán todos los aspectos psicológicos por los que atraviesa el adolescente.

1.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Tomando en cuenta el criterio evolutivo en la psicología, se acepta que la adolescencia más que una etapa estabilizada es proceso y desarrollo, en donde el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad, así como también es un periodo de contradicciones, confuso y ambivalente, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social (Duarte, 1997).

La adolescencia, aunque no necesariamente es siempre un periodo de gran estrés, es como ya se describió anteriormente, un tiempo de cambios físicos, de definición del rol sexual, un momento en el que emergen nuevos cambios psicológicos en la persona al definir sus propios valores éticos, la búsqueda de la solución teórica de los problemas trascendentes y de aquellos a los que se verá enfrentado a corto plazo como el amor, la libertad, el matrimonio, la paternidad, la educación, la filosofía, la religión, etc., así como también un interés de conocer la sexualidad, con todo lo cual se da la formación de la identidad así como la maduración del individuo (Op. cit.).

Erikson (citado en Cueli, 1998), se refiere a este periodo de experimentación como una moratoria psicológica, una etapa en la que los adolescentes pueden ensayar diferentes roles, identidades, personalidades y formas de comportarse. El experimentar diferentes roles es un importante prelude para establecer un sentido de identidad coherente, asegurando la necesidad interna e igualdad social que será el puente entre lo que era de niño y en lo que pronto se convertirá, además reconciliará la concepción de sí mismo y el reconocimiento que su comunidad tenga de él. Sin un periodo de moratoria, el desarrollo de la identidad de los adolescentes puede retrasarse, debido a algunas exploraciones de identidad de los adolescentes que conllevan consecuencias y conductas negativas, tales como promiscuidad sexual, abuso de drogas o alcohol, desórdenes conductuales, delincuencia, depresión, suicidio y embarazo.

Por otro lado, los cambios psicológicos que se presentan durante la adolescencia tienen como característica principal la búsqueda de una identidad. La causa de esto es que: "cuando el adolescente se incluye en el mundo con este cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de su cuerpo ha cambiado, también su identidad, y necesita entonces adquirir una ideología que le permita su aceptación al mundo y/o su acción sobre él para cambiarlo" (Aberastury y Knobel, citados en Bazán, pág. 10, 1998). Sin embargo, también "tiene el deseo confuso de ser un individuo que quiere autoafirmarse, mientras, al mismo tiempo teme perder la poca seguridad y confianza que sólo la familia puede ofrecerle" (Flores y Guarneros, en Op. cit., pág. 10).

Para abordar el fenómeno adolescente, se retoman enseguida las diferentes teorías que proporcionan una explicación diferida de las ramificaciones psicológicas que existen: la adolescencia incluye el lapso de vida que va desde los 11-12 años a los 20-21. Es importante mencionar que existen diferencias entre los teóricos sobre la etapa de la adolescencia, ya que por diferentes estudios realizados, como los de Margaret Mead, se considera que esta etapa se presenta o no según la influencia cultural (Cuelli, 1998).

El *enfoque psicoanalítico*, presenta puntos de vista de Freud, Erikson y Sullivan. Freud establece cinco etapas del desarrollo psicosexual, dentro de las cuales la quinta etapa corresponde a la adolescencia y es la etapa genital que se presenta casi en forma simultánea con los cambios sexuales que experimenta el adolescente, por tanto, la zona erógena son los genitales.

Erikson nos menciona que la adolescencia es la interacción de la historia vital con la historia social (Bischof, 1997). Del mismo modo, este autor, desarrolla una teoría psicosocial en la cual establece ocho crisis, que el individuo va superando o resolviendo *tan pronto está preparado biológica, psicológica y socialmente, y cuando su preparación individual coincide con la preparación social* (Cuelli, 1998). La que enfrenta el adolescente es la quinta que se refiere a la Identidad vs Confusión del rol.

Sullivan menciona que en la adolescencia se está confuso, se es sumamente ansioso, tiene necesidades sociales dobles: eróticas por sexo opuesto y de intimidad con los del mismo sexo (la confusión produce homosexualidad) y es sumamente independiente (Bischof, 1997).

Por otro lado, el *enfoque cognitivo* sobre la adolescencia se ha desarrollado, siguiendo a Piaget, para él, hacia los 11 años, el pensamiento se hace formal, su razonamiento se hace hipotético-deductivo, lo que dota al adolescente de nuevas posibilidades mentales. Las etapas cognitivas de la adolescencia se han reducido a una: el estadio de las operaciones formales (Aguirre, 1994).

Kurt Lewin (citado en Horrocks, 1986), define tres periodos en el desarrollo humano: niñez, adolescencia y edad adulta, además observa que en la adolescencia se producen varios cambios particularmente rápidos en la estructura del espacio vital. Se considera a los niños más pequeños como

incapaces de distinguir entre lo real y lo irreal, mientras que los adolescentes sí hacen tales distinciones. El adolescente ha aprendido a depender de sí mismo y se considera que las relaciones sociales son uno de los aspectos más cruciales de este periodo, ya que, sin ser niño ni adulto, realiza transacciones sociales entre los mundos de estos dos últimos, pero en realidad no pertenece a ninguno de ellos. Por lo tanto, encuentra una considerable incongruencia de actitud y también se vuelve ambivalente, ya que refleja la incongruencia acerca de sí mismo. Lo que la gente espera de él, o lo que él espera de sí mismo, todavía no está estructurado, por lo tanto, se encuentra en un estado de locomoción social.

En marcado contraste con las posiciones teóricas que se han estudiado hasta este punto, están las formulaciones y las estrategias de investigación de estímulo-respuesta y los teóricos conductistas, quienes no están interesados en las teorías típicas de etapas, mucho menos en aquellas que sustituyen con explicaciones psicológicas las definiciones operacionales. Aunque pueden utilizar las técnicas del desarrollo, no se concentran en grupos cronológicos como tales. No existe bibliografía específica proveniente de fuentes conductistas acerca de la adolescencia, puesto que se considera que este periodo es tan sólo una época en el transcurso de la vida en la que ocurre la conducta, y que cabe esperar que esta siga las leyes universales del comportamiento en un contexto especial. Por tanto, la conducta del adolescente, tal como se produce, puede "explicarse" al definir el contexto y aplicar las leyes de las conductas adecuadas (Horrocks, 1986).

Del mismo modo, Peter Blos (1971), describe las diferentes fases del periodo de la adolescencia, y explica que la duración de cada una de las fases no puede fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica, refiere que las fases están matizadas por una serie de procesos integrativos para alcanzar finalmente, metas definidas como tareas de la vida, en términos de relaciones permanentes, roles definidos, así como de un fortalecimiento yoico, en donde la sensación subjetiva del adolescente es plantear éste es "mi modo de vida", restándole importancia a la pregunta de ¿quién soy yo?, emergiendo una claridad de propósitos y un conocimiento del ser que se describe con las palabras de "éste soy yo".

Tales fases son: la preadolescencia, adolescencia temprana, la adolescencia propiamente dicha, la adolescencia tardía y la postadolescencia.

A continuación, serán abordadas las fases antes señaladas, sumando el periodo inmediato anterior a la preadolescencia, llamada latencia, dada la relevancia tomada en cuenta por este autor, por ser una transformación preparatoria esencial, sin la cual el proceso adolescente no podría establecerse.

Periodo de latencia

Este autor, retoma el periodo de latencia, sólo para resaltar la importancia de éste para la iniciación del desarrollo de la adolescencia. Es así, como menciona que en este periodo previo, es en donde el niño adquiere los instrumentos, en

términos del desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad, por lo tanto, los logros del periodo de latencia representan una precondición para avanzar hacia la adolescencia y lo resume de la manera siguiente: "la inteligencia debe desarrollarse a través de un proceso tanto primario como secundario y a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica; la comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo deben adquirir estabilidad, la estatura física debe permitir independencia y control del ambiente, las funciones del yo deben de haber adquirido una capacidad de defender la integridad con menos ayuda del mundo externo" (Blos, citado en Duarte, 1997, pág. 8).

Preadolescencia

Ana Freud, menciona que en este periodo hay un resurgimiento en los impulsos, con dirección a un resurgimiento de la pregenitalidad, lo cual lleva al periodo de latencia a su terminación y el niño es más accesible, más difícil de enseñar y controlar. En esta época el muchacho muestra un aumento difuso de la motilidad (gran inquietud motora), voracidad, actitudes sádicas, actividades anales (expresadas en placeres coprofilicos, cualquier lenguaje obsceno, rechazo por la limpieza, una fascinación por los olores y gran habilidad en la producción onomatopéyica de ruidos) y juegos fálicos exhibicionistas (González, 1998).

Durante este periodo, también aparece una situación nueva para el servicio de la gratificación instintiva y es la socialización de la culpa, el cual crea temporalmente defensas autoplásticas que son en cierto grado formas de disculpa.

La psicología del desarrollo descriptivo, habla de descargas tensionales en esta etapa: frecuentes dolores de cabeza y de estómago, el comerse las uñas, taparse los labios, tartamudeo, el taparse la boca con la mano, el jugar con sus cabellos, estar tocando constantemente todas las cosas y algunos niños se chupan todavía el pulgar (Gessel, citado en Duarte, 1997).

En esta fase, el niño tiene que completar la tarea del periodo edípico, mientras que la muchacha permanece por más tiempo en la situación edípica por un periodo indefinido y solamente lo abandona muy tarde en su vida y en forma incompleta, por lo que la mujer lucha con relaciones de objeto más intensamente en la adolescencia, de hecho la separación prolongada y dolorosa de la madre constituye la tarea principal de este periodo (González, 1998).

La adolescencia temprana

La característica distintiva de la adolescencia temprana es la falta de catexis en los objetos de amor incestuoso, por lo que hay una libido flotante libremente, es decir, una búsqueda de objetos nuevos. Es por ello, que el adolescente se dirige al amigo y este adquiere una gran importancia y significación de la que antes carecía (Op. cit.).

Es aquí en donde, los valores, las reglas y las leyes morales han adquirido independencia de la autoridad parental. Es decir, se realiza una elección de objeto adolescente, renunciando a los objetos parentales.

Por lo tanto, en la adolescencia temprana hay un resurgimiento de amistades idealizadas con miembros del mismo sexo, los intereses y la creatividad se mantienen en un nivel bajo y emerge la búsqueda un tanto torpe de valores nuevos, es decir, existe una fase de transición, que posee características propias antes de que se afirme la adolescencia. Mientras que en la adolescencia propiamente dicha, ocurre un cambio decisivo hacia la heterosexualidad y una renunciación final e irreversible del objeto incestuoso y es Anny Katan (Blos, 1971), quien ha sugerido en llamar a este proceso "remover al objeto".

Es durante la adolescencia temprana y adolescencia propiamente dicha, donde debe lograrse una renunciación de los objetos primarios de amor, los padres como objetos sexuales; los hermanos y substitutos paternos deben ser incluidos en este proceso de renunciación. Cuyas fases están por lo tanto, relacionadas con la renuncia a objetos y a la búsqueda de otros, razón por la cual la identidad adquiere una desconocida labilidad (González, 1998).

La adolescencia propiamente dicha

Tanto la búsqueda de relaciones de objeto como el evitarlos forma parte del desarrollo psicológico que ocurre durante esta fase; así como también lo caracteriza, el hallazgo de un objeto heterosexual con el abandono de las posiciones bisexual y narcisista. Es decir, el adolescente por fin se desprende de los objetos infantiles de amor, lo que con anterioridad ha tratado de hacer muchas veces, cuya separación o rompimiento abre nuevos horizontes, nuevas esperanzas y nuevos miedos (Op. cit.).

Los adolescentes en esta fase entran rápidamente en una actividad heterosexual, aún cuando la capacidad para el amor heterosexual maduro se desarrolla lentamente, ya que los primeros amores son intentos rudimentarios de desplazamiento que adquirirían madurez amorosa sólo con la resolución progresiva del complejo de Edipo revivido, pues la primera elección de un objeto de amor heterosexual está determinada por algún parecido físico o mental con el padre del sexo opuesto o por algunas disimilitudes chocantes. Pero aún así, esta actividad heterosexual está íntimamente ligada con el proceso de la búsqueda de objetos no incestuosos.

Los mecanismos de defensa de la adolescencia fueron descritos por Anna Freud. Tanto el ascetismo como la intelectualización son características de las crisis de la adolescencia y demuestran bien el papel de mecanismos de defensa en la lucha del yo en contra de los instintos. Además, anuncian el surgimiento del carácter y de interés especiales, de preferencia talento y elecciones vocacionales definitivas (Op. cit.).

Para Inhelder y Piaget (citados en Duarte, 1997, pág. 11), que estudiaron el pensamiento adolescente es el "asumir roles de adulto" lo que "implica una total reestructuración de la personalidad en la que las transformaciones intelectuales son paralelas o complementarias a las transformaciones afectivas".

El adolescente es capaz de analizar su propio pensamiento y construir teorías, en donde el pensamiento, como acción de juicio se convierte en la adolescencia en un modo de trato con la interacción entre el individuo y su medio ambiente, el presente y el futuro.

En esta etapa los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos y emerge el principio de realidad (González, 1998).

Adolescencia tardía

Esta fase es de consolidación, es un punto de cambio decisivo y por lo tanto, es un periodo de crisis, que con frecuencia somete a esfuerzos decisivos la capacidad integrativa del individuo y resulta en fracasos de adaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y psicopatología severa. Erikson lo describió como "crisis de identidad", mientras que Blos (1971), describe el síndrome de la adolescencia prolongada, para llevar la última fase de la infancia, es decir la adolescencia, a su fin.

Postadolescencia

Para Blos (Op. cit.), la transición de la adolescencia a la edad adulta, está marcada por una fase intermedia llamada postadolescencia.

Aún después de que los conflictos de bisexualidad (principio de la adolescencia) y del desembarazo de tempranas ligas de objeto (propias de la adolescencia) han encontrado bases estables y después de que las tareas selectivas de la vida han adquirido forma, definición y articulación a través de la consolidación de roles sociales e identificaciones irreversibles (adolescencia tardía), aún después de que estas fases de desarrollo son atravesadas con éxito, todavía le falta armonía a la realización total.

En este periodo, la integración va de la mano con la actividad del rol social, con el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad. Los procesos integrativos de la adolescencia, llevan a una delimitación de metas definibles de tareas de la vida mientras que en la postadolescencia, la realización de estos fines se encuentra en términos de relaciones permanentes, roles y un fortalecimiento yoico (Duarte, 1997).

Por su parte Aberastury y Knobel (1970), mencionan que la adolescencia, como ya se ha mencionado es proceso y desarrollo, por lo tanto, su aparente patología debe admitirse y comprenderse para ubicar sus desviaciones, los desequilibrios e inestabilidad extremas de acuerdo con lo que conocemos de él, en el contexto de la realidad humana que nos rodea. En nuestro medio cultural, nos muestra periodos de aleación, de ensimismamiento, alternando con

audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés o apatía, que se suceden o son concomitantes con conflictos afectivos, postulaciones filosóficas, conductas sexuales dirigidas hacia el erotismo y hasta la homosexualidad ocasional. Todo esto es lo que han llamado una entidad semipatológica, o "síndrome normal de la adolescencia."

Sintetizando las características psicológicas de la adolescencia se pueden describir como la búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo hasta el misticismo más fervoroso, desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario, evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de vida, una separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo (Aberastury y Knobel, 1970).

Búsqueda de sí mismo y de la identidad

El niño entra en la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, para salir luego a la madurez estabilizada, con determinado carácter y personalidad adultos. La autocognición, la cual ha sido definida por Nixon (citado en Op. cit.), es un fenómeno esencialmente biológico que se relaciona con el concepto de "sí mismo" (self). La idea del sí mismo o self es el conocimiento del sí mismo como identidad biológica en el mundo, el todo psicosocial de cada ser en ese momento de la vida.

El logro de un "autoconcepto" es lo que conforma el yo, desde un punto de vista psicológico no psicoanalítico, tomando en cuenta que en este proceso el sujeto va cambiando y se va integrando de acuerdo a lo que piensa y sobre lo que él percibe de las demás personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social. Es por ello que, se va formando este sentimiento de identidad con una verdadera experiencia de "autoconocimiento" (Aberastury y Knobel, 1970).

Según Erikson, el problema de la identidad, tiene que ver con la capacidad del yo de mantener una mismidad y una continuidad frente a un destino cambiante y por ello para este autor no significa la identidad un sistema interno, cerrado, impenetrable al cambio, sino más bien un proceso psicosocial que preserva algunos rasgos esenciales tanto en el individuo como en la sociedad (Bischof, 1997).

De tal manera que para Sorenson (citado en Duarte, 1997), la identidad es la creación de un sentimiento interno de mismidad y continuidad, una unidad en la personalidad sentida por el individuo y reconocida por otro, que es el "saber quien soy yo". La identidad adolescente es la que se caracteriza por el cambio

en la relación del individuo, básicamente con sus padres, pues la presencia externa, concreta de los padres empieza a hacerse innecesaria (Aberastury y Knobel, 1970), por ejemplo, algunos jóvenes comienzan a sentir que es el momento de conformar una familia y tratan de buscar su independencia, o se adhieren a grupos semejantes para compartir lo que piensan o sienten.

Por consiguiente, en la búsqueda de la identidad adolescente, el individuo recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, en donde hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. Las actuaciones del grupo y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar. El fenómeno familiar transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar y con los padres en especial. El grupo constituye así, la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individualización adulta. Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse y asumir su identidad adulta (Duarte, 1997).

Por otro lado, los cambios físicos de la adolescencia tienen muchas manifestaciones psicológicas: una de las grandes paradojas de la adolescencia es el conflicto entre el anhelo de los jóvenes por hallar su propia identidad, para expresarse como seres únicos, y el deseo de ser exactamente iguales a sus amigos. Cualquier cosa que aleje a un adolescente de la multitud puede ser perturbadora, y los jóvenes suelen inquietarse mucho cuando su madurez sexual llega mucho antes o mucho después que la de sus amigos. Aunque la madurez tardía o la precoz no es, necesariamente, una ventaja ni una desventaja, el momento en que se presenta puede tener efectos psicológicos.

Una investigación encontró que los niños que maduran antes del promedio son más equilibrados, tranquilos, bien dispuestos, populares entre sus compañeros y, probablemente, sean líderes, así mismo son menos impulsivos que quienes maduran tarde. Otros estudios han encontrado que están más preocupados por su apariencia, son más cautelosos y se ajustan más a las reglas (Papalia y Olds, 1998).

En cuanto a quienes maduran tarde, se ha encontrado que tienden a sentirse mal, rechazados y dominados, a ser más dependientes, agresivos e inseguros, a rebelarse más en contra de sus padres y a pensar menos en sí mismos (Mussen y Jones; Peskin; Siegel, citados en Papalia y Olds, 1998).

A los muchachos les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen tener una ventaja sobre los jóvenes que maduran después, pues obtienen muchos beneficios para su autoestima (Alsaker, en Op. cit.), ya que existe un fortalecimiento personal, que llevado a la práctica de manera adecuada, le permite a los jóvenes establecer relaciones interpersonales óptimas y duraderas que les lleven a realizar tareas que son aceptadas por la sociedad en la que se desarrollan.

Las ventajas y las desventajas de la madurez precoz y tardía en las niñas resultan menos claras pues no suelen madurar pronto, por lo general, son más felices si maduran a la par con sus compañeras, ni antes ni después. Las niñas que maduran pronto tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son más introvertidas y tímidas, y tienen una actitud más negativa hacia la menarquia. Tienden a formarse una imagen muy pobre de sí mismas y a tener un nivel de autoestima más bajo que quienes maduran tarde (Papalia y Olds, 1998).

Una razón del por qué las niñas que maduran pronto suelen sentirse menos atractivas es que sus nuevas formas curvas chocan contra los patrones culturales que igualan belleza con delgadez. Además, puede ser una reacción al interés de las demás personas acerca de su sexualidad.

Por esto, en ocasiones, padres y profesores suponen que las niñas con cuerpos maduros son sexualmente activas porque su aspecto es como si pudieran serlo. Por tanto, los adultos pueden tratar a las niñas que maduran precozmente con mayor rigidez y desaprobación que a las niñas menos desarrolladas. Además, otras adolescentes pueden presionarlas con estereotipos y condiciones para las cuales no se encuentran preparadas (Papalia y Olds, 1998). Por ejemplo, el aventurarse a la experimentación de las relaciones sexuales y por consiguiente a embarazos no deseados, también a matrimonios a edades tempranas y que no garantizan una estabilidad ni económica ni emocional.

Dado lo anteriormente expuesto y debido a los cambios físicos y psicológicos que sufre el individuo al encontrarse en la etapa adolescente, es preciso continuar analizando este tema, lo que nos conduce al siguiente apartado, que se refiere a la conducta sexual del adolescente, así como a los cambios socioculturales por los que atraviesa en dicho proceso evolutivo.

1.4 CONDUCTA SEXUAL DEL ADOLESCENTE Y CAMBIOS SOCIOCULTURALES

De todos los acontecimientos del desarrollo de la adolescencia, el más dramático es el aumento del impulso sexual, así como de los sentimientos y pensamientos nuevos, y a menudo misteriosos, que lo acompañan. Un obstáculo importante, tanto para los muchachos como para las muchachas, en esta etapa de su vida, es la integración exitosa de la sexualidad con otros aspectos del surgimiento del sentido de sí mismo, sin tener que pasar por demasiados conflictos y ansiedad. Esta tarea es muy difícil de dominar en la sociedad contemporánea, con sus papeles sexuales cambiantes y su peculiar mezcla de tolerancia y mojigatería (Conger, 1980).

Por su parte, Lutte (1991) menciona que el desarrollo sexual de los adolescentes lleva consigo frecuentemente grandes dificultades, sufrimientos, sentimientos de culpabilidad y de vergüenza. Aprender el sexo en la

sociedad, es aprender la culpabilidad y aprender cómo llevar la sexualidad, es aprender cómo llevar la culpabilidad. La tolerancia de los padres y de la sociedad no basta para hacer fácil el desarrollo sexual de los adolescentes, ya que de por sí, el adolescente considera el sexo de forma ambivalente, se sienten fascinados por él y le temen al mismo tiempo, probablemente, porque se ven obligados a ocultar sus actividades sexuales consideradas como inadecuadas en este momento de su vida, por todo lo que se considera que implica esta etapa, ya referido anteriormente.

Aunque está presente durante la adolescencia, la sexualidad todavía no constituye el interés principal de los jóvenes adolescentes, sino que en niveles de interés, generalmente está situada por debajo del trabajo futuro, de la comprensión de otras personas e incluso del deporte. Cuando el sexo se convierte en el principal interés, generalmente lo es en el contexto de una relación aparentemente determinada más por la búsqueda de identidad a través de otra persona que por la obtención de satisfacción física.

Además de su interés por el sexo, los adolescentes tienen otros temas que les preocupan, -amistades, escuela, deportes, lucha por ser independientes de sus padres cuando aún necesitan su guía y naturalmente los temas de identidad e intimidad- (Carrera, citado en Papalia y Olds, 1998).

En virtud de ciertos fenómenos, es muy importante considerar que al adolescente se le debe impartir una adecuada educación sexual con fines psicoprofilácticos (González, 1998).

Estudios extensos de jóvenes, de distinta extracción cultural y racial y de diferentes niveles socioeconómicos dentro de estos grupos, revelan que tanto los muchachos como las muchachas siguen patrones razonablemente predecibles en la maduración sexual. Las diferencias entre los sexos son notables en especial entre los 12 y 14 años, cuando hay muchas más muchachas maduras que muchachos en igual condición. Esta diferencia se manifiesta no sólo en los cuerpos más grandes y más desarrollados de las mujeres sino asimismo en su comportamiento más maduro, más agresivo y su conducta más consciente del sexo. Las diferencias en cuanto a la edad de la maduración sexual dentro de un grupo de igual sexo ocasionan muchos problemas sociales durante el periodo de estudios secundarios que comprende el penúltimo año y comienzos del último. Con frecuencia, estos problemas llevan a un rendimiento escolar deficiente y a una conducta indisciplinada (Hurlock, 1987).

Si bien la maduración sexual sigue un patrón bastante predecible, hay variaciones. Se ha señalado que el reloj que gobierna el proceso evolutivo en los niños es individual. Las diferencias en cuanto a la edad de la maduración sexual se deben a variaciones en el funcionamiento de las glándulas endocrinas que son responsables de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto. Por consiguiente, debemos tomar en consideración a aquellos factores que influyen en la edad de maduración sexual, como son: la *herencia*, ya que la edad de maduración "se proyecta en la familia". Por ejemplo, las muchachas

tienen su primera menstruación casi a la misma edad que sus madres y hermanas; la *inteligencia*, pues los niños de inteligencia superior maduran sexualmente un poco antes que aquellos cuyo índice intelectual corresponde al término medio o es inferior a éste; la *salud*, que debida a un adecuado cuidado prenatal y posnatal, deriva en una maduración más temprana; la *nutrición*, pues una dieta en la que predominan los carbohidratos durante la infancia conduce por lo general a una maduración tardía, en tanto que una dieta compuesta mayormente de proteínas da por resultado una maduración precoz; el *status socioeconómico de la familia*, ya que cuanto mejor es el medio socioeconómico, tanto mayores son las posibilidades de una maduración temprana. Como consecuencia de una atención médica deficiente y de una nutrición por debajo de lo normal, los niños criados en ambientes socioeconómicos deficitarios maduran a menudo más tarde, tal como sucede con los provenientes de medios rurales; el *tamaño del cuerpo*, ya que los niños más altos y más gruesos que sus compañeros de la misma edad alcanzan antes la madurez sexual y la conformación corporal, pues los niños con cuerpos de tipo femenino (caderas anchas y piernas cortas) tienden a una maduración precoz; a la inversa, los de conformación masculina (hombros anchos y piernas largas) tienden a la maduración tardía (Hurlock, 1987).

Por consiguiente, el patrón del desarrollo físico difiere según que la maduración del niño se produzca antes o después de la edad promedio correspondiente a su sexo o aproximadamente en ésta. En el individuo que madura tardíamente, el crecimiento generalmente es irregular y asimétrico; el desarrollo de las dimensiones corporales y de los órganos internos sufre un retraso en relación con el aumento de estatura. Esto es lo contrario de lo que ocurre con el individuo de maduración precoz, cuyo crecimiento es más regular y que muestra menos desequilibrio orgánico.

Aunque es posible que quienes tardan en madurar muestren una pequeñez anormal al final de la infancia, el hecho no indica que lleguen a ser adultos de menores proporciones. La edad de maduración afecta el patrón de desarrollo de distintos tejidos corporales y también el de aumento de las dimensiones del cuerpo (Op. cit.).

Por ello, la transición hacia la sexualidad adulta comprende algo más que los cambios físicos que se producen en la pubertad, pues el adolescente debe desarrollar nuevos intereses y actitudes y aprender nuevas pautas de conducta. Para alcanzar la sexualidad adulta, el joven debe dominar diversas tareas primordiales. Ha de adquirir conocimientos acerca del sexo y de los roles sexuales para comportarse del modo aprobado por la sociedad, aprender las pautas consentidas en el campo de la conducta sexual, imbuirse de valores aprobados socialmente como guía para la selección de la persona del sexo opuesto que ha de acompañarlo toda la vida y, aprender a expresar "amor" por otro individuo y a desempeñar la función aprobada para miembros de su sexo.

Normalmente, "sexualidad adulta" significa *heterosexualidad* en la cual el interés y el afecto sexual se dirigen a individuos del sexo opuesto. En la

adolescencia inicial, los sentimientos e impulsos sexuales son difusos y pueden fijarse en cualquier persona o cosa por las cuales el joven sienta un apego emocional. La manera de expresarse de estos sentimientos e impulsos depende en gran parte del aprendizaje y de la influencia de las presiones sociales. Sólo cuando los sentimientos e impulsos sexuales difusos se dirigen a individuos del sexo opuesto, y llevan a pautas de conducta que se asocian normalmente con esas manifestaciones, se puede considerar que el adolescente es una persona heterosexual o que ha llegado a la sexualidad adulta (Hurlock, 1987).

El interés heterosexual en la infancia se expresa principalmente como competencia. En la adolescencia, por el contrario, va acompañado de un fuerte deseo de obtener la aprobación de miembros del sexo opuesto. En la adolescencia inicialmente este interés se manifiesta en la creación de fantasías eróticas, en conversaciones sobre sexo e individuos del sexo opuesto, en la preocupación por la apariencia personal y en formas de crudo exhibicionismo para atraer la atención del otro sexo (Op. cit).

De tal manera que, los *factores sociales* determinan considerablemente la manera de expresarse de la heterosexualidad. Las chicas que ven el matrimonio como un medio de afirmarse como mujeres están predispuestas a concertar citas y a entregarse a expansiones amorosas antes que las muchachas que encuentran otras formas de gratificación de la autoexpresión.

Los *medios masivos* dirigen la atención del adolescente hacia la importancia de las relaciones heterosexuales en nuestra cultura. Las canciones populares, el cine, la televisión y la literatura ayudan a que el adolescente se identifique con el rol de amante o amado y a que aprenda los patrones aprobados de la conducta romántica (Op. cit.).

Los *varones* responden a más estímulos y se excitan sexualmente con más facilidad que las muchachas. Si bien las razones que dan lugar a estas diferencias no se han determinado del todo, por lo común se refieren a: 1) los muchachos tienen un impulso sexual innato más fuerte, 2) en los muchachos, es mayor la capacidad sensorial frente al estímulo, y 3) el adoctrinamiento sociosexual de los muchachos los lleva a responder más abiertamente a los sentimientos e impulsos sexuales.

La *edad* en que se produce la maduración sexual y la *rapidez* de su manifestación influyen en el inicio e intensidad de los intereses heterosexuales. Los individuos que maduran antes, por ejemplo, no sólo muestran un interés temprano por miembros del sexo opuesto sino que es posible que establezcan una relación que los lleve a comprometerse y a contraer matrimonio antes de cumplir los 20 años. Si bien la demora en el interés sexual no entraña por fuerza graves consecuencias permanentes, puede que refleje una adolescencia relativamente infeliz (Op. cit.).

Para considerarse un individuo heterosexual no puede darse por ambigüedades, se han de brindar *oportunidades* para el aprendizaje, además de que el adolescente debe tener la *motivación* necesaria para aprovechar las ocasiones que se le conceden. Dos condiciones ambientales son esenciales para entablar relaciones heterosexuales afortunadas. *Primero*, debe haber una cantidad suficiente de miembros del sexo opuesto de la edad apropiada, el status intelectual adecuado y el correspondiente ajuste de personalidad para que el adolescente tenga la oportunidad de seleccionar compañeros compatibles y de tener con ellos contactos sociales agradables. *Segundo*, ha de contarse con una actitud estimulante, favorable y servicial por parte de padres y de otros adultos. Si el joven sabe que puede apelar a alguien en busca de consejo y de aliento, puede manejar mejor los problemas que suscita la adaptación heterosexual. Un ambiente en el cual los sexos están segregados no sólo aumenta la dificultad del adolescente para realizar contactos sociales heterosexuales sino que -lo cual es más perjudicial- tiende a desarrollar en él un sentimiento de inadecuación cuando interviene en situaciones en que participan miembros del sexo opuesto (Hurlock, 1987).

Las características de la sexualidad se pueden agrupar en dos rubros principales: las relacionadas con el sexo, que son las biológicas y las socioculturales que se relacionan con el género.

De este modo, el aspecto biológico más importante para la sexualidad humana, es el referente a las glándulas sexuales, éstas son diferentes entre las mujeres y los hombres al igual que sus efectos. Sus principales efectos con los caracteres sexuales primarios (efecto de los gametos) y los secundarios (cambios físicos, producto de las hormonas sexuales), estos se dan más claramente durante la pubertad.

De igual manera, durante el embarazo se dan grandes diferencias en las actividades del hombre y de la mujer, por razones de su estado biológico, y hablando de este aspecto, la sexualidad se asocia con los órganos sexuales reproductores, de tal forma que se le limita a éstos, sin embargo, si bien es cierto que las características sexuales primarias y secundarias ejercen gran efecto en la sexualidad del individuo, también lo es que los factores socioculturales ejercen un efecto igualmente importante o quizás mayor (Bazán, 1998).

Por ello, es importante hablar de los aspectos socioculturales, ya que la conducta sexual humana es, sobretodo, aprendizaje social, de forma que los factores no hormonales determinan en gran parte el momento, la incidencia y la naturaleza de las actividades sexuales de hombres y mujeres. Esto es, desde que el individuo nace tiene un sexo y, por lo tanto, socialmente se le considera como hombre o mujer. Ahora bien, la organización de la conducta social humana está en relación con la sociedad en que se desarrolla, razón por la que en ésta se tienen expectativas sobre cómo se deben comportar sus miembros, hombres y mujeres (Helbrun, en Op. cit.).

La educación que se recibe, primero en el hogar, después en la escuela, en la calle y en todas las circunstancias sociales, conforman la personalidad y todas las creencias, actitudes y conocimientos que tendrán profunda influencia en el comportamiento. Además, los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones, por lo cual cada persona experimenta la sexualidad de manera distinta (Chávez, en Bazán, 1998), pues quienes cuentan con redes de apoyo adecuadas, manifestarán un desarrollo óptimo de acuerdo a su evolución y a su proceso de desarrollo.

De este modo, la mayor parte de las características de la sexualidad son aprendidas, es decir, la sexualidad se practica de manera diferente de acuerdo a la sociedad en que se desenvuelve el individuo, además estas prácticas se transforman conforme se desarrolla el adolescente.

Erikson organizó el aspecto conductual reflejado en su esquema de las ocho crisis psicosociales del ser humano, en donde la etapa de adolescencia se caracteriza por el establecimiento de la identidad frente a la confusión de roles.

Así, considera a la adolescencia un estadio del desarrollo psicosocial, es decir, una etapa en la que interactúan los esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social y durante la cual la sociedad espera determinados comportamientos. Tales expectativas de conducta, variables según la cultura, constituyen exigencias que el individuo debe afrontar mediante un trabajo interno de adaptación primero, y de cumplimiento con éxito después, logrando así, asumir el papel de adulto que se espera en su cultura.

Desde el punto de vista sociológico de Hallengstead (citado en Duarte, 1997, pág. 18), se dice que: "la adolescencia es el periodo de la vida de una persona durante el cual la sociedad en la que vive deja de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el estatuto de adulto, sus cometidos y sus funciones".

La asignación de un rol y un nuevo estatus ofrece al adolescente una autoimagen que es definitiva, recíproca y comunitaria, al mismo tiempo se promueve la asimilación social del niño en maduración. Sin este tipo de complementación o refuerzo del medio ambiente, la autoimagen del adolescente pierde claridad y cohesión (Blos, 1971).

Se ha visto en este apartado a la adolescencia, como un periodo del desarrollo psicosocial, en donde interactúan esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social. De esta forma, no hay un acuerdo en la sociedad de cuando se deja de ser niño o deja de ser adolescente y se vuelve un adulto. Sin embargo, lo que se espera es que todas las personas podamos asumir el papel de adulto, de acuerdo a lo que se vaya viviendo en el medio. Por tal razón, el siguiente apartado se refiere al impacto emocional de esta difícil etapa de transición.

1.5 ADOLESCENCIA Y SU IMPACTO EMOCIONAL

La adolescencia lleva consigo una gran cantidad de cambios en todos los aspectos de la vida del niño. Se produce una gran expansión e intensificación de la vida emocional cuando el adolescente amplía sus actividades en busca de nuevas experiencias y conocimientos, pero al mismo tiempo, adopta una actitud defensiva contra las posibles consecuencias, ya que como en toda crisis, no sabemos qué es lo que pueda ocurrir y se le tiene temor a lo desconocido, sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, si el joven cuenta con las redes de apoyo necesarias, esta etapa pasará sin contratiempos y de manera óptima. Durante la adolescencia se observa que las emociones tienden a mostrar mayores variaciones que en los periodos que la preceden y la siguen. Las emociones pueden conducir a violentos afectos hacia los miembros del sexo opuesto y profundas amistades caracterizadas por abundancia de promesas (Horrocks, 1986), pues de igual manera, en esta etapa es frecuente el noviazgo y el enamoramiento, lo que nos lleva a comprender el hecho de los lazos afectivos y sentimentales que unen a los jóvenes con personas del sexo complementario.

Los brotes de crecimiento en relación con la altura, el peso, la musculatura y el desarrollo de características sexuales primarias y secundarias, generalmente están acompañados por importantes estados emocionales en la adolescencia.

La adolescencia en sí logra tareas dentro de un cuerpo que ha llegado a la madurez física sexual y consecuentemente el desarrollo emocional tiende a relaciones de objeto estables con ambos sexos, fuera de la familia y hacia la formación de identidad sexual irreversible.

Los cambios biológicos que se operan en la adolescencia producen estados emocionales tales como: ansiedad y preocupación, porque el adolescente debe asistir pasiva e impotentemente a los mismos, ambivalencia, depresión, entre otros estados afectivos (Aberastury y Knobel, 1970).

Una de las características que definen a la adolescencia, es la ambivalencia de sentimientos y deseos; ya que, por un lado, quieren estar solos, aislados, adquirir independencia, y por otro lado, desean integrarse a grandes grupos y amistades y en ninguna otra etapa del desarrollo la bondad y la virtud se presentan en forma tan pura, pero tampoco jamás la tentación domina tan poderosamente el pensamiento, esto se puede dar ya que como el adolescente se encuentra en el proceso de la búsqueda del sí mismo, es un poco más difícil tomar decisiones, interpretar su propia realidad y sobretodo comportarse de acuerdo a lo que la sociedad dicta como lo correcto (Op. cit.).

Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha, ocurre una reorganización del estado emocional con un estado de caos bien

reconocido, en donde la ambivalencia tan característica de la adolescencia comprende no solamente la alternativa de amar y odiar, sino que se manifiesta también con mayor intensidad en la polaridad de las metas instintivas, activas y pasivas, ya que estas polaridades se ejercitan en relación con el yo, con el objeto y con el mundo externo, lo cual determina los fluctuantes estados de ánimo de los adolescentes como los siguientes: sumisión y rebelión, sensibilidad delicada y torpeza emocional, conducta gregaria y aislamiento, altruismo y egoísmo, profundo pesimismo, intensa fidelidad y cambios repentinos de infidelidad, ideas cambiantes y argumentos absurdos, idealismo y materialismo, dedicación e indiferencia, aceptación y rechazo impulsivo, apetito voraz, indulgencia excesiva y exhuberancia física o gran abandono.

Así como también, hay sentimientos de alejamiento, de irrealidad y despersonalización que amenazan con romper la continuidad de los sentimientos del yo, el adolescente experimenta el mundo externo con una singular calidad sensitiva que él piensa que no es compartida por otros: "nunca nadie ha sentido como yo" "nadie ve el mundo como yo" La madre naturaleza se convierte en un corresponsal personal para el adolescente, la belleza de la naturaleza es descubierta y se experimentan estados emocionales exaltados (Blos, 1971).

Un estado de ánimo característico de la adolescencia es la depresión, la cual emerge de necesidades sexuales abrumadoras y del deseo ambivalente de proximidad e independencia, es decir surge como expresión de vivencias internas de confusión a raíz de los cambios físicos y exigencias sociales y este estado emocional se ve reflejado a través de conductas impulsivas carentes de una planeación y previsión de consecuencias, la cual se manifiesta en el fracaso escolar, la hiperactividad y la agresividad, tanto constructiva como destructiva, o conductas adaptativas o mal adaptativas (Moos, citado en Duarte, 1997).

Además de la depresión los adolescentes manifiestan altos niveles de ansiedad, es decir, cierta incertidumbre e inquietud emocional ante las exigencias internas y demandas sociales, debido a todo este proceso evolutivo y al no saber en determinado momento qué es lo que va a pasar en su vida, a qué se van a dedicar o qué desean hacer en un futuro que no se encuentra alejado de este proceso.

Por otro lado, Erikson, menciona que a raíz del intento por definir la identidad, surgen estados de ansiedad y confusión, debido a los esfuerzos psicológicos y demandas sociales a las que el individuo se ve sometido (Cueli, 1998).

Se han observado diferencias en las respuestas emocionales en los adolescentes, dado que estas son matizadas por el género, la familia, la sociedad y la cultura.

En suma, el abordaje de los aspectos psicológicos inherentes en la adolescencia, permiten evaluar efectivamente que la adolescencia es proceso y desarrollo, en cuya etapa, se dan una serie de cambios biológicos que se ven

reflejados en la conducta, dado que se presenta una inquietud en cuanto a la sexualidad y se debe definir un rol sexual, como asimismo, se presentan cambios en el individuo al definir sus valores éticos, su identidad y maduración, lo cual está íntimamente relacionado con los estados afectivos de los adolescentes.

A manera de resumen, se puede mencionar que el periodo de la adolescencia, es una transición de la niñez a la vida adulta, en cuya etapa se carece de límites cronológicos claros y precisos, pero que involucra una serie de aspectos biológicos, caracterizados por una movilización hormonal que favorece el crecimiento del adolescente, puesto que es evidente un aumento en la talla, peso, órganos, entre otras partes del cuerpo. También intervienen aspectos psicológicos, los cuales se manifiestan como cambios reflejados en la conducta que subyacen a los cambios físicos del adolescente, debido a que tratará de definir su identidad sexual, resolver una serie de duelos, entre otras tareas, las cuales están relacionadas con diversos estados emocionales. Por último, otros aspectos importantes son los psicosociales, en los cuales interactúan los esfuerzos psicológicos del individuo con las demandas del medio social, a través de exigencias que el individuo debe afrontar con un trabajo interno de aceptación y el logro de una definición de sí mismo, logrando el papel de adulto que se espera de él, según su cultura.

Por lo tanto, el cumplimiento con éxito de las tareas propias del periodo de latencia, la propia personalidad del adolescente, la familia y la sociedad son de fundamental importancia, ya que de ello dependerá la presencia de estados emocionales conflictivos o no, aún y cuando esta etapa se caracteriza por sensaciones de confusión, ambivalencia, depresión, entre otros.

La importancia de la adolescencia como una etapa de desarrollo en la vida del ser humano ha recibido recientemente el reconocimiento internacional que merece. La adolescencia se considera por lo general un periodo relativamente libre de problemas de salud. No obstante, en términos de salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un "caso especial", que necesita servicios de atención de salud específicamente diseñados para gente joven, con personal de salud altamente capacitado para atender a sus necesidades. Sin embargo este tipo de servicios aún no está plenamente desarrollado y no existe con frecuencia en todas las instituciones, y los adolescentes que tratan de ajustarse a los cambios físicos, emocionales y sociales no disponen de servicios especiales de atención integral de su salud (Arellano, 2000).

De tal manera que, debemos enfocarnos al objeto de estudio de este proyecto y por consiguiente abordar el siguiente capítulo, que se refiere al embarazo, su incidencia, causas y consecuencias del mismo en la etapa adolescente, lo que nos permitirá ampliar nuestros conocimientos sobre el tema.

CAPITULO 2. E M B A R A Z O

Si hubiese podido verte crecer
 como si mi mirada fuese mágica,
 si hubiese podido ver a través de mi vientre mágico y
 transparente, hubiese habido tal perfección dentro.....

Anne Sexton, 1966 (en Papalia y Olds, 1996).

La sexualidad es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, e involucra sentimientos, emociones, actitudes, pensamientos y comportamientos, así como aspectos físicos, incluyendo el crecimiento corporal, los cambios asociados con la pubertad y con procesos fisiológicos tales como la menstruación, la ovulación y la eyaculación. La sexualidad de un individuo también incluye lo referente al impulso o deseo sexual, la posibilidad de gozar y de *procrear* (Pick y colaboradores, 1998).

Como ya se explicó más ampliamente en el capítulo anterior, numerosos adolescentes, con independencia de su edad, están perplejos por su conducta sexual y su aparente espontaneidad. Como consecuencia de su confusión interna, rara vez están preparados con anticoncepción efectiva cuando inician la actividad sexual. En la actualidad, la expresión de la sexualidad adolescente normal, tiene lugar dentro de una epidemia mundial de enfermedades de transmisión sexual potencialmente fatales, como el SIDA, y de embarazos adolescentes, que es parte fundamental de nuestro tema de estudio, por lo que a continuación se analiza la estructura general del embarazo y posteriormente, se vincula el embarazo y la adolescencia.

El *embarazo*, incluyendo el nacimiento, es quizá la experiencia más importante, emocional y dramática de la vida de una persona. El impacto y sus efectos sobre la mujer y su familia son determinantes. En nuestra sociedad y nuestros patrones culturales cambiantes, el embarazo, frecuentemente se experimenta sin el apoyo de amigos o familiares. Aunque el embarazo puede producir un estrés emocional, tradicionalmente el punto de mayor interés en la evaluación prenatal es el físico. Se da poca importancia a las etapas de desarrollo emocional, al comportamiento característico durante el embarazo o a cómo la pareja está interpretando o enfrentándose a la experiencia (Burroughs, 1988).

Por otro lado, el nacimiento de un bebé, especialmente el primogénito, cambia la vida de toda la familia. La llegada de una hijo marca una pauta en las vidas de los padres, debido a que cambia su identidad personal, su perspectiva emocional y las relaciones con el otro, con sus propios padres y con las del resto del mundo. Aún antes de que un bebé nazca, las transformaciones permanentes comienzan a ocurrir. En primer lugar, los cambios fisiológicos en la mujer, producidos por el embarazo, le afectan más que cualquiera que experimente en cualquier otro momento de su vida. En consecuencia, los

efectos psicológicos para los dos futuros padres son profundos (Papalia y Olds, 1996).

Es importante mencionar que la reproducción es la función biológica mediante la cual los seres vivos generan nuevos individuos para la supervivencia de la especie, y el que la sexualidad humana no se reduzca a la reproducción está dado por las características siguientes: puede ser un acto de recreación placentero en sí mismo, no se realizan con fines de procreación únicamente, de hecho, da respuestas a las necesidades más variadas ajenas a la necesidad reproductiva. Es decir, las relaciones sexuales cubren necesidades de la más diferente índole, desde la mera experimentación de placer, y/o por necesidades emocionales de cercanía, comunicación, intimidad, hasta otras consideradas como patológicas, de poder, agresión, sadomasoquismo, hasta sentimientos de trascendencia espiritual con su práctica o su abstinencia (Cruz, 1992).

Pero, independientemente de cuáles fueron las circunstancias del acto sexual, durante el embarazo son comunes los cambios en las actitudes de la mujer y su familia. La persona que es tradicionalmente independiente puede manifestar una dependencia extrema. Al progresar el embarazo, la embarazada puede hacerse cada vez más introspectiva y luego estar más interesada en su futuro hijo. A menudo, su comportamiento hace que su cónyuge se sienta excluido y a veces, esto dificulta la comunicación. En conclusión, aunque la experiencia del embarazo puede ser de anticipación y excitación, también puede representar un periodo de estrés para los padres expectantes, así como un cambio abrupto en su estilo de vida (Burroughs, 1988).

2.1 DEFINICIÓN DE EMBARAZO Y POSPARTO

Para abordar la temática del embarazo (gestación o gravidez), se tiene que realizar una breve revisión con respecto a lo que se entiende por este proceso el cual implica la creación de una nueva vida, convirtiendo a la mujer en madre; por lo que éste evento es de gran trascendencia, ya que se ven involucrados diversos aspectos de índole biológico, sociocultural y psicológico (Salvatierra, 1989).

A continuación se describen diversas definiciones de embarazo y posparto hechas por teóricos:

Para Higashida (2001), el embarazo es el periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, que en términos generales dura aproximadamente 280 días, ó 40 semanas.

Por su parte, Burroughs (1988), define el embarazo como la implantación del óvulo fecundado en el útero, en el cual se desarrolla un feto. La duración promedio del embarazo desde la concepción es de 266 días.

Benson (1983), ha definido el embarazo como un tiempo que media entre la concepción y el parto, que tiene lugar cuando el óvulo fecundado se implanta dentro de la cavidad uterina.

Por otro lado, García (1984), menciona que el embarazo es el estado fisiológico que incluye desde la fecundación hasta el momento del parto, con una duración de 280 días ó 40 semanas, más o menos 15 días. Después de la fecundación, el huevo se divide en forma sucesiva (segmentación) hasta formar un macizo celular (mórula) que da origen al blastocisto. En esta etapa, día seis o siete después de la fecundación, se implanta en la cavidad uterina.

En suma, se puede considerar al embarazo como un evento que tiene lugar con la fecundación hasta el parto con una duración de entre 38 á 42 semanas de gestación.

Ahora bien, hablando del posparto, es importante mencionar que nuevamente la mujer sufre cambios fisiológicos y psicológicos importantes, que posteriormente se describirán a detalle, pero que va más allá de la definición de éste. Para que surja la condición de madre, la etapa de mujer embarazada debe terminar por completo. El santuario interno que una vez protegió y alimentó la vida del feto termina, regresando el cuerpo a su estado anterior, una mujer embarazada es la representación simbólica de la maternidad, de la familia, de la fuerza, de la vulnerabilidad, de la femineidad entre otras cosas. Pocos se sienten neutrales hacia este símbolo detonador de emociones y la mujer tiende a atraer el apoyo emocional y el consejo. Así como el niño al crecer deja de ser espontáneo, la posibilidad de ser abierto ante una mujer embarazada desaparece con el parto (Panuthos, 1987).

Se define el posparto o puerperio, según García (1984), como el periodo que se extiende después del parto hasta que el organismo materno recupera las condiciones que tenía antes del embarazo. Su duración es de 6 semanas, clínicamente se puede dividir en tres etapas: a) *puerperio inmediato*, las primeras veinticuatro horas después del parto; b) *puerperio mediato*, la primera semana después del parto; y c) *puerperio tardío*, desde la primera hasta seis semanas después del parto.

El periodo *posparto* y/o *puerperio*, es el intervalo que abarca desde el nacimiento del bebé hasta que el organismo materno vuelve a su estado previo a la gravidez. Los rápidos ajustes fisiológicos y psicológicos comienzan a verificarse inmediatamente después del nacimiento y continúan progresando durante cerca de seis semanas más. Durante este tiempo, los órganos de la reproducción recuperan el tamaño y posición aproximados del estado ingravido (Burroughs, 1988).

Por su parte, Benson (1983) menciona que el puerperio es el periodo de ajuste posterior al embarazo y parto, durante el cual, los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional, el tiempo que se requiere para lograrlo varía en cada organismo. El periodo posparto se ha

dividido en forma arbitraria en *puerperio inmediato* -las primeras 24 horas después del parto-, durante el cual pueden ocurrir complicaciones postanestésicas o posparto; el *puerperio temprano*, el cual abarca hasta la primera semana después del parto; y el *puerperio remoto*, el cual incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales. De manera tradicional, el último periodo abarca hasta la sexta semana después del parto. Los órganos reproductores vuelven a su estado normal hacia las seis semanas después del parto, y la mayoría de las mujeres que no amamantan a sus hijos reanudan sus ciclos menstruales en este tiempo o poco después.

Aunque la definición literal del puerperio queda limitada al tiempo en que transcurre el parto y al inmediatamente posterior, se tiende también a incluir en el las semanas siguientes durante las cuales el aparato genital vuelve a adquirir las características propias del de una mujer normal no embarazada, considerando como parte del puerperio las seis semanas siguientes al parto. Durante este periodo el aparato genital vuelve a la normalidad, registrándose la remisión de los cambios estructurales permanentes de cuello, vagina y perineo producidos a consecuencia del parto (Pritchard, 1993).

Por último, el término puerperio designa el periodo que va del alumbramiento a la restauración del estado normal, no grávido, del útero, y por lo general se considera que dura seis a ocho semanas. Por convención, muchos obstetras programan una consulta seis semanas después del parto, momento en que la práctica marca el fin de la atención obstétrica del embarazo actual y del puerperio. Sin embargo, debe tenerse en mente que muchas alteraciones que acompañan al embarazo ya han vuelto a la normalidad en la primera o segunda semanas del puerperio; otras persisten más de seis semanas, y hay algunas que no desaparecen (Di Saia, 1994).

Como ya se explicó, durante el embarazo ocurren muchos cambios, tanto sociales, biológicos y psicológicos, por lo que a continuación se explica ampliamente lo que implican en este proceso.

2.2 ASPECTOS SOCIALES Y BIOLÓGICOS DE LA GESTACIÓN

La posición de la mujer embarazada en el ámbito social es importante tomarla en cuenta, ya que, como se mencionó anteriormente, la conducta y reacciones de la sociedad ante este evento cambian por completo a comparación de una mujer que no está embarazada.

Según Salvatierra (1989), el embarazo es un estadio de desarrollo que implica tareas, entre las más importantes están la de aceptar la gestación y ejercer el papel materno con afecto o ternura, sin restarle importancia a otras. El cumplimiento de los objetivos sociales que se esperan, serían el que la mujer crezca y madure como madre en el plano personal, psicológico y social, pero el principal es mantener o alcanzar una salud psicosocial óptima, lo que representa el cumplimiento de las tareas de desarrollo psicosocial que

promueven los fundamentos para la siguiente etapa de maternidad. Tales tareas son de aceptación, adaptación y ligazón (vínculo madre-hijo), las cuales son relativamente independientes y siguen un curso temporal propio a lo largo de la gestación. Aquí este autor distingue tres componentes:

1. La aceptación del embarazo, no solo a nivel intelectual sino también emocional.
2. La adaptación al papel materno, que requiere la asignación al neonato de una identidad basada en la realidad.
3. La ligazón materno-infantil, que puede describirse como una actitud positiva e interactiva con su feto y que es la base de la futura relación afectiva con el hijo.

Pero, independientemente de cumplir o no su rol social, el estar embarazada es un símbolo, en el cual los esposos o compañeros por lo general se sienten más protectores, afectuosos y atentos. Se pueden sentir masculinos, maduros y paternales frente a ella. Son más capaces de traer flores, de hacer el trabajo de la casa y de ayudar con los otros niños durante este tiempo. Los padres a punto de ser abuelos están más dispuestos a llamar, a escribir o a involucrarse de nuevo en la vida de sus hijos. Con mayor facilidad olvidan viejos conflictos y quejas y ponen al día sus relaciones para producir una comunicación entre adultos (Panuthos, 1987).

Aún los extraños sonríen, ayudan a la mujer embarazada a subir o bajar del autobús y se ofrecen a cargar sus paquetes. Le abren la puerta, inician conversaciones con ella y la felicitan. El espíritu de las demás personas es de aceptación, empatía y ayuda espontánea, todos festejan, dan y comparten celebrando el nacimiento. En breve, la mujer embarazada es muchas veces el foco de atención. Para algunas mujeres este periodo puede servir para sanar una historia de soledad, aislamiento y falta de contacto familiar. Para otras puede ser una ganancia por cualidad, ya que el estar embarazada les puede conseguir beneficios de parte de los demás, como que las cuiden y apoyen más. Para todas, estas reacciones se alteran de pronto sustancialmente en el parto o poco después (Op. cit.).

Por otra parte, la gestación puede amenazar el papel que desempeña cada miembro de la familia. Muchas veces los embarazos provocan sentimientos, tanto de alegría como de perplejidad, que nunca han sido experimentados, y pueden ponerse en riesgo las mejores relaciones o matrimonios. Aún parejas que han establecido ya patrones eficaces de comunicación, experimentarán cambios, incluyendo llanto, arranques de ira y falta de atención, que pueden ser interpretados o comprendidos erróneamente (Burroughs, 1988).

Es importante mencionar la relevancia de la transición a la paternidad. La frase "están esperando" conlleva el entendimiento de que los futuros padres están pasando por ciertas transformaciones en su vida que tal vez impliquen nuevos roles y relaciones. Los mayores cambios en la vida a menudo vienen acompañados de cierto estrés y de la necesidad de comunicarse y resolver problemas. La adecuación a la paternidad es una fundamental tarea del

desarrollo de los adultos, sobre todo con el primer hijo. Los nuevos padres deben efectuar arreglos económicos y sociales, muchas veces tendrán que revalorar y modificar relaciones actuales. Entre los elementos de este ajuste se encuentran las posturas culturales de la familia ante el embarazo, el parto y la crianza (Craig, 1997).

Las motivaciones para tener hijos varían mucho de una cultura a otra. En algunas sociedades se valora a los niños como ventajas financieras o como apoyo para los padres en su vejez. En ocasiones son quienes mantendrán las tradiciones de la familia o simbolizan la realización de las necesidades personales de los padres. Otras veces son vistos como un deber o una carga necesaria. Ciertas culturas aceptan a los niños como inevitables, como parte natural de la vida sobre la que uno no puede tomar decisiones conscientes. Por ejemplo, en la India las mujeres quieren tener hijos para asegurarse una buena vida futura. Necesitan varones para llevar el nombre de la familia, para auxiliar al padre y seguir sus pasos y, por último, para cuidar de ambos cuando estén viejos y enfermos. Aunque las niñas son una inconveniencia económica porque la familia debe darles una dote, la tradición exige que el hindú tenga por lo menos una hija que dar en matrimonio (Levine, 1989, en Op. cit.).

Pero entonces, ¿por qué las personas tienen hijos? Durante siglos, el tener hijos ha sido considerado como la razón básica para casarse. El tener hijos, especialmente para la madre, tenía una importancia emocional única pues solamente la mujer que llegaba a ser madre se consideraba que realmente había cumplido con su deber, únicamente a aquella que deseaba tener hijos se la consideraba normal (Papalia y Olds, 1996).

Sin embargo, actualmente hay menos razones culturales y económicas para desear ser padres. La explosión demográfica es uno de los problemas más grandes del mundo, el avance de la medicina ha hecho que sobrevivan más niños, la seguridad social y otros programas gubernamentales toman a su cargo parte del cuidado de los ancianos, además, se ha comprobado que los niños pueden tener efectos tanto positivos como negativos en el matrimonio. Cuando las mujeres tienen hijos por razones "equivocadas", como las siguientes, pueden generar problemas mayores para ellas y para sus familias:

- Ψ *Los niños le darán sentido a mi vida.* Esto hace que la pesada carga de la autovaloración repose en los hombros de sus hijos, es decir, va a querer cumplir ciertas fantasías originadas en la soledad y a la vez, que el niño le dé el valor que ella carece, pensando que "al fin" tiene algo por qué vivir, pero en realidad, ella va a seguir sintiendo un vacío, pues no tiene plena satisfacción de la vida que lleva.
- Ψ *Seré una buena hija si tengo niños.* Una mujer que decide tener hijos para complacer a sus padres puede ser muy infeliz si no está llevando la vida que quiere, no está resolviendo sus propias necesidades de identidad, ni dándoles a sus hijos un modelo saludable. Por otro lado, si la mujer nunca ha sido una buena hija, no lo va a ser por el hecho de tener hijos, porque

aquí el rol cambia, no tiene que ser una buena hija, sino una buena madre que realmente desea tener un hijo.

- Ψ *No puedo ser una mujer total si no tengo un bebé.* Las mujeres que no tienen hijos, no tienen más problemas o síntomas neuróticos con la "identificación femenina" que las que sí los tienen. El tener o no tener un bebé no te hace menos o más mujer, en este sentido, va mucho más en juego, como son los valores, el autoconcepto y la realización como persona y ser humano.
- Ψ *Un bebé arreglará mi matrimonio.* Ya que los niños traen conflictos inclusive a matrimonios muy felices, pueden hacer que uno no muy feliz empeore. Definitivamente, un bebé no es la solución para un problema que se presente en el matrimonio, esto se debe arreglar solamente entre las dos personas implicadas, ya que, por ejemplo, si el esposo le está siendo infiel, el hecho de que tenga un bebé, no va a hacer que la persona deje de serlo (Papalia y Olds, 1996).

Entonces, ¿cómo deberían un hombre o una mujer tomar tan importante decisión? Las personas que están pensando en tener hijos se deberían preguntar a sí mismas si les gusta estar con niños, si la idea de ser parte de una familia que incluye niños les atrae y si se sentirán cómodos sacándoles tiempo a sus deberes profesionales para dedicárselo a sus hijos. Podrían preguntarse si piensan que serían lo que muchos profesionales en el cuidado de los niños han llamado padres "suficientemente buenos", no perfectos, pero que dan lo suficiente de sí mismos para ofrecer una promesa de desarrollo saludable a sus hijos, y lo que es más importante, la gente debería entender lo que un niño NO PUEDE hacer por ellos: los niños pueden añadir riqueza y variedad a la vida, pero no pueden garantizar la felicidad de sus padres (Op. cit.).

Por otra parte, vivimos bajo ciertas reglas culturales. Las actitudes de ambos padres hacia el embarazo están delineadas en un grado significativo por las de la sociedad que los rodea. Hubo momentos en nuestra historia en que la gestación era considerada una condición anormal o una enfermedad, algo que no se contemplaba ni discutía. La mujer embarazada era confinada y protegida. No se la veía en público, ni en la escuela ni en una oficina desarrollando una carrera. Ahora, en nuestra cultura y en muchas otras, el embarazo es estimado como una condición normal. En ciertas culturas es incluso reverenciado y se le concede un estatus especial como el más alto grado de autorrealización femenina (Craig, 1997).

En general, las culturas occidentales aceptan al embarazo como un hecho normal. Las personas que contratan empleados, tienden a animar a las mujeres a trabajar y desempeñar sus tareas habituales hasta la hora del nacimiento. Algunas mujeres sufren pocas molestias y fatiga, o ninguna, ni tampoco grandes conflictos con sus otras funciones. Todos estos sentimientos encontrados y actitudes sociales, aunados a las necesidades personales y las

emociones mezcladas de los padres, dan por resultado un periodo de mucho estrés, cambios y arreglos. Los conflictos pueden ser más intensos entre los padres jóvenes, en particular los que están aislados del apoyo de la familia y amigos. Ninguno de estos sentimientos dañará directamente al feto, a menos que la madre sufra tensión emocional prolongada o grave, pero el estrés y actitudes de ambos padres sí colaboran con el medio social al que se incorpora el niño al nacer (Craig, 1997).

Por otro lado, en la sociedad mexicana, se maneja mucho el tipo de familia tradicional en donde está el padre, madre e hijos que viven juntos, con el padre como el proveedor principal de ingresos y la madre como responsable de la actividades domésticas, aunque actualmente, la mujer ha desempeñado un papel muy importante en la economía familiar, muchas eligen trabajar fuera del hogar y desarrollar una carrera, pero independientemente de todo, cuidan de sus hijos, pues en México se consideran la base de la unión familiar. Aunque por otro lado, también en nuestro país se dan demasiados casos de familias que cuentan con un solo progenitor, siendo éste la cabeza de la familia, debido a que se decide no contraer matrimonio, por divorcio, abandono o muerte del cónyuge. El ser progenitor único representa un problema tanto para el hombre como para la mujer, y en el mejor de los casos es difícil, es posible que un hombre pueda tener una mejor situación económica y más opciones para la atención del niño que la mujer, pero en ambos casos, es importante que los profesionales de la salud proporcionen sistemas de apoyo, puesto que la responsabilidad de criar un hijo en esta situación, se torna complicada.

En conclusión, se tiene entendido que las culturas regulan la conducta reproductiva dentro de un marco legal y ritual, pues cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo, parto y puerperio, en donde las futuras madres han de acoplarse a dichas creencias, que condicionan en gran parte tanto sus expectativas, como su comportamiento (Salvatierra, 1989).

ASPECTOS BIOLÓGICOS

El sexo biológico en un individuo se establece en el momento de la concepción. A las doce semanas aproximadamente, los órganos genitales masculinos y femeninos externos se diferencian. El embrión masculino desarrolla testículos que secretan testosterona, la cual determina la masculinidad. El embrión femenino desarrolla ovarios que son menos activos hormonalmente durante la vida fetal que después del nacimiento. Más adelante, la conducta sexual de la mujer está influida en su mayor parte por las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, que afectan su estructura cognitiva y comportamiento sexual (Burroughs, 1988).

Al nacer, el cuerpo humano posee muchos millones de células, sin embargo, en una etapa, cada uno de nosotros tenía una sola célula, un óvulo fecundado, que contenía el potencial para desarrollarse en una persona con todas las características y rasgos que influyen en el aspecto físico, estructura física y

susceptibilidad o tendencia a alteraciones y enfermedades corporales. Es claro que es una experiencia notable y asombrosa saber que se desarrolla y nace una persona muy singular en este mundo que es diferente a cualquier otro (Burroughs, 1988).

La fecundación suele realizarse en la mitad externa de las trompas (uterinas) de falopio. Aunque hay amplias variaciones en el número real, se depositan cerca de 300 millones de espermatozoides en la vagina en el momento del coito, y la mayor parte de ellos penetra al útero y a la trompa de falopio. En este momento, el óvulo que encontrará el espermatozoide está rodeado por una membrana llamada corona radiante o zona pelúcida. Se supone que esta membrana se desintegra antes de la fecundación, lo cual se logra mediante la enzima hialuronidasa, secretada por la multitud de espermatozoides que rodean al óvulo. Después que un espermatozoide único penetra al óvulo, la aparición de un signo químico que parece advertir "no se reciben más" evita el ingreso de más espermatozoides. El óvulo puede ser fertilizado durante veinticuatro a cuarenta y ocho horas después de su expulsión del ovario, mientras que el espermatozoide es capaz de fertilizar por más de cuarenta y ocho a setenta y dos horas después de penetrar en las vías genitales femeninas (Op. cit.).

Ahora abordaremos las etapas del desarrollo prenatal, ya que durante los nueve meses de la gestación normal se dividen típicamente en tres etapas: el periodo del óvulo, el periodo del embrión y el periodo del feto, descritos a continuación por Fitzgerald (1981):

- Periodo del óvulo (desde la concepción hasta la segunda semana prenatal). Durante el periodo del óvulo, el cigoto fecundado hace su descenso de tres a cuatro días por la trompa de falopio y entra en el útero. Ahora el cigoto existe como un blastocisto que se mueve con toda libertad para todos lados. Empieza la mitosis de la célula, y los cromosomas se duplican y se separan, una y otra vez. La principal tarea de desarrollo de este periodo es la implantación del blastocisto en la pared uterina, un acontecimiento que ocurre aproximadamente entre veinticuatro y treinta y seis horas después de la entrada en el útero. Una vez implantado en la pared del útero, la sangre materna circunda totalmente al blastocisto. El trofoblasto, o tejido exterior del blastocisto, forma dos partes. Una parte se convierte en material nutritivo para el embrión, mientras que la otra se convierte en la placenta y el cordón umbilical. Habiéndose incrustado en la membrana del útero, el organismo está ahora relativamente seguro dentro del ambiente uterino, y ya se satisfacen las condiciones para el crecimiento placentario y la inserción del cordón umbilical.
- Periodo del embrión (de la segunda a la octava semana prenatal). Se caracteriza por la diferenciación continua del cigoto hasta formar tres capas: el ectodermo, el mesodermo y el endodermo. Del ectodermo emergerá finalmente el sistema nervioso, la piel y glándulas de la piel, el pelo y las uñas. Del mesodermo procederán la musculatura, el esqueleto, los sistemas circulatorio y excretorio, así como algunas porciones del sistema

reproductivo. Del endodermo sale la mucosa del sistema digestivo, las trompas de Eustaquio, la tráquea, los bronquios, los órganos vitales y glándulas, así como partes del sistema reproductivo. Entre el décimotercero y vigésimo primer día se empieza a formar el corazón, y para el final de la tercera semana prenatal ya se puede percibir un leve latido cardíaco. El saco y líquido amnióticos rodean al organismo para protegerlo contra el daño físico. La característica crítica de este periodo es la histogénesis, es decir, la diferenciación de las partes, es precisamente durante este periodo cuando las intrusiones ambientales en el proceso del desarrollo pueden producir un daño particularmente grave y permanente al organismo.

- Periodo del feto (desde los dos meses hasta el final). Se caracteriza por el desarrollo continuo y el crecimiento de los sistemas básicos y por el reemplazo del cartílago por células óseas. La característica más importante de desarrollo es la morfogénesis u organización de las estructuras en desarrollo. El periodo comprende un vínculo muy crítico en el desarrollo prenatal: el punto de viabilidad. Este se refiere al tiempo, por lo general, veintiseis semanas de gestación, después del cual el feto tiene una probabilidad razonable de sobrevivir si naciera. Lo ideal es que tarden en desarrollarse de doscientos setenta a doscientos ochenta días.

Por otra parte, la existencia de un gran número de investigaciones en el estudio del embarazo, según Salvatierra, (1989) con un enfoque médico, muestra un carácter biólogo respecto a tal evento, así, dentro de este aspecto de la gestación se espera el cumplimiento de objetivos siendo el principal el nacimiento de un niño sano sin detrimento físico para la madre, además de los siguientes objetivos concretos:

1. Lograr un nacido vivo de más de treinta y siete semanas de gestación y 2,500 grs. ó más de peso.
2. Que el nacido no presente malformaciones congénitas en enfermedad adquirida durante el embarazo.
3. Que su estado al nacimiento sea normal, es decir, presente un índice de Apgar de siete puntos o más a los cinco minutos y no muestre alteraciones neurológicas. El índice de Apgar se refiere a sus constantes vitales (frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, reflejos y coloración) y puede llegar como máximo a diez puntos.
4. Que la embarazada no haya requerido asistencia especializada, ni hospitalización durante el embarazo.
5. Que el parto haya sido espontáneo, con duración menor de doce horas y bien tolerado por la madre.

Es importante señalar que el embarazo, independientemente de la condición física, social, económica y psicológica de la mujer, causa alteraciones en la

fisiología materna, ocurriendo variaciones en el funcionamiento normal de todos los aparatos y sistemas, tales como la deformación del cuerpo con notable incremento de peso, evidencia que implica profundas modificaciones metabólicas y circulatorias provocadas por una masiva producción de esteroides por la placenta, así como de cambios hormonales que son los que tienden a causar los síntomas que posteriormente se describirán, incidiendo directamente sobre la fisiología materna, lo cual puede ser causante de dificultades obstétricas (Duarte, 1997).

Por último, también se encuentran nuevas sensaciones que llegan al cerebro desde la periferia y desde el quinto mes, la gestante percibe la existencia de alguien vivo en su matriz, que crece y se agita en constante aumento hasta el momento del parto, fenómeno único en que se realiza el nacimiento doloroso y difícil del hijo, separación que equivale casi a una división de ella misma, quitándole algo que protegió durante nueve meses (Salvatierra, 1989).

2.3 CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo trae consigo una serie de síntomas y signos tanto físicos como psicológicos que afectan por completo la conducta de la mujer. Algunos de los cambios físicos que trae consigo el embarazo son hormonales. Siendo la amenorrea el primero y más importante signo del embarazo. También se presentan cambios en los órganos internos al ensancharse el abdomen después del tercer mes (Steiner, 1991, en Duarte, 1997).

Hay varios signos que son característicos y ayudan a la confirmación del diagnóstico de embarazo. Los signos y síntomas se dividen en tres categorías: signos presuntivos que sugieren embarazo, signos probables que indican que la mujer puede estar embarazada, y signos positivos que constituyen la prueba definitiva de la gravidez (Burroughs, 1988).

SIGNOS PRESUNTIVOS: CAMBIOS QUE SUGIEREN EMBARAZO

- 1) Amenorrea (cese de la menstruación).
- 2) Cambios mamarios: se advierte una sensación de pesadez en las mamas, acompañada de entumecimiento y dolor.
- 3) Congestión vaginal: la mucosa vulvar y vaginal se congestiona y adquiere coloración violeta azulosa.
- 4) Cambios cutáneos: la hiperpigmentación y aparición de estrías abdominales son frecuentes

Los síntomas abarcan:

- 1) Náusea: con o sin vómito, ocurre en la fase inicial del embarazo de casi el 50% de las mujeres.

- 2) Irritabilidad vesical: el útero en crecimiento ejerce presión sobre la vejiga y produce micción frecuente.
- 3) Fatiga: en la parte inicial del embarazo.
- 4) Percepción de los movimientos fetales: las describe como "patadas", entre las semanas dieciséis y dieciocho de gestación (Di Saia, 1994).

SIGNOS PROBABLES: CAMBIOS QUE SUGIEREN LA INMINENCIA DEL EMBARAZO

- 1) Agrandamiento del abdomen.
- 2) Cambios uterinos (forma, tamaño y consistencia): se debe al crecimiento del producto y de la placenta, el cual a su vez incrementa el tamaño del útero y del abdomen.
- 3) Signo de Hegar: es un reblandecimiento palpable en el segmento uterino inferior y se manifiesta hacia la sexta semana de gestación.
- 4) Cambios cervicales: el reblandecimiento del cuello (SIGNO DE GOODELL) es detectable hacia el comienzo del segundo mes. Entre la sexta y octava semanas, las membranas mucosas de la vulva, vagina y cérvix se congestionan y adquieren coloración violeta azulosa (SIGNO DE CHADWICK), esto se debe a una mayor vascularidad o congestión pélvica ocasionada principalmente por incremento de los estrógenos.
- 5) Palpación del feto: el volumen del feto es pequeño en relación con el del líquido amniótico a comienzos de la segunda mitad del embarazo. La presión súbita ejercida en el útero puede hacer que el feto se desplace en el líquido amniótico, y se aprecia su rebote a la posición original (PELOTEO).
- 6) Contracciones de Braxton Hicks: el útero se contrae de modo intermitente desde comienzos del primer trimestre. Es usual que estas contracciones sean irregulares e indoloras. Se vuelven más frecuentes y a veces dolorosas conforme avanza el embarazo, pero en general son irregulares en cuanto a su frecuencia e intensidad.
- 7) Pruebas de embarazo: se basan en la presencia de gonadotropina coriónica humana (HCG) en la sangre y suero sanguíneo. Esta hormona es producida por las células trofoblásticas de la placenta (Burroughs, 1988; Di Saia, 1994).

SIGNOS POSITIVOS: CAMBIOS QUE CONFIRMAN EL EMBARAZO

- 1) Comprobación de la frecuencia cardíaca fetal: estos pueden escucharse con un dispositivo de amplificación Doppler hacia las diez a doce semanas. El fetoscopio estándar detecta los ruidos cardíacos fetales hacia las dieciocho a veinte semanas, dependiendo de la posición fetal. La frecuencia fetal es de 120 a 160 latidos por minuto o cerca de dos veces la del pulso materno.
- 2) Apreciación de los movimientos fetales: por medio de la palpación, son intermitentes a través de la pared abdominal materna.
- 3) Observación del feto: con la ultrasonografía, al cabo de cinco o seis semanas de amenorrea, se puede detectar el saco gestacional (Op. cit.).

A veces, el embarazo se divide en diez meses lunares. Un mes lunar consta de veintiocho días, periodo que coincide con el ciclo menstrual promedio. El embarazo también puede dividirse en trimestres o periodos de aproximadamente tres meses calendario. El primer trimestre se inicia en el momento de la concepción. Por conveniencia, los nueve meses de gestación se dividen igualmente en primero, segundo y tercer trimestres para dar un total de tres trimestres durante el embarazo. No siempre se llega al término, cuando la gestación termina antes de que el feto sea viable se le denomina aborto. Un embarazo que termina después de la edad viable pero antes del término completo es un parto prematuro (Burroughs, 1988).

Higashida (2001), los describe de la siguiente manera:

- Ψ *Primer trimestre:* el primer dato que se presenta es la amenorrea, aunque algunas mujeres tienen sangrado de implantación que es escaso y de corta duración. Al comienzo del embarazo el cuerpo amarillo persiste para producir estrógenos y progesterona, que sostienen al endometrio, posteriormente la placenta continúa produciéndolos. Las manifestaciones que puede presentar la mujer son de presunción y de probabilidad: puede presentar además de la amenorrea, náuseas (generalmente se presentan en la mañana), vómitos, mareos y aumento en la secreción de saliva, aunque no siempre se presentan. Aproximadamente durante la octava semana las mamas que la mujer sentía congestionadas presentan oscurecida la areola. El pezón además de estar oscurecido es más irritable, aumenta su erectibilidad, aparecen los tubérculos de Montgomery (debido al aumento en el desarrollo de las glándulas sebáceas) y se dilatan las venas que lo irrigan. El útero cambia su forma, se va haciendo esférico, aumenta el espesor de sus paredes y esto provoca en la mujer estreñimiento y deseos frecuentes de orinar. Si el médico explora a la mujer durante la sexta semana de embarazo, va a encontrar que la vagina ha tomado coloración violácea (signo de Chadwick), que está más húmeda, y que el cuello y el istmo del útero están reblandecidos. Aparece el calostro, un líquido amarillento que puede extraerse exprimiendo la mama.
- Ψ *Segundo trimestre:* aproximadamente durante la vigésima semana de embarazo se pigmenta la zona que rodea a la areola y aparece la areola secundaria. El útero continúa creciendo y a través de la pared abdominal pueden sentirse sus contracciones, éstas, que son intermitentes y no producen dolor, se llaman contracciones de Braxton-Hicks, hay manifestaciones de certeza asociadas a la cavidad fetal: a los cuatro meses o cuatro meses y medio se sienten los movimientos del feto y pueden auscultarse los latidos de su corazón con una frecuencia de 120 á 150 por minuto, ya puede identificarse el control fetal, es decir, se pueden palpar partes del producto, tales como la cabeza, la columna vertebral, la pelvis y partes más pequeñas como codos, hombros, manos y pies. Durante este trimestre aumentan el metabolismo basal (gasto mínimo de energía que es necesario para mantener las funciones en estado de reposo completo) y la cantidad de grasa en la sangre y disminuye la concentración

de proteínas, puede eliminar glucosa por la orina en condiciones normales porque sus riñones han sufrido modificaciones funcionales y requieren de un buen aporte de calcio y hierro, sobre todo cuando se están constituyendo el esqueleto y la sangre del producto.

Esta etapa es la más agradable para la mujer, porque si hubo náuseas, vómitos o mareos, ya desaparecieron. La mujer tiene buen apetito, nota que su cintura y abdomen aumentan de volumen, su postura se modifica y la piel continúa su proceso de pigmentación, puede aparecer el cloasma que es un aumento en la pigmentación en la frente, mejillas, nariz y labio superior, y se acumula tejido adiposo con facilidad.

Ψ *Tercer trimestre:* el producto y el útero continúan creciendo, lo cual provoca estrías en el abdomen. El corazón de la mujer cambia de posición porque el útero lo empuja hacia arriba y trabaja más porque tiene que bombear más cantidad de sangre. Las venas de los miembros inferiores pueden tener dificultad al conducir la sangre que regresa al corazón porque el útero puede hacer cierta compresión y esto puede favorecer la aparición de varices y hemorroides. Los riñones también trabajan más porque tienen que eliminar las sustancias de desecho de la madre y del producto. Hay problemas con el vaciamiento de la vejiga: puede haber dificultad para orinar, o bien, incontinencia, es decir, sale un poco de orina al toser, reír o al hacer algún esfuerzo.

Al final del embarazo la mujer puede tener ciertas dificultades para respirar, porque el útero empuja el diafragma hacia arriba y éste comprime los pulmones, las glándulas mamarias se preparan para la secreción de leche y pueden provocar cambios en el carácter.

Para terminar, existen algunas molestias comunes que se presentan en el embarazo, como son, las agruras, debido a que los movimientos gastrointestinales y la digestión son más lentos, por la elevación de progesterona, el estreñimiento puede ser un problema producido por aumento en la reabsorción de agua y la desecación del contenido fecal, el dolor de espalda se da por una mala postura por el efecto del crecimiento del útero, los calambres en las piernas son muy comunes y son causados por la presión del útero en crecimiento sobre los vasos sanguíneos pélvicos, deteriorando la circulación de los miembros inferiores, y los desmayos y vahídos pueden producirse cuando la mujer está recostada en posición supina, ya que en esta posición el útero en crecimiento presiona sobre la vena cava inferior causando disminuciones en el retorno sanguíneo venoso al corazón, gasto cardíaco y presión arterial (hipotensión), de preferencia la mujer debe acostarse de su lado izquierdo (Burroughs, 1988).

Por otra parte, todos estos cambios físicos están relacionados con los cambios psicológicos que se producen en la mujer embarazada, ya que el presentar todas estas molestias y trastornos hormonales, se manifiestan también ansiedad y otros aspectos emocionales que en un estado anterior al embarazo no presentaban. A continuación se explican estas reacciones de manera más amplia y su vinculación con el embarazo.

El embarazo es un suceso muy importante en la vida de una mujer y su familia. Es el momento en el cual ella y las personas que considera le son importantes, se enfrentan con los desafíos de definir nuevamente sus papeles, actuando a través de conflictos previos e ingresando a desarrollar el papel de progenitores. Es un periodo que puede estimular el desarrollo adicional de preocupación, calor, ternura e intimidad de la pareja. Los ajustes emocionales y físicos del embarazo, junto con los que se requieren para la paternidad o maternidad, causan diversos niveles de estrés y ansiedad. El embarazo, para la mayoría de las mujeres, está caracterizado por periodos de dependencia, y esta tendencia se reduce por una situación positiva de la vida y por más apoyo emocional por parte de otros (Burroughs, 1988).

Estas nuevas realidades provocan reacciones psicológicas de la mujer, por lo que al referirse a los aspectos psicológicos del embarazo implica partir de los muchos supuestos que al respecto se han hecho, considerando a este como un acontecimiento dramático al que se enfrenta la mujer quien lo desea y lo teme, lo siente como un enriquecimiento y una mutilación a la vez. Así mismo, como un evento al que se le confiere un carácter de angustia y conflicto debido a los cambios implicados, es decir, que el embarazo se presenta como un evento traducido a emociones y ambivalencias, temores y deseos, actividad y pasividad, un proceso orgánico que es fácilmente utilizado por el aparato psíquico para dar expresión a tensiones emotivas preexistentes (Deutsch, 1994; Langer, 1978; en Duarte, 1997).

Entre algunos factores específicos que contribuyen a una respuesta psicológica ya sea positiva o negativa de la mujer, se incluyen los cambios en la imagen corporal, seguridad emocional, expectativas culturales, apoyo de otras personas que le son importantes, embarazo inesperado y nivel socioeconómico. El embarazo puede ser sumamente amenazador para algunas mujeres que se preocupan por su imagen corporal, pues su cuerpo cambia considerablemente. Este cambio en sí puede causar sentimientos negativos sobre el embarazo, Burroughs (1988), describe algunos aspectos psicológicos que considera importantes y son los siguientes:

- *Imagen corporal.* Es la percepción de una persona de su propio cuerpo. Los sentimientos personales sobre la imagen corporal pueden agruparse en cuatro categorías principales: aspecto, funciones, sensaciones y movilidad. Al llegar algunas mujeres a la edad adulta tardía, se da más realce a sus valores interiores y menos importancia a los aspectos físicos externos. Sin embargo, durante el embarazo los cambios y funciones corporales son tan apreciables que pueden volverse aterradores. Los cambios rápidos en el cuerpo de la mujer hacen difícil que los integren en su propia percepción.
- *Aspecto.* Frecuentemente, hay una mayor aprensión y ansiedad durante el embarazo que en otros momentos. Muchas mujeres embarazadas se sienten feas y gordas como si fueran un "bulto grande". Estas personas necesitan que se les dé confianza y cercanía física. Las mujeres deben

reconocer que sus sentimientos son normales y comprensibles. La expresión del amor físico es una buena manera de reducir sus sentimientos negativos. Algunas se sienten bellas durante sus embarazos y dirán cosas como: "Me siento bien cuando estoy embarazada".

- *Función.* La embarazada frecuentemente experimenta una declinación en el control de su cuerpo, sus incomodidades físicas muchas veces le causan una mayor ansiedad y no comprende lo que le está sucediendo. Por ejemplo, si experimenta incontinencia urinaria puede sentir que ha perdido control de su cuerpo y este sentimiento reforzará sentimientos negativos en relación a su embarazo.
- *Sensaciones.* Durante el embarazo las sensaciones físicas pueden volverse más agudas. La embarazada es más sensible al tacto. El cambio en sexualidad es variable y puede aumentar y disminuir la libido en relación al estado de ausencia de embarazo. La base fisiológica aparente para el aumento en la sexualidad es la mayor congestión vascular del área pélvica.
- *Movilidad.* Muy a menudo, la embarazada se siente restringida en las actividades físicas que eran parte de sus prácticas regulares. Se le debe estimular a participar en las mismas actividades, incluyendo deportes, en la forma que lo hacía antes de embarazarse, siempre que no creen problemas.

Se sabe que las embarazadas pasan a través de ciertas etapas de desarrollo, las cuales se relacionan con los sucesos trimestrales y se identifican con más claridad en algunas mujeres que en otras:

ETAPA I: VALIDACIÓN DE EMBARAZO

Durante el primer trimestre se confirma el embarazo y frecuentemente se inicia una introversión que dura de siete a ocho meses. Esta conducta constituye un mecanismo aceptable de enfrentar dicho periodo. La introversión está alentada por el aumento de peso, el uso de ropas de maternidad y otros signos exteriores de gravidez. En este tiempo, la persona puede cuestionar su identidad como mujer y como madre.

ETAPA II: INCORPORACIÓN FETAL

Durante el segundo trimestre, la mujer usualmente intenta incorporar al feto en su imagen corporal como parte integral de sí misma. Comienza reajustando los papeles que desempeña en la vida y con mucha frecuencia analiza sus conflictos con otras personas. En ese lapso pueden superarse los pensamientos reprimidos y puede ser aún tiempo de maduración; además experimenta una mayor "fuerza interior" para enfrentarse a su nuevo papel.

ETAPA III: DISTINCIÓN FETAL

Esta etapa está estimulada por la sensación de movimiento fetal. Cuando la mujer efectivamente siente el movimiento, el feto comienza a ser diferente y a estar separado de ella. En este momento comienza a formar conceptos sobre qué tipo de madre será. La mujer se forja ilusiones sobre cómo será su hijo.

Comienza vislumbrando un niño perfecto, bello y habla de él como de un sexo cierto. Sus sueños pueden volverse irreales ("va a ser un jugador profesional de fútbol").

ETAPA IV: PAPEL DE TRANSICIÓN

Durante el último trimestre, la embarazada se separa psicológicamente del feto y hace planes concretos para su hijo, por ejemplo, comprar la cuna y el ajuar para el bebé. En ese tiempo puede mostrar mayor irritabilidad y desear que termine el embarazo. Sus mecanismos normales para enfrentar situaciones no se desarrollan muy bien y se puede requerir apoyo emocional y guía adicionales.

En resumen, los estados de ánimo cambiantes, la introversión y la pasividad son comunes y normales durante el embarazo. Las mujeres experimentan debilidad emocional, aumento en la sensibilidad, mayor necesidad de afecto, mayor irritabilidad, temor y ansiedad. La futura madre necesita recibir, más que dar apoyo emocional y demuestra una necesidad cada vez mayor de afecto y cuidados para poder después darlos a su hijo.

Por otra parte, el embarazo constituye un eslabón de la cadena de acontecimientos del desarrollo de una persona desde el nacimiento hasta la muerte. Parte de la definición de crisis es: *acontecimiento significativo desde el punto de vista emocional o cambio radical en la vida de una persona*. También se han considerado como crisis las situaciones que bloquean los patrones de conducta acostumbrados y requieren otros nuevos. En cualquier caso, el embarazo constituye una crisis del desarrollo de la que no hay retorno. Una mujer que se ha embarazado o un hombre que se convierte en padre jamás serán los mismos en el futuro (Benson, 1983).

Es por eso que, durante la gestación, el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo, un hecho que frecuentemente no se tiene en cuenta en investigaciones recientes sobre estrés y complicaciones de la gestación. La gestación, sea la primera o no, tiene dos características a las que Lazarus y Folkman (1984; citados en Salvatierra, 1989), conceden importancia para que un acontecimiento pueda ser estresante: la ambigüedad y la inminencia. Un embarazo aparece de forma insidiosa, con señales dudosas, e inicialmente su evolución futura es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente: desea el embarazo y, a la vez, lo rechaza. La ambivalencia ante la primera noticia, y en el curso del primer trimestre es muy común, incluso en los casos de una gestación deseada. Sin duda, un factor de la ambivalencia es la impredecibilidad y la inseguridad del resultado, o sea, su ambigüedad.

Como ya hemos mencionado, la gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos, que se suceden a lo largo de la misma, hasta terminar en el parto y en el nacimiento del hijo. No cabe duda de que el estrés del embarazo es debido, en gran parte, al presagio del parto inminente. El embarazo pone a la mujer cara a cara con la realidad, intensificando su percepción de la misma. El darse cuenta y hacerse cargo de la realidad es, tal vez, la característica más

importante de la madurez, y el embarazo es una "crisis de maduración". El aspecto de maduración es fácil de comprender si lo consideramos como el cumplimiento de la tarea de desarrollo psicosocial correspondiente. Pero simultáneamente con la maduración, la mujer gestante experimenta una modificación a sus etapas tempranas de desarrollo y conducta (Heiman, 1965; en Salvatierra, 1989). Los sentimientos de indefensión y de protección es parte normal y regular del embarazo y, en cierto sentido, desempeña una función de adaptación. La experiencia del embarazo hace aflorar los conflictos del desarrollo infantil y puberal, especialmente relacionales con la madre.

El modelo que la embarazada tiene ante sí es el de su propia madre. La gestación "es una preparación para la maternidad que incluye la repetición y la reactivación de los conflictos tempranos de la mujer con su propia madre" (Salvatierra, 1989. pág. 39). La gestante debe admitir, rechazar o modificar el modelo materno, y debe hacerlo en un tiempo relativamente corto.

Para Caplan (1957, citado Salvatierra), no se trata necesariamente de una "crisis" sino de una "susceptibilidad aumentada a crisis". Realmente el periodo de gestación es relativamente prolongado, y las "crisis" o lapsos estresantes se suceden a lo largo del mismo. Se ha señalado que cada trimestre de preñez tiene sus propias tareas psicosociales (Molinski, 1986; Curry, 1987; en Op. cit.):

- *Primer trimestre:* es, probablemente, el más importante, ya que la mujer debe aceptar la impregnación, incorporando al partener sexual como parte de sí misma. Los cambios biológicos estimulan la regresión, produciéndose lo que los psicoanalistas califican de "proceso narcisista de concentración de energía", y que equivale a la concienciación de sus sentimientos latentes de origen infantil y a la adopción de conductas de control. La reactivación de las relaciones con la madre se produce ya en este trimestre.
- *Segundo trimestre:* es la época en que el feto comienza a dar señales de vida a través de movimientos activos percibidos directamente por la madre. La mujer debe incorporar afectivamente ese feto como parte de sí misma (binding-in, en términos ingleses), lo que inicialmente es una identificación y, paulatinamente, un "hacerse amiga" de él.
- *Tercer trimestre:* la madre debe prepararse para el parto asegurando el pasaje del niño al mundo exterior sin peligro para ninguno de los dos. Es un tiempo de fantasías intensamente dirigidas a la caracterización del próximo hijo con rasgos físicos y psíquicos, que lo singularizan como "otro" distinto de la madre, y posibilitarán su separación.

Sin embargo, el aspecto psicológico esencial, es que las mujeres son conscientes de la significación del embarazo. Una diferencia fundamental entre la especie humana y los restantes animales es que únicamente los humanos saben que han de morir y saben que también pueden dar la vida (Salvatierra, 1989).

La gestación como indica Molinski (citado en Salvatierra, 1989.), plantea a la consciencia de las mujeres tres realidades muy diversamente percibidas:

1. La percepción de un nuevo ser, un tercero en la relación, hasta entonces diádica, entre mujer y hombre.
2. Profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y conllevan la posibilidad de daño corporal.
3. Un cambio en el papel social.

Además, este suceso conduce a los padres a enfrentar cuatro tareas:

- Ψ Desarrollar un vínculo emocional con el feto.
- Ψ Aceptar una relación con el feto.
- Ψ Recordar su relación con el padre del mismo sexo.
- Ψ Solucionar los problemas de dependencia (Valentine, 1982; citado en Papalia y Olds, 1996).

El vínculo emocional con el feto toma tiempo, a medida que la pareja acepta su relación con el bebé que tendrán, también tratan de aceptar que su bebé será un individuo y no una simple extensión de ellos mismos. También reconocen su disponibilidad para responsabilizarse de educar y cuidar al bebé. Típicamente, los dos futuros padres ganan una nueva apreciación de los retos de la paternidad, de la maternidad y de sus propios padres. Finalmente, los futuros padres trabajan en la solución de sus propios problemas de dependencia.

Por otra parte, Benson (1983) menciona que, dentro de los procesos de adaptación normal, hay cuatro tareas que toda mujer embarazada debe llevar a cabo para transformarse en madre. Debe desarrollar un concepto de (1) su propia madre, (2) su esposo, (3) sí misma y (4) su bebé aún no nacido. Los hombres deben desarrollar conceptos similares para convertirse en buenos padres. El principal propósito de la mujer embarazada pudiera ser aprender a sentirse y funcionar como una madre. Debe desarrollar su propia capacidad para la maternidad. Después de que domina esto, el sentimiento de competencia y efectividad que le acompaña se extenderá a otros aspectos de su vida. La experiencia la convertirá en una mejor persona y también en mejor madre.

Además, la adaptación psíquica del embarazo es diferente en distintas épocas durante el curso del embarazo. Al principio del mismo, la mayoría de las mujeres mencionan que su embarazo les parece irreal, o sea que no pueden creer que están embarazadas. Esta forma de negar la situación, las ayuda a asimilar gradualmente los cambios que ocurren, de manera que no tienen que enfrentarlos en una sola ocasión. El proceso de adaptación más común y más satisfactorio es la *identificación*, es decir, la mujer en forma inconsciente integra el embarazo a su propio ego (Op. cit.).

Sin embargo, existen pacientes de alto riesgo psíquico que puede ser identificada mediante uno o más de los siguientes datos en los antecedentes, según Benson (1983):

1. Identificación ambivalente con la madre, intenso repudio por la madre, un temor de volverse como ella, más nefasto en una mujer de edad avanzada que en la adolescente embarazada.
2. Episodios importantes de tensión psíquica relacionados con el embarazo en la madre o hermanas de la paciente.
3. Problemas emocionales importantes durante o después de un embarazo previo.
4. Síntomas somáticos graves o prolongados sin causa orgánica aparente en un embarazo previo, términos extravagantes ("horrible", "tormentoso"), usados para descubrir un trabajo de parto previo que fue normal según criterios habituales.
5. Incapacidad para representar los papeles de madre en la infancia precoz, rara vez juegos con muñecas, evasión de estar de niñeras, fase extendida de "moza retozona".
6. Situación existencial actual que parece ofrecer poco apoyo psíquico, adolescente o mujer no casada rechazada por la familia y sin otras relaciones interpersonales de apoyo, mujer confinada a la función doméstica con esposo indiferente u otras importantes dificultades maritales o circunstanciales.

Además, el mismo autor, nos refiere los signos de problemas emocionales existentes, incluyendo los siguientes: primero, la incapacidad para manifestar recursos normales de adaptación; incapacidad para aceptar la realidad del embarazo; uso persistente (más allá de 10-12 semanas) de términos o expresión de actitudes que indican que el embarazo no es deseado; incapacidad persistente (más allá de 14-20 semanas) para mostrar interés en el lactante; incapacidad para prever la terminación del embarazo a medida que se acerca al término. También se presentan importantes cambios sostenidos en el estado de ánimo o fluctuaciones repetidas y rápidas en éste; alteraciones notables en los patrones de sueño. Otro aspecto que se puede presentar, son los síntomas somáticos, intensos, prolongados o múltiples, sin causa orgánica demostrada por el estudio diagnóstico.

A través de estudios con mujeres embarazadas se ha señalado que entre las alteraciones emocionales más frecuentes se encuentran las siguientes:

Ansiedad, sentimientos de indefensión y protección, dependencia, interés corporal, resentimiento, sensibilidad y labilidad emocional, estado de ánimo

oscilante, variaciones en el deseo sexual, preocupaciones económicas por empleo o por el estado de salud del bebé, por la fecha del parto, etc. Tales alteraciones emocionales no se presentan aisladamente, sino al igual que otros síntomas físicos, dependerá de la etapa de gestación que se está presentando (Valderrama, 1988).

La crisis de la gestación alcanza su final en el parto, de forma inevitable, en el cual hay alteraciones de la percepción y de la conciencia, pérdida de raciocinio y perturbaciones del autocontrol, puesto que la mujer se siente en una situación de emergencia, y se vuelve como un niño pequeño, pidiendo ayuda del exterior (Salvatierra, 1989).

Lips (1982, citado en Duarte, 1997), observó que el nivel de ansiedad que presentan las mujeres, está relacionado con las ideas que sobre él se tienen, presentando estrecha relación con la cultura, además menciona que las mujeres con prejuicios y falsas expectativas con respecto al parto presentan mayor ansiedad, debido a que culturalmente al embarazo se le atribuyen una serie de síntomas físicos y emocionales.

Otro estado emocional que presentan las mujeres embarazadas es la depresión, la cual ha sido observada por múltiples investigadores, refieren que las mujeres embarazadas presentan altos niveles de depresión, caracterizados por síntomas físicos, introversión, aislamiento, sentimientos de inferioridad e incompreensión, llanto, sensaciones de cansancio, irritabilidad y exigencias hacia la pareja o bien por síntomas pasajeros o características patológicas, con severas consecuencias, aunque depende de las características propias del embarazo y de la personalidad de la mujer embarazada (Duarte, 1997).

También se encontró que el embarazo sí promueve modificaciones en el nivel de autoestima, de manera que, con tal experiencia, la mujer tiende a valorarse en función de su capacidad reproductora, promoviéndose en ella sentimientos de seguridad, confianza y en general mayor autoestima, es decir, de acuerdo con Bacdwick (citado en Salvatierra, 1989), psicológicamente el embarazo representa un evento que entraña crisis de maduración.

Salvatierra (1989) considera muchos aspectos cognitivos referentes al embarazo, y a los acontecimientos asociados al mismo, como estresores. De los aspectos más importantes se encuentra el deseo de embarazo y la actitud hacia el mismo. Dicha actitud es un resumen de las cogniciones de la mujer adquiridas a lo largo de su vida. Es indudablemente importante el papel de la información, tanto general como específica, obtenida por educación formal, a través del sistema educativo, como por otros canales, que son probablemente más influyentes. Debe contarse aquí la guía de los padres, el ejemplo de familiares y coetáneas en sus experiencias de embarazo y de parto, la tradición oral difusa, sobre la que pesan las palabras bíblicas, que convierten al embarazo en un acontecimiento estresante, los medios de comunicación de masas, con sus informes muchas veces incompletos o parciales, etc. Una influencia cognitiva de carácter más psicológico, pero que también tiene

condicionamientos sociológicos, es la imagen corporal que la mujer tiene de sí misma, favorable o desfavorable, y de cómo la gestación puede modificarla. Las satisfechas con su apariencia temen que el embarazo y la lactancia deterioren su belleza. Todas, en general, tienen inseguridades y deformaciones cognitivas acerca de su útero, del canal genital y del proceso del parto, y tienen miedo a ser estrechas o inadecuadas.

Finalmente, Cruz (1992) señala que generalmente en nuestro medio es tan fuerte la concepción ideológica con connotación positiva sobre la maternidad, que el embarazo suele conllevar una mejora en el autoconcepto, no obstante todas las molestias físicas, los ajustes emocionales y sociales, sobre todo si se trata del curso de un embarazo normal.

2.4 AJUSTES FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DURANTE EL POSPARTO

AJUSTES FISIOLÓGICOS

Como ya se ha descrito, el puerperio es el periodo de ajuste posterior al embarazo y parto durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional, el tiempo que se requiere para lograrlo varía en cada organismo (Benson, 1983).

- *Útero*: éste después del nacimiento se reduce en tamaño y peso, lo que se le llama involución uterina, causado por la supresión súbita de estrógenos y progesterona. Casi es completa hacia las seis semanas.
- *Cambios en el lecho placentario*: después del alumbramiento hay una contracción inmediata del lecho placentario a casi la mitad del tamaño que tenía cuando albergaba la placenta. Esta contracción produce constricción y permite la oclusión de vasos sanguíneos subyacentes. También produce hemostasia (detiene el sangrado).
- *Entuertos*: la mujer siente contracciones uterinas durante los primeros días del puerperio para recuperar el tono muscular. Las contracciones dan la sensación de un muy manifiesto cólico. El amamantamiento estimula la contracción uterina, por lo tanto, la mujer frecuentemente tiene los entuertos cuando amamanta a su bebé.
- *Loquios*: son las secreciones uterinas posteriores al parto. Contienen sangre del sitio placentario y moco. Se producen cambios en el color y cantidad de los loquios para que ocurra el proceso de reparación del sitio de implantación de la placenta. La cantidad de loquios se vuelve moderada y luego escasa.
- *Vagina y perineo*: se disminuye el edema (hinchazón) hacia la tercera semana posparto, mientras tanto puede doler un poco al toser. El

peritoneo, aún cuando no hayan hecho episiotomía (abertura que se realiza para que nazca mejor el bebé), la mujer puede manifestar molestias por edema y si se hizo, por la tensión de la sutura.

- *Aparato circulatorio:* el volumen sanguíneo puede alterarse por pérdida de sangre, que se manifiesta por una reducción inmediata de éste. No debe haber cambios en la presión arterial. No obstante, la bradicardia (pulso lento), es un signo clínico común en el puerperio. Se activan los factores de coagulación de la sangre, por lo que es esencial la ambulación frecuente en los primeros días posparto. Si tenía varices, mostrará mejoría durante el puerperio. La sudoración excesiva es común durante la mañana como en la noche. Se produce al eliminar el organismo de la mujer el exceso de líquido acumulado durante el embarazo.
- *Aparato urinario:* hacia los cinco días se completa el mecanismo de eliminación de los dos o tres litros de líquido tisular ganados durante la gravidez. Este mecanismo también se conoce como reversión del aumento del agua retenida durante el embarazo. Este exceso de eliminación de líquidos conlleva un gasto urinario mayor en el periodo posparto temprano. Puede producirse sangre en la orina a causa de traumatismos a la vejiga urinaria durante el parto.
- *Aparato gastrointestinal:* la mujer suele tener hambre y sed después del nacimiento de su bebé. Frecuentemente puede disfrutar una comida ligera poco después del parto. El estreñimiento posparto es común debido a la torpeza de los intestinos causada por la disminución de la movilidad gastrointestinal. Otros factores que contribuyen al estreñimiento son la analgesia o anestesia inducidas durante el trabajo de parto, la deshidratación y el dolor perineal.
- *Sistema endocrino y retorno de la menstruación:* durante el embarazo la placenta produce varias hormonas. Por tal razón, la mujer tiene prenatalmente concentraciones elevadas de progesterona, estrógenos, gonadotropina coriónica y lactógeno placentario humano. Estas hormonas estimulan el desarrollo de los componentes productores de leche de las mamas. Posnatalmente los niveles de estas hormonas decaen en un grado notable. Con su disminución aumenta el nivel de prolactina (estimula la lactación). El cambio notable en el sistema endocrino permite que se produzcan dos hechos importantes: se inicia la lactación (secreción de leche), como resultado de los estímulos de succión o manuales, y se restablece la función cíclica menstrual. La mayoría de las mujeres que no amamantan a sus bebés menstruarán de 4 a 6 semanas después de su nacimiento. Las madres que amamantan varían en el momento de restauración de sus menstruaciones, y algunas no menstrúan durante todo el tiempo que alimentan a sus bebés. El lapso general para que las madres que amamantan reinicien la menstruación es de tres a seis meses después del parto.

- *Pérdida de peso:* inmediatamente después del parto, el peso corporal materno, disminuye en 4.5 á 5.5 Kg. Esta pérdida de peso está constituida por el del bebé, la placenta y el líquido amniótico. Durante el puerperio inicial se produce una pérdida adicional de peso de 2.3 Kg. en relación a la eliminación de líquidos y a la sudoración. Durante el embarazo, el organismo materno almacena de 2.3 á 3.2 Kg. de grasa para las necesidades de la lactación. Las madres que amamantan a sus bebés utilizarán gradualmente estas reservas de grasa durante los primeros cinco a seis meses y frecuentemente retornarán a un peso cercano al previo al embarazo. La mujer que no amamanta a su bebé tiende a retener parte del peso ganado durante la gravidez. Por tanto, se le recomienda hacer ejercicio, con objeto de bajar ese peso extra y aumentar la fuerza y tono de varios músculos del cuerpo (Burroughs, 1988).
- *Temperatura:* hace algunos años se creía que la hinchazón de las mamas en el tercer o cuarto día del puerperio causaba una elevación de la temperatura. La llamada fiebre de la leche se consideraba fisiológica. Aunque actualmente el proceso no está definido con claridad, la extrema tumefacción vascular puede causar en algunos casos una aguda elevación de la temperatura durante un cierto tiempo, sin embargo, no se prolonga más de veinticuatro horas. Por regla general, cualquier elevación de la temperatura durante el puerperio implica una infección, que probablemente se sitúa en algún lugar del tracto genitourinario (Pritchard, 1993).
- *Músculos abdominales:* los músculos abdominales se distienden considerablemente durante el embarazo y pierden gran parte de su tono. Los ejercicios, realizados en forma gradual pero constante, ayudan a restablecer el tono y fuerza musculares. Las estrías de la piel adquieren gradualmente un aspecto más nacarado, pero no desaparecen del todo (Burroughs, 1988).

En la actualidad, la mayoría de las mujeres pueden regresar a su hogar de manera segura 3 días después del parto vaginal normal si se dan las instrucciones adecuadas (Benson, 1983).

AJUSTES PSICOLÓGICOS

La tarea psicosocial más importante que debe cumplir la mujer en el embarazo y parto es convertirse en madre, proceso de adaptación a un nuevo rol que conlleva la superación del estrés del embarazo pero que es algo más. El grado de adaptación es un indicador de salud psicosocial, dicha tarea comienza durante la gestación, pero indudablemente prosigue durante el posparto. El puerperio, periodo que sigue al parto, es una época también de considerable estrés y trabajo adaptativo (Salvatierra, 1989).

Los cambios en el estado de ánimo son comunes durante el periodo posparto. La declinación rápida de algunas hormonas, como la progesterona y los estrógenos, contribuye a las alteraciones emocionales. Otros factores

relacionados con las reacciones emocionales, son los conflictos del papel de maternidad y la inseguridad personal de la mujer. Las mujeres con problemas económicos o familiares de ordinario reaccionan con más tensión a la maternidad. Las molestias físicas, como perineo doloroso, loquios, congestión mamaria y fatiga, contribuyen todos a las reacciones posparto negativas (Burroughs, 1988).

La adaptación materna ha sido descrita por Rubin (1961; citado en Burroughs, 1988), como las fases de *recepción (taking-in)* y *posesión (taking-hold)*. La fase de recepción se inicia inmediatamente después del nacimiento y dura los primeros dos días. Durante este tiempo, la madre demuestra una conducta de dependencia. En ese momento requiere cuidados y protección. Su comportamiento puede caracterizarse como pasivo y dependiente. Así, acepta lo que se le da, lo que se le dice, y espera las acciones de quien proporciona la atención en lugar de iniciar las propias. Duerme, come abundantemente y está preocupada por la salud general del bebé. La madre suele sentir la necesidad de repasar su trabajo de parto y parto varias veces, para buscar detalles omitidos. Durante los primeros pocos días, la mujer frecuentemente habla mucho, a veces con euforia. Su preocupación por los detalles de su experiencia puede reducir su capacidad para concentrarse en información nueva. Expresado simplemente, la fase de recepción, es el momento en el cual la madre recibe "cuidado y apoyo de otros". En el segundo o tercer día posparto, la madre está lista para establecer su independencia y autonomía. Este momento constituye la iniciación de la fase de posesión, se vuelve la iniciadora y está lista para hacer frente a sus nuevas responsabilidades, intenta ser una "buena madre" y hay un componente fuerte de *ansiedad* durante esta fase. Empieza a hacerse cargo de algunas de sus nuevas tareas de maternidad. Frecuentemente se fatiga por los cambios físicos que está sufriendo, la leche empieza a aparecer y se preocupa sobre su capacidad de amamantar. Esta fase dura cerca de diez días. Se caracteriza por cambios frecuentes y rápidos del estado de ánimo hasta que se alcanza la estabilidad hormonal. La mujer puede deprimirse y llorar sobre cosas sin importancia. Es común encontrar a la mujer en lágrimas durante este periodo. "Tristeza posparto" es el término usado para describir este tipo de depresión. La mujer puede contentarse cuando se le dice que esos sentimientos son comunes y desaparecerán muy pronto.

El curso psicológico del posparto también ha sido descrito por Rubin (1967; citado en Salvatierra, 1989); con algunas variaciones: primero una *fase de reposo*, con un largo sueño recuperador, sigue al esfuerzo del parto, en las primeras 24 horas, y es decisiva para afrontar las tareas de la maternidad y para el bienestar de la mujer a corto plazo. Sin embargo, esa fase debe ser precedida de un corto periodo, tal vez la hora siguiente al nacimiento, de *alegría y estupefacción*, en la que la parida se siente en íntima comunión agradecida con todos los que la han ayudado en el trance. Hablar, reír, llorar, son manifestaciones típicas, cuya falta debe hacer pensar que algo va mal. A continuación del reposo, los dos o tres primeros días, son una *fase de asimilación (taking-in)*, en que la mujer se comporta pasivamente. Probablemente en relación con la "subida de la leche" y el inicio de la lactancia

materna, que es una tarea activa, se inicia una *fase de hacerse cargo (taking-hold)*, que dura unos diez días. En estos días hay oscilaciones en el humor de la púérpera, pudiendo aparecer crisis de abatimiento (blues), que son superadas habitualmente.

Actualmente, el retorno a casa suele ser precoz, lo que sin duda obliga a "hacerse cargo" antes. La conducta al reintegrarse a su domicilio es muy variable. Para muchas es una situación difícil y, para unas pocas, casi intolerable. Hay que establecer nuevas rutinas, organizarse de manera diferente y ajustarse a nuevos conceptos de tiempo. En general, la queja más frecuente de la nueva madre es el cansancio, la fatiga y la falta de sueño. Sigue la inseguridad, incluso la ansiedad, acerca del comportamiento del bebé, cuyas "señales", especialmente en un primer hijo, deben aprenderse. Normalmente, a las 2-4 semanas, la púérpera muestra deseos de salir y restablecer el contacto con el mundo, lo que se ha calificado de *fase de eclosión (bursting-out)*. La mujer está harta de la sujeción al bebé y desea escaparse. Al mismo tiempo experimenta el imperativo de no perder el control, y establece elaborados métodos para asegurar la atención del niño. Ello requiere una ayuda doméstica, que es absolutamente esencial y que suele ser suministrada por la madre, un familiar inmediato o una amiga. El éxito en su primera salida es un factor importante en la adquisición de confianza y de satisfacción emocional.

A partir de este momento, la evolución psicológica del puerperio suele ser progresiva, aunque fluctuante, hacia un equilibrio, que se alcanza normalmente hacia las seis-ocho semanas si no es interrumpida por la aparición de una depresión (Salvatierra, 1989).

La depresión posparto es de hecho una reacción de dolor por una pérdida: la del bebé que se llevaba dentro, de las atenciones y demostraciones de afecto, de los sueños de regresar a la infancia, de consideraciones y cortesías especiales, de las relaciones justas con los padres y otras cosas más. La transición del embarazo a ser padres produce una tensión natural acompañada de una pérdida emocional inevitable. Como ya habíamos mencionado, así como se esfuma el espíritu navideño con la llegada del año nuevo, la posibilidad de ser abierto ante una mujer embarazada desaparece con el parto. Los abuelos continúan llamando y visitando, pero más interesados en el nuevo nieto que en los padres. Los abuelos pueden amar a nuestros bebés como nosotros siempre quisimos ser amados. Los esposos dirigen parte de su necesidad protectora y de su atención hacia los niños, las madres también cambian su atención del esposo por el cuidado del bebé (Panuthos, 1987).

Por otro lado, un problema común entre las mujeres que se deprimen después del parto es la forma en que sus madres las criaron. Tanto Melges como Dana Breen descubrieron que si una madre controla mucho a su hija, ésta puede deprimirse más después de haber dado a luz. Si la madre también la rechaza, entonces el riesgo es mayor. Ambas experiencias implican una pérdida de control. Si una madre impide que su hija tome la iniciativa y al mismo tiempo se muestra emocionalmente fría con ella, la hija tiene poco control, ya sea

sobre su relación o sobre su propia vida. La falta de apoyo por parte de su esposo también hace a una mujer vulnerable a la depresión después del parto. Todos estos factores interactúan, si la nueva madre tiene dificultades para reconocer las repuestas de su bebé para con ella, tenderá a sentirse insuficiente como madre. Las mujeres que experimentan niveles de ansiedad muy altos o muy bajos, durante el embarazo, pueden ser las mujeres que se sienten más deprimidas, en comparación con las que sintieron una ansiedad moderada. Las mujeres que responden al embarazo con mucha ansiedad viven en un estado de tensión provocada por una sensación de pérdida del control. Las que experimentan poca ansiedad están negando la realidad de su situación. La realidad del parto y del bebé surge como una conmoción bastante seria, como un abrupto cambio en sus expectativas preconcebidas, o lo que es lo mismo, como una pérdida de control (Macy, 1980).

Sin embargo, el parto es sólo un factor precipitante que opera debilitando la resistencia de la púérpera, aunque, el nacimiento de un hijo es un hecho muy significativo que no puede ser visto como un factor precipitante común. Zilboorg (1931; citado en Arieti, 1993), fue uno de los primeros que informó acerca de estados depresivos tanto en el padre como en la madre después del nacimiento de su hijo, los interpretó fundamentalmente como reactivaciones de un apego edípico incestuoso hacia el progenitor del sexo opuesto. En la mayoría de las depresiones posparto de mujeres jóvenes, la madre de la paciente - además de ser el otro dominante a quien ésta debía aplacar y de cuya constante aprobación dependía- es una persona con la que la paciente se identifica, aunque no de buena gana. En otras palabras, la paciente adopta como modelo a su madre, no porque la admire sino para ganar su amor y aprobación. Cuando el bebé llega, la identificación parece completa e irreversible. Ahora, la paciente será una madre igual a la suya, probablemente el mismo tipo de madre que su propia madre siempre fue. Pero no puede aceptarlo, debe rechazar a su madre y en consecuencia a una gran parte de ella misma que sigue el modelo de aquélla, debe rechazar asimismo gran parte de sus vínculos con otras personas, que son una imitación de los de su madre y por supuesto también su relación con el bebé, que confirma su condición de madre. Al mismo tiempo siente culpa porque le cuesta reconocer que no acepta el rol materno (Arieti, 1993).

A pesar de todo, las reacciones emocionales básicas después de un parto normal son muy variados y dependen de cada mujer. La primera emoción de una mujer suele ser de alivio extremo seguida de una sensación de felicidad y gratitud porque el nuevo ser ha nacido sano, hay un patrón regular de conducta en la madre inmediatamente después del nacimiento del bebé. Tocar, sostener y acicalar al lactante en condiciones normales intensifica con rapidez los lazos maternos de afectación. Sin embargo, no todas las mujeres reaccionan de esta manera, y algunas inclusive pueden sentirse desligadas del nuevo ser. Tales sentimientos suelen ser transitorios y no deben provocar ansiedad. Como ya se mencionó, en los primeros días después del parto, la madre puede experimentar sentimientos de incapacidad y depresión, la experiencia sugiere que la convivencia durante la estancia hospitalaria reduce la

ansiedad materna y da por resultado un amamantamiento más satisfactorio (Benson, 1983).

También el parto suele intensificar la ligazón e, incluso, hacerla cristalizar súbitamente en lo que podríamos llamar un amor a primera vista. Sin duda, el estrés del parto y el esfuerzo de parir a un ser nuevo y desvalido sensibiliza a la mujer para "enamorarse" de su hijo. Parece que la primera hora tras el parto es un período crítico para superar ambivalencias y sentimientos negativos hacia el feto, estableciendo las bases para una ligazón firme. La visión inmediata del recién nacido, acabado de expulsar, el oír su lloro y el contacto piel a piel, descansando el recién nacido desnudo sobre el vientre o entre los brazos de la madre, ejercen un "troquelado" de la mujer, según muchos autores, que facilita, no solamente su adaptación maternal, sino también su equilibrio emocional (Klaus y Kennell, 1976; en Salvatierra, 1989).

La imagen de la propia madre y las relaciones con la misma troquelan muchas veces la adaptación materna. Según Breen (1975, citado en Op. cit.), las mujeres que se adaptan bien, consideran a su madre de forma positiva, presentándose dificultades cuando existe una discordancia entre una imagen idealizada de la madre y la propia conducta de la mujer. Otro aspecto importante para la adaptación, es la fuerza del yo y si el sujeto está mal o insuficientemente informado, el estrés y la ansiedad serán mayores. La adaptación materna, con este enfoque, sería una función de la adecuación de las informaciones que posee la mujer acerca del embarazo y la maternidad.

Por su parte, Pritchard (1993) menciona ciertos factores para presentar algún grado de depresión: 1) la reducción de la tensión emocional que sigue a la excitación y al miedo que casi todas las mujeres experimentan durante el embarazo y el parto, 2) las molestias del puerperio descritas anteriormente, 3) el cansancio producido por la falta de sueño durante el parto y el posparto en casi todos los hospitales, 4) la ansiedad que se experimenta al dudar de la propia capacidad para cuidar del niño al dejar el hospital y 5) el temor de haber dejado de ser atractiva para su esposo.

Panhutos (1987) nos plantea que la mayoría de los expertos ha dividido los aspectos del sufrimiento en etapas o fases. Como el posparto es un período de sufrimiento sano, no es raro que la persona pase por una o varias de estas etapas.

FACTORES DE SUFRIMIENTO

Hay cinco experiencias comunes asociadas con el sufrimiento:

- Ψ *Incredulidad*: es un período de conflicto mental causado por los cambios rápidos que trae consigo el parto.
- Ψ *Coraje*: se caracteriza por sentimientos de frustración, de irritación, envidia y culpa. Kitzinger (1981; Op. cit.), hace referencia a estos sentimientos posnatales comunes. Dice que la madre, aunque dude en admitirlo, por lo general guarda un resentimiento hacia el bebé que la ha privado de su

libertad. Este resentimiento que se mantiene en secreto, puede exagerarse más tarde por los celos del esposo hacia el bebé. El coraje es probablemente uno de los sentimientos más difíciles de expresar para la pareja en el periodo de posparto. Muchas veces este sentimiento se guarda por temor a dañar al infante de alguna manera o que no se sienta amado.

- Ψ *Culpa*: los padres en occidente estamos programados para sentirnos culpables aún antes de la concepción. Nos culpamos de la conducta de nuestros hijos, de sus inclinaciones, de sus rodillas raspadas y chipotes en la cabeza. Aunque es casi imposible escapar de la culpa durante el embarazo, el parto y el posparto, reducir al mínimo el autocastigo y reunir una buena información puede liberarnos del sentimiento de culpa. Expresar los temores, preguntar y buscar apoyo son acciones útiles para contrarrestar la culpa y son una forma de apoyo durante el periodo de posparto.
- Ψ *Depresión*: es una reacción sana a la tensión y una señal de que la recuperación es necesaria. Se la maneja con éxito cuando nosotros, especialmente las mujeres, no nos convertimos en víctimas de ella.
- Ψ *Aceptación y ajuste*: es el camino hacia una vida en familia bien hecha aunque no sea un periodo de felicidad. Aquí se establecen los conflictos, se expresan los sentimientos y se hacen los ajustes apropiados.

Generalmente, al cabo de un año, la mayoría de las puérperas muestran una buena adaptación, sin embargo, hay también una parte considerable cuya adaptación deja que desear. Tales casos muestran ya durante el embarazo síntomas de mala adaptación. Cohen (1966; citado en Salvatierra, 1989), presentó algunos casos clínicos, señalando ciertos indicadores conductuales sospechosos:

El primero es el *rechazo del embarazo o del papel materno*, bien denegando los cambios en la apariencia física, o reaccionando en exceso a los mismos; por ejemplo, vistiéndose de forma inapropiada, emprendiendo tareas que no corresponden a un embarazo avanzado o a un parto reciente, mostrando demasiada preocupación por vagos síntomas físicos o emocionales, etc.

El siguiente es, *la no afiliación emocional con el feto o el neonato*. Durante la gestación, la respuesta a las manifestaciones vitales del feto es mínima o denigratoria ("es una bestia que no para de darme patadas"). Es muy típico el descuido en la preparación del ajuar, la cuna o la habitación. Por último, existe un *fallo en percibir al recién nacido como individuo real*. Hay una incapacidad para distinguir ninguna característica física o conductual, contemplándose al niño genéricamente por rasgos propios de adulto.

En el caso extremo, la madre no atiende como es debido al recién nacido, descuidando su alimentación, vigilancia, etc., a veces puede haber malos tratos de palabra u obra. En muchas ocasiones, la madre cumple su deber, pero los cuidados se suministran sin amor y sin cariño.

Para finalizar, es importante resaltar la importancia de la lactancia materna como parte fundamental del apego emocional con el neonato y del propio equilibrio materno, considerando que debe ser el contacto inmediato de la madre con el recién nacido, en la misma sala de partos. El niño desnudo debería dejarse sobre el vientre de la madre e, incluso, puesto inmediatamente al pecho, dejar al recién nacido en la misma habitación de la madre y amamantarlo sin un horario, lo que se llama binomio conjunto. Para evitar ansiedad y depresión posparto, se aconseja que la futura madre se informe de los cambios y responsabilidades de la maternidad, cómo es un trabajo de parto y el parto en sí, tratar de obtener ayuda del esposo, amigas o parientes de confianza, entablar amistad con otras parejas que ya tengan un hijo, no imponerse tareas que no sean de importancia, no mudarse de casa al nacer el bebé, descansar y dormir mucho, platicar mucho sus planes y preocupaciones, no hacer a un lado sus intereses externos y tener un adecuado control prenatal, es decir, estar en revisión continua con algún médico familiar o ginecólogo (Macy, 1980).

Un problema muy importante que se da en nuestra sociedad, es el embarazo de adolescentes, la causa de que esto sea un problema son precisamente las características que se dan durante la etapa de la adolescencia, ya que el traer un niño al mundo, genera un desequilibrio, incluso, en la edad adulta, por lo que requiere tratarse más ampliamente éste tema en el capítulo siguiente. Es importante resaltar el hecho de que el embarazo en la adolescencia es visto o no como un problema, de acuerdo a la sociedad en que éste se presente, pero básicamente en el Occidente y, específicamente en nuestro país, sí representa un problema que necesita urgentemente de atención, por todos los aspectos que se describirán a continuación.

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTE EMBARAZADA

Desearía poder viajar por el camino que cruza la mente
del bebé,
y más allá de todas las fronteras,
donde los mensajeros llevan recados sin causa alguna entre los
reinos de los reyes de ninguna historia;
donde la razón hace cometas de sus leyes y las eleva,
y la verdad hace que el hecho se libere de sus cadenas.

Rabindranath Tagore, 1913 (citado en Papalia y Olds, 1996).

Tener un hijo a los catorce años, ser madre y niña a la vez.....

He aquí una singular anomalía en este siglo XXI en el que no se tiene derecho a proclamarse adulto hasta después de un largo aprendizaje social, en el que la frontera entre la infancia y la edad adulta ha tomado el aspecto de un largo espacio transitorio, donde los puntos de referencia a la madurez biológica no señalan ya sus límites (Deschamps, 1979).

Tener un hijo a los catorce años ha sido, no obstante, la suerte que han corrido millones de pequeñas palestinas, africanas, asiáticas. No había en ello nada de chocante ni anormal. Hoy existe la adolescencia, creada por nuestras sociedades modernas. Periodo en el que uno no se considera niño ni adulto, siendo ambas cosas a la vez. Hoy a los catorce años, se ha llegado más aún que antiguamente a la madurez sexual del adulto, pero la maternidad no es ya un fenómeno biológico, es un acontecimiento social y sólo concierne al adulto, en el sentido social de esta palabra (Op. cit.).

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica, asimismo, fija el inicio y el final de la adolescencia entre los 10 y los 20 años de edad. El comienzo de la adolescencia tiene un límite claro que es la pubertad, pero el final depende de variables psicosocioculturales que difieren notablemente de una sociedad a otra. Por estos motivos, se cita la siguiente definición de embarazo en la adolescencia: es el embarazo que ocurre dentro de los primeros dos años de la edad ginecológica (los años transcurridos desde la menarquia) o cuando el adolescente mantiene total dependencia socioeconómica de la familia parental o ambas situaciones (Dulanto, 2000).

El embarazo en las adolescentes tiene repercusiones de tanta importancia como aquellas que se pueden cuantificar desde el punto de vista médico. Tomemos el caso de una escolar de 15 años que se encuentra embarazada, si pensara en el aborto no sabría a quién recurrir en demanda de consejo, sin duda sus padres no estarían dispuestos a ayudarla. Los recursos que para una mujer adulta son fáciles de obtener, son prácticamente inalcanzables para una adolescente. Cuando su estado se hace notorio será expulsada de la escuela y

perderá toda oportunidad de acceder a una educación que le hubiera permitido un porvenir. Al nacer el niño, si es que nace vivo sorteando los riesgos del parto, ésta joven no preparada para ser madre y sin recursos que garanticen su sustento y el de su hijo, sólo puede recurrir a labores manuales mal remuneradas, que no le dejan tiempo para el cuidado del niño o, peor aún, puede abandonar a éste con sus padres, darlo en adopción o caer en la prostitución (Zeiguer, 1993).

La limitación cronológica de la adolescencia, como ya se mencionó en el capítulo correspondiente, puede ser muy debatida, porque este lapso que engloba el proceso de la conversión de niño en adulto, tiene una dimensión muy variable. Sin embargo, independientemente de estas variaciones, el embarazo en la adolescencia ha figurado como un factor de alto riesgo perinatal, variando solamente el límite de la edad para su inclusión, ya que el riesgo puede ser diferente en la adolescencia temprana (10-15 años) y en la tardía (15 a 19 años), con base a las características bien definidas en estos dos grupos. No obstante, en el momento actual tiende a identificarse el riesgo perinatal particularmente en el grupo de edad de 15 años o menos, ya que en este son más evidentes las características de inmadurez biológica (Barrera y colaboradores, 1998).

El embarazo temprano, además de conllevar alteraciones sociales y económicas, repercute esencialmente en otros ámbitos, ya que propicia mayor inestabilidad emocional como: alteración en la autoestima, ansiedad, depresión, entre otros; análogamente al proceso de embarazo y a las condiciones socioculturales, lo que puede agudizar los trastornos emocionales hasta exacerbarlos en patológicos. Es decir, como ya se revisó con anterioridad, durante la adolescencia, se manifiestan como parte del proceso normal del desarrollo, alteraciones emocionales, que sumadas a esto, el embarazo temprano genera dinámicas psíquicas que pueden desestructurar las percepciones de la realidad y por ende la situación afectiva de la adolescente en particular (Duarte, 1997).

Por su parte, Mc Anamey (1994) refiere que el embarazo y la maternidad durante la adolescencia están asociados con significativos riesgos médicos y psicosociales tanto para la madre como para el hijo. Aunque éstos se atribuyeron alguna vez a la inmadurez fisiológica y psicosocial de la madre adolescente, datos recientes indican que los riesgos asociados con el parto en la adolescente no obedecen a condiciones fisiológicas o psicosociales intrínsecas de la adolescencia (por ejemplo, persistencia del crecimiento materno e inmadurez reproductora y cognitiva), sino más bien a que el embarazo en la adolescente es un marcador de factores sociodemográficos (por ejemplo, pobreza, educación deficiente, soltería, otra raza que no sea blanca e inadecuada atención prenatal) que aumenta los riesgos de resultados adversos de la gestación y la maternidad.

Por lo tanto, es evidente que, se tiene que considerar a la gestante adolescente desde los aspectos tanto biomédico como psicosocial, ya que el nacimiento de

un nuevo ser implica un entorno en donde confluyen todos estos factores, y la misma adolescente en sí está pasando por un fenómeno lleno de cambios que dan lugar a una modificación de conducta que puede influir en todo este proceso de la gestación.

Es por ello, que iniciaremos analizando las incidencias, causas y consecuencias del embarazo, para comprender mejor este fenómeno social.

3.1 INCIDENCIA, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

A la gestación en mujeres adolescentes, en la segunda década de la vida, se presta una considerable atención, por el aumento progresivo de frecuencia en las sociedades avanzadas, a la vez que se reduce la natalidad de mujeres de mayor edad.

La *progenitora adolescente*, representa un problema combinado: es decir, se enfrenta a la adolescencia y a la maternidad, además, suele ser soltera y tener una situación económica limitada. El número de adolescentes, entre los 12 y 19 años de edad, que requieren atención materno infantil, se está incrementando.

En las regiones menos desarrolladas más de 2,000 millones de personas en la actualidad son menores de 20 años, y ésta es la generación que muy pronto se convertirá en el próximo grupo de padres. Más de 400 millones de personas son adolescentes entre las edades de 15 a 19 años y la proporción de mujeres que están teniendo hijos en este grupo de edad oscila de menos de 1% en algunos países industrializados al 24% en Angola, en México esta cifra es de 7% (Arellano, 2000).

En Estados Unidos, cuatro de cada diez embarazos ocurren actualmente en mujeres antes de los 20 años, aunque la proporción disminuye al llegar al parto (dos de cada diez partos), por la intervención del aborto provocado (Salvatierra, 1989).

Cada día quedan embarazadas unas 2,700 adolescentes en E.U.A., y el número de bebés de madres solteras jóvenes se cuadruplicó entre 1940 y 1985. En la actualidad, más de un millón de adolescentes se embarazan al año; de ellas, más del 65% son solteras. Sólo la mitad completa la gestación, pues alrededor del 40% de los productos es abortado y el otro 10% no se logra (Craig, 1997).

Por otro lado, en Chile, en el año de 1991, la morbilidad de las adolescentes por causas gestacionales ascendieron a 1 731 casos, lo que constituye 4.1% de los egresos. En el grupo de 15 a 24 años de edad, la primera causa de hospitalización fue la gestación que llegó a 63.1% del total de egresos. En cuanto a la morbilidad obstétrica, se distribuye en forma semejante a la que presentan las adultas, pero con frecuencias proporcionalmente mayores en el síndrome hipertensivo y en el parto complicado (Dulanto, 2000).

Es importante señalar que un gran porcentaje de los embarazos que se presentan en la adolescencia son accidentales, es decir, no planeados y muchas veces ocurren cuando los y las jóvenes no están informados acerca del riesgo de un embarazo, la forma de evitarlo es, usando algún anticonceptivo y dónde adquirirlo. En México, 17% de los nacimientos de neonatos vivos fueron de madres entre 15 y 19 años de edad (Secretaría de Gobernación, 1990) y existe información que indica la presencia de embarazos en adolescentes menores de 15 años. Así mismo, se ha visto que el 16.1% de las adolescentes entre 12 y 19 años de edad han tenido relaciones sexuales, y que la edad promedio del inicio sexual de las adolescentes que han tenido tal experiencia es de 16.4 años (Pick y colaboradores, 1998).

Del mismo modo, Barrera y colaboradores (1998), mencionan que en 1985, la población mexicana adolescente femenina entre 15 y 19 años fue de 4 561 500, siendo el 5.5% de la población la que estuvo en gestación. En una revisión hecha de 3, 000 nacimientos consecutivos ocurridos en el INPER en 1981, se obtuvieron los siguientes datos de interés: el 19.5% (587 pacientes) correspondió a mujeres adolescentes entre 11 y 19 años de edad, de las cuales el 77.2% fueron primigestas y el resto (22.9%) multigestas. El total de pacientes se subdividió en dos grupos: de 14 años o menores y de 15 a 19 años, y la forma de terminación del embarazo se relacionó con los indicadores de salud más relevantes desde el punto de vista perinatal.

De acuerdo con los datos publicados en el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informativa (INEGI), en 1991, en nuestro país se presentaron unos 2.5 millones de partos cada año, de los cuales el 50% son de mujeres menores de 18 años. Las cifras publicadas en algunos hospitales de nuestro país muestran una frecuencia del embarazo en la adolescencia de entre 1.5% y 12.2%, siendo la cifra más alta de embarazo adolescente, registrada en publicaciones de México, específicamente la del Instituto Nacional de Perinatología (INPER), con aproximadamente el 9.12%. Dentro del Instituto antes señalado, el embarazo en la mujer adolescente ocurre con una frecuencia de 1 por cada 10 embarazos, siendo el embarazo patológico y el aborto los que ocupan el primer lugar como causa de hospitalización de adolescentes (Duarte, 1997).

Aunque algunos adolescentes informan que han tenido relaciones sexuales simplemente porque lo deseaban, las actividades sexuales pueden ser un síntoma de problemas personales o una manera de escapar de ellos. También puede ser el sexo un medio utilizado para muchos fines, como: probar la masculinidad o la femineidad del adolescente, poder pertenecer a un grupo dado de coetáneos, sustituir la falta de satisfacción de las necesidades emocionales normales, precipitar un matrimonio, aminorar el dolor de un trauma emocional, manifestar la necesidad de ayuda (Shen, en Dulanto, 2000).

A continuación se describe un cuadro de Arellano (2000), evidenciando los nacimientos en México en menores de 19 años.

NACIMIENTOS EN MENORES DE 19 AÑOS, SEGÚN ORDEN DEL PARTO

ESTADOS	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO
Estados Unidos Mexicanos	315, 430	82, 535	16,221	3,624
Aguascalientes	2,540	675	122	20
Baja C. Norte	7,325	1,832	335	56
Baja C. Sur	1,483	309	44	9
Campeche	2,566	905	212	54
Coahuila	7,785	1,898	298	38
Colima	1,719	417	69	6
Chiapas	15,122	5,626	1,388	359
Chihuahua	10,446	2,419	434	106
Distrito Federal	19,881	3,929	360	52
Durango	6,022	1,539	324	117
Guanajuato	13,007	3,469	585	103
Guerrero	14,822	4,882	1,457	544
Hidalgo	8,559	2,436	548	149
Jalisco	16,774	4,203	725	103
México	40,851	9,284	1,309	188
Michoacán	14,302	3,533	633	133
Morelos	4,661	1,183	188	32
Nayarit	3,759	811	118	27
Nuevo León	9,565	2,080	250	25
Oaxaca	13,314	4,050	928	190
Puebla	18,490	5,293	1,158	227
Querétaro	4, 092	974	181	31
Quintana Roo	2,727	770	173	37
San Luis Potosí	7,437	2,106	392	63
Sinaloa	10,248	2,180	377	82
Sonora	7,445	1,761	240	48
Tabasco	7,345	2,533	663	141
Tamaulipas	7,726	1,827	281	50
Tlaxcala	3,488	765	132	14
Veracruz	23,289	7,346	2,003	581
Yucatán	4,035	1,109	167	21
Zacatecas	4,519	1,008	123	18

Fuente: INEGI, Dirección General de Estadísticas; Estadísticas Demográficas y Sociales, 1998.

Como bien se puede observar, es alta la incidencia de embarazos adolescentes en México, destacando el Estado de México y Veracruz, y en general, es sorprendente apreciar cuántas adolescentes tienen hasta cuatro hijos antes de los 19 años de edad. En el Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada", de Cuautitlán de Romero Rubio, Estado de México, diariamente atienden en promedio, de entre 8 a 10 adolescentes de parto o aborto.

Los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural. El desconocimiento del uso y la forma de adquisición de métodos anticonceptivos, la escasa preparación para asumir su sexualidad, así como la inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos, son algunos de los factores que aumentan la probabilidad de embarazo en la adolescencia. Específicamente entre los aspectos psicológicos que se han propuesto como relacionados con el embarazo en adolescentes se encuentran:

- El miedo a estar solo (a).
- La posibilidad de sentirse adulto.
- La carencia de afecto.
- La necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres.
- Relación y comunicación inadecuada con los padres.
- La búsqueda de independencia.
- La curiosidad sexual.
- Presencia de embarazos premaritales en hermanas y/o madre (Pick y colaboradores, 1988).

Muchas jóvenes actuales piensan que con la facilidad de la píldora ya no deben temer al embarazo: "Sólo tenemos que decidir qué es correcto". A pesar de lo noble que pueda ser este sentimiento, aún prevalece el hecho de que menos de un tercio de las solteras jóvenes que mantienen relaciones sexuales activas han usado la píldora anticonceptiva para evitar el embarazo. Existe una proporción muy alta -entre el cincuenta y cinco y el setenta y cinco por ciento- la cual no ha usado ningún dispositivo, al menos en su primera experiencia (Conger, 1980).

Es claro que los adolescentes que no son capaces de aceptar su propia sexualidad, no van a ser capaces de hacer un uso efectivo de la anticoncepción. Hay mitos que explican otros embarazos: la creencia de que se debe amar a alguien (una observación interesante), que es necesario querer embarazarse, que quiere sentirse "más grande". Otras adolescentes hacen una extrapolación equivocada de sus experiencias anteriores: como no se han embarazado nunca, creen que nunca se van a embarazar. Otras, en una maniobra que se parece a la "psicología del campo de batalla", aceptan que el embarazo les puede suceder a otras, pero no a ellas. También son importantes las barreras que se ponen a la anticoncepción. Algunas están en la familia, otras en la dificultad para tener acceso al sistema de atención de la salud, y muchas están en el sistema sanitario mismo. Entre éstas está el no poder identificar a los adolescentes que llevan una vida sexual activa; otra, de igual importancia, es la renuencia a dar a los adolescentes la información necesaria sobre la fisiología de la reproducción y sobre la anticoncepción, como también a suministrarles ésta misma (Anyan, 1991).

Entre los factores más personales o interpersonales que influyen en el embarazo durante la adolescencia, el primero es muy variable, pero la satisfacción por logros académicos, por las relaciones familiares o por un

trabajo, casi siempre es muy pobre en las adolescentes que se embarazan, y sus planes para el futuro son confusos. Para otras, la soledad es lo más importante, y no es difícil entender cómo un bebé puede ser un prospecto de compañía y amor. Las adolescentes muchas veces compiten con sus padres, y al mismo tiempo que desean romper con ellos, tener un bebé les brinda la oportunidad de ser un padre perfecto. Algunas adolescentes usan el embarazo como medio de escapar de su familia en situaciones en las que el embarazo parece la única salida. Desafortunadamente, el escape no siempre es exitoso y la dependencia de la familia puede continuar. La relación de la adolescente con su pareja puede originar presiones por parte de ella para tener un hijo, sobrestimando la importancia y la permanencia de la relación que existe entre los dos, y viendo las consecuencias de un embarazo con una perspectiva optimista. Finalmente, los patrones familiares pueden favorecer el embarazo en la adolescencia. Si la madre de la adolescente a otras mujeres de la familia tuvieron hijos cuando eran muy jóvenes, puede no parecer extraño que otra mujer de la familia haga lo mismo. Muchas adolescentes que se embarazan son miembros de familias numerosas (Anyan, 1991).

Por otro lado, Figueroa y García (1992, citados en Bazán, 1998), realizaron una investigación sobre la práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México, ellos encontraron que los adolescentes no utilizaron métodos anticonceptivos en su última relación sexual, principalmente, porque no creyeron embarazarse o embarazar a su pareja (27.1% esta es la causa mayor en los hombres), porque no planearon tener relaciones sexuales (25.8%) y porque deseaban embarazarse o embarazar a su pareja (24%, ésta es la causa mayor en las mujeres), la falta de conocimientos de los anticonceptivos constituye el 3.8% de las razones de su no uso.

El problema del embarazo en las adolescentes es real, el cual según opiniones está controlado, pero sobre todo que deje de ser un problema, dependerá de factores como mejorar la calidad de vida en la familia, la salud biopsicocial de los barrios, la educación escolar, crear centros comunitarios para jóvenes donde realicen deporte y actividades de esparcimiento, y crear políticas de salud que sean viables para que, dentro del marco de las capacidades económicas de cada subregión dejen de ser una mera propuesta y se conviertan en una realidad al alcance de los jóvenes.

Según Dulanto (2000) hoy se habla de *factores determinantes y predisponentes* que concurren en el problema del embarazo en adolescentes. Entenderlos es crear conciencia de la multifactorialidad de la génesis del mismo y facilitar su comprensión.

Entre los *factores determinantes*, serán considerados como tales, los siguientes:

1. Tener relaciones sexuales sin haber adoptado medidas anticonceptivas adecuadas (por desconocimiento, temor a su uso, dificultad de cualquier tipo para acceder a ellas, o simplemente negación a tomar las medidas anticonceptivas por propia y consciente determinación).

2. Violación.

Los factores *predisponentes* rara vez actúan solos y si lo hacen, no tienen la fuerza de condicionamiento como para ocasionar que una persona se embarace; por lo general, actúan vinculados en forma sincrónica durante una época, pero también pueden actuar unos tras los otros en forma pertinente hasta lograr condiciones en quien los sufre que faciliten el involucrarse en la problemática, estos factores se dividen en personales, familiares y sociales.

Los *factores personales* son considerados de carácter individual e inciden en ambos sexos como son: a) abandono escolar, b) autoestima baja, c) falta de confianza en sí mismo, d) sentimientos de abandono y desesperanza, e) problemas emocionales, de personalidad o ambos, f) carencia de afecto (esta puede ocurrir con frecuencia desde etapas tempranas de la vida y se sostiene con persistencia), g) incapacidad para planear un proyecto de vida, h) inicio temprano de relaciones sexuales, i) consumo de sustancias tóxicas que causan adicción, j) desinterés para asumir actitudes de prevención, k) necesidad de afirmar su identidad de género y el factor individual que incide en el sexo femenino es: la menarquia temprana.

Entre los *factores familiares* predisponentes que inciden en ambos sexos se encuentran: la familia disfuncional: ausencia de figura paterna estable y modelos promiscuos de conducta, hacinamiento y promiscuidad, formas de vida familiar, crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales, enfermos crónicos en la familia, madre con antecedentes de embarazo adolescente, antecedente de una hermana adolescente embarazada y normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

Los *factores sociales* también inciden en ambos sexos y se refieren a:

1) abandono escolar, 2) mal o inadecuado uso del tiempo libre, 3) nuevas formas de "vida" propiciadas por la subcultura juvenil, 4) cambios sociales que dificulten la incorporación laboral, 5) ingreso temprano a la fuerza laboral, 6) cambios sociales en el concepto de estatus de la mujer, 7) condiciones socioeconómicas desfavorables a la familia, 8) marginación social, 9) mayor tolerancia del medio social a la maternidad en la soltería, 10) el machismo, como un valor cultural y 11) el efecto de los medios de comunicación masiva, en particular la televisión, en el modelado de la conducta sexual (tanto de adolescentes como de adultos) y transmisión de mensajes contradictorios.

Por lo tanto, entre los factores de riesgo, cuando el médico pediatra, general o especialista en ginecología y obstetricia diagnostica firmemente un embarazo, será necesario que la paciente y sus padres o quienes sean responsables de la toma de decisiones, decidan lo más pronto posible si desean o no continuar con el embarazo. Si se asume continuarlo, el médico que llevará el caso debe establecer de manera clara la edad ginecológica de la paciente y definir las posibilidades de riesgo. Determinar esta edad es indispensable porque mientras

más cercana a la menarquia está la iniciación del embarazo, mayores riesgos puede correr la paciente.

Si bien es cierto que por la influencia de factores de carácter personal (ligados a la inmadurez emocional de la gestante) y otros de carácter social y cultural, el diagnóstico casi nunca se establece en etapas muy tempranas (dentro del primer trimestre del embarazo) aún en las clases acomodadas, cuando particularmente se trata de adolescentes tempranas, es importante afirmar que la única forma de reducir el riesgo en estas pacientes es la de proporcionarles una atención prenatal de calidad lo más cercana al inicio del embarazo (Dulanto, 2000).

Es por eso que, el embarazo sobrevenido a una adolescente, es el espectacular testimonio de la paradoja que viven los adolescentes de hoy. La madurez biológica ha precedido en mucho a la independencia social, la vida personal se ha afirmado, con menosprecio de las fuerzas que tienden a disciplinar o a frenar el movimiento de la vida. La libertad sexual es una piedra angular de esta alta incidencia de embarazos adolescentes, ya que se advierte una ambivalencia, es deseada y temida a la vez, impuesta por toda una forma de vida y de relaciones sociales, causando culpa y a la vez placer, provocando a la vez un dilema en los adolescentes (Deschamps, 1979).

Ahora bien, las consecuencias de ser padres en la adolescencia son enormes para las madres, los padres, sus hijos y la sociedad en general. Las adolescentes están más propensas a tener ciertas complicaciones en el embarazo, como anemia, trabajo prolongado en el parto y toxemia. Las jóvenes están dos veces más propensas que las mujeres mayores a tener niños de peso bajo y prematuros, dos o tres veces más a tener niños que mueren en su primer año, y 2.4 veces más de tener niños con defectos neurológicos. Una razón mayor para problemas de salud entre las madres adolescentes y sus hijos es no tener asistencia social médica. Muchas madres adolescentes son pobres, no comen apropiadamente y reciben cuidado prenatal deficiente o ninguno. Aún con el mejor cuidado, sin embargo, y con los mejores resultados físicos, la suerte de los padres adolescentes y la de sus hijos con frecuencia es infeliz. 80% de niñas embarazadas de 17 años o menos, y 90% de 15 años o menores, nunca terminan la escuela secundaria. Como resultado, frecuentemente son desempleadas, siguiendo un ciclo de dependencia que acaba con su motivación en el trabajo y en su vida personal. Las adolescentes embarazadas no casadas intentan suicidarse más frecuentemente que otras adolescentes de su edad (Papalia y Olds, 1996).

Más de nueve de cada diez madres adolescentes mantienen, por lo menos en principio, a sus niños antes de darlos en adopción o dejarlos en centros de cuidados. Pero cuidar un bebé es demasiado exigente y estas jóvenes madres con frecuencia no pueden cumplir estas exigencias. En consecuencia, los hijos de las madres adolescentes son descuidados o educados por familiares o instituciones del Estado (Papalia y Olds, 1998).

Por su parte, Pick y colaboradores (1998), mencionan que dentro de las consecuencias derivadas del embarazo en la adolescencia, se encuentra la relacionada con el aspecto físico, ya que se sabe que las mujeres que se embarazan antes de los 15 años tienen una mayor probabilidad de presentar abortos, partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps, o bien, un trabajo de parto más largo, dando como resultado el sufrimiento fetal. La toxemia, que ya se había mencionado anteriormente, se caracteriza por aumento de peso, hinchazón de manos y tobillos y presión arterial alta. De no tratarse adecuadamente se puede desencadenar una eclampsia, la cual daña el sistema nervioso y llega a provocar, inclusive, la muerte.

Los efectos de la paternidad en la vida de los adolescentes también pueden ser negativos y de larga duración. A causa de las presiones que muchos soportan por mantener a su familia, los padres jóvenes suelen dejar la escuela y en general tienen menos empleos y son mal remunerados. Con el paso de los años, se vuelven más proclives a los problemas maritales, que a menudo terminan en divorcio. Con frecuencia, las adolescentes embarazadas encuentran fuerte desaprobación en el hogar o tal vez ya hayan tenido conflictos con sus padres. Pero, si no se casan, es posible que no tengan otra opción que seguir viviendo con ellos en situación de dependencia durante y después de la gestación. Por ello, algunas se inclinan al matrimonio con el fin de escapar de este estado de cosas y establecer su propio hogar. Sin embargo, el matrimonio de adolescentes no es por fuerza la mejor solución para la madre joven. Por otro lado, los hijos de padres adolescentes tienen también desventajas en comparación con los hijos de padres mayores. Pueden sufrir por su falta de experiencia con las responsabilidades adultas y el cuidado de otros. Como los padres jóvenes están tensos y frustrados, tienen más probabilidades de padecer negligencia o maltratos (Craig, 1997).

Por otro lado, la psicología de la maternidad ilegítima resulta tan sólo, en parte, de una reacción a las dificultades sociales, ya que se interrumpe el desarrollo humano que propone como proyecto de vida la adolescencia de las sociedades urbanas. Trunca las más de las veces, en las mujeres, el desarrollo de una escolaridad que las capacite para ejercer un trabajo calificado en el futuro. Impide que éstas continúen con una correcta socialización con su grupo de pares, trastorna y obstaculiza la secuencia de la maduración emocional de la etapa, las obliga a asumir un papel materno para el que no están preparadas porque simplemente no han adquirido la madurez emocional y afectiva para desempeñarlo y, por medio de esta deficiencia no rescatable más que por la experiencia de vida al desarrollar ese papel, afecta la vida de su hijo gravemente y condiciona sin proponérselo al menor a una serie de riesgos de carácter biopsicosocial que posiblemente también lo limitarán en el futuro (Dulanto, 2000).

Cada vez es más frecuente en el medio urbano que los padres consulten a los pediatras para confirmar las sospechas de embarazo de sus hijas adolescentes. Es por ello necesario que los pediatras tengan la información adecuada sobre los factores que inciden en este suceso y la forma idónea de ayudar a la menor

y a su familia a llevar a feliz término el embarazo cuando se ha decidido continuar con el mismo.

Conocer los lineamientos básicos que llevan a este complicado problema a término con el menor daño posible, con seguridad, hará que el pediatra no se sienta desprotegido porque cuenta con un cercano grupo de ginecobstetras, quienes finalmente se harán cargo del problema.

Como ya se había mencionado, al hablar de embarazo durante la adolescencia se entiende como aquel que se inicia y desarrolla dentro de los dos primeros años de edad ginecológica (considerada después del inicio de la menstruación) y cuando la adolescente mantiene una total dependencia socioeconómica del núcleo familiar. Esta definición es perfecta en tanto se refiera a adolescentes urbanas de clase media y media superior. Sin embargo, habrá que agregar que muchas de las adolescentes embarazadas, si no es que la mayoría, provienen de zonas conurbadas de extrema pobreza y marginación, quienes se ganan su propio sustento desde una tierna edad y viven "arrimadas" a familiares lejanos. Otras conviven en banda con sus pares. (Op. cit.)

El embarazo en la adolescencia es un problema multifactorial, han transcurrido más de treinta años desde que éste problema se empezó a estudiar con el objeto de encontrar las diferentes implicaciones biológicas, emocionales y sociales que convergen en él. A lo largo de este tiempo se ha comprobado que para integrar un panorama realista del mismo, es necesario ser objetivo y abandonar toda falsa moral si en realidad se desea construir un cuerpo de conocimientos que ayude a entenderlo y favorezca el encuentro de caminos para su solución. También ha quedado claro que se necesita realizar investigación social y psicológica que proporcione datos sobre los factores de riesgo y protección que están actuando en la población juvenil implicada. De esta manera, se conocerá la realidad del fenómeno en las localidades donde el embarazo adolescente se presenta como un problema social que incide en la salud de las adolescentes y sus productos y que reclama la atención del mismo, se considera así desde el momento en que se embaraza y cuando nace el producto, ya que trastorna todo el contexto en el que se desenvuelve el adolescente así como su rol social.

Entonces, el embarazo indeseado en la adolescencia es un problema de carácter médico y social. En primera instancia, compromete el presente y futuro psicosocial de la joven madre y el de su producto, después el del padre del hijo, y finalmente, el de la familia de la joven, ya que todos ellos se involucran en este problema de manera directa o indirecta, por ejemplo: el padre del hijo, quien al enterarse de la noticia tendrá la obligación (si se hace responsable), de buscar un trabajo poco remunerado que le permita mantener a su nueva familia, dejar sus estudios, cuando tal vez lo que a él le hubiese gustado sería terminar una carrera universitaria y tener un proyecto de vida más elevado.

En la adolescencia, el embarazo inoportuno debe entenderse como una grave consecuencia de origen multifactorial de la experiencia del ser adolescente y

las circunstancias que forman el existir del adolescente en relación con la cultura y el medio social en donde vive y desarrolla su crisis de identidad (Dulanto, 2000).

Se considera inoportuno, puesto que en esta etapa los cambios sufridos por los adolescentes aún no son los adecuados para tener responsabilidades mayores y por consiguiente la preparación de los mismos se encuentra reducida.

Asimismo, el embarazo en adolescentes debe dejar de verse como un problema exclusivamente de carácter médico. Se piensa que quienes, por alguna razón, trabajan con adolescentes tienen la obligación no sólo de identificar este problema, sino analizarlo como uno esencialmente social, ya que el origen y muchas de las consecuencias del embarazo en adolescentes tienen implicaciones sociales.

Del análisis de diferentes investigaciones llevadas a cabo en varios niveles socioeconómicos y en diferentes culturas a lo largo de treinta años, actualmente queda claro lo siguiente:

1. Las causas predisponentes dominantes son de carácter social y cultural. Muchas de estas podrían controlarse adecuadamente por medio de factores de protección transmitidos por la familia, la escuela, el barrio y las políticas de salud.
2. Las jóvenes embarazadas, aún las de corta edad, pueden llevar adelante su embarazo con toda normalidad y dar a luz sin problemas graves para su hijo si median las siguientes circunstancias: que las jóvenes hayan tenido a lo largo de su vida buenas condiciones de salud, suficiente y adecuada alimentación y haber logrado una secuencia de crecimiento y desarrollo oportuna y normal.
3. Los riesgos a los que finalmente se verá sometida la joven durante la gravidez y el parto pueden disminuirse radicalmente a medida que se inicie más temprano la atención prenatal, y que esta sea la adecuada y continúe hasta el momento del parto.
4. Los riesgos de salud y las consecuencias psicosociales que se presentan en la joven madre, el hijo y la pareja pueden disminuirse a medida que las instituciones de asistencia médica diseñen y pongan en acción programas de primer nivel de tipo multidisciplinario adecuados para la correcta atención de los adolescentes involucrados. Es decir, que las instituciones que cuidan la salud de los adolescentes "anclen sus naves en el barrio" por medio de programas de extensión de salud comunitaria y reproductiva.

El problema se considera médico, en tanto los factores de riesgo sobre la salud biológica y psíquica de la madre afecten en forma definitiva varios parámetros de su vida. Hoy día se puede afirmar que este tipo de riesgos disminuye dramáticamente con una buena asistencia prenatal, en el parto y lactancia (Dulanto, 2000).

En la actualidad, un embarazo y un parto normales en adolescentes, incluso al principio de esta etapa, es una posibilidad viable para las jóvenes cuando son maduras biológicamente y reciben los cuidados médicos adecuados. También, la pertenencia de la embarazada a un grupo socioeconómico con mayor desarrollo incrementa la posibilidad de una correcta atención prenatal, lo cual disminuye los riesgos del embarazo. Lo contrario es válido para las jóvenes gestantes que pertenecen a grupos sociales de clases desprotegidas y con precarios grados de salud padecidos desde la infancia, deficiencias nutricias crónicas y una escasa higiene ambiental aumentan los riesgos de manera muy significativa.

Independientemente de cualquier atención que se proporcione, el embarazo, el parto y la lactancia en el periodo posparto y posterior a esto, tienen repercusiones psicosociales trascendentes en la gestante, su familia y su pareja. De manera invariable la más afectada es la joven madre, por lo que en el siguiente apartado se explicarán más ampliamente los aspectos psicosociales implicados en este proceso.

3.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

¿Por qué llama tanto la atención un embarazo en la adolescencia? Aparte de que hoy en día se ha convertido en un fenómeno de alta incidencia a nivel mundial, el embarazo en la adolescente genera gran interés debido a que es algo que va en contra del proceso natural, ordenado y deseado por la mayoría de las sociedades modernas, del ciclo vital y del desarrollo pleno de la mujer. Claro está, como ya se mencionó, que existen y han existido sociedades en las cuales el embarazo durante la adolescencia no representa una posible ruptura prematura del tiempo para el desarrollo, sino que significa la llegada de la niña al papel de mujer, y es causa de alegría. Sin embargo, la mayoría de las sociedades en desarrollo y desarrolladas, prefieren tener un periodo de espera entre la llegada de la madurez sexual física (menarca) y el embarazo, muchas veces se marca esto, aquí en México, se realiza con una fiesta y el comienzo de relaciones, aunque vigiladas y protegidas entre los dos sexos, reconociendo el hecho de que la adolescente es fértil, pero que, por razones físicas, emocionales, económicas e intelectuales, no está lista para ser madre (Barrera y colaboradores, 1998).

Las repercusiones psicosociales de los adolescentes afectados son variadas y dependen de diversos factores, como el previo desarrollo psicoafectivo y social de la futura madre; el ambiente familiar en que interactúa, y la tradición cultural desde la cual se juzga la gestación en adolescentes. Por otro lado, existen elementos que aminoran o exacerban las consecuencias negativas del embarazo en este grupo de edad, por ejemplo: la actitud personal hacia la vida, la existencia o no de un proyecto de futuro al momento del embarazo; las expectativas que tienen del desarrollo de la gestación, para el parto y la vida ulterior (Dulanto, 2000).

La actitud con que los adolescentes implicados en el embarazo enfrentan la vida es el resultado de la influencia cotidiana del ambiente familiar o del grupo social en que se desarrolla cada uno de los miembros de la pareja. Además, tiene especial relevancia la opinión y el apoyo de los pares respecto de la aventura en que se ha embarcado la pareja. Por razón de la edad, esta opinión no puede ser el producto de una reflexión profunda propia y sincera, más bien el relato representará una opinión de adherencia a la de los compañeros y amigos del barrio (Dulanto, 2000).

Pick y colaboradores (1998), nos mencionan que dentro de los aspectos psicosociales se presentan sentimientos de minusvalía y baja autoestima por la exposición al rechazo inicial de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general. Los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante esa situación y, antes de reconocerlo, se culpan mutuamente y lo proyectan a la adolescente mediante reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico. A veces tratan de obligar a sus hijas a un matrimonio precoz y forzado del cual, en la mayoría de los casos, resulta una relación inestable que fracasa y termina en separación o divorcio.

Los mismos autores, han observado que generalmente la adolescente que abandona la escuela tiene mayor probabilidad de llegar a embarazarse. La adolescente que no había desertado antes y queda embarazada, deja los estudios y se enfrenta a una frustración personal. En caso de que continúe estudiando, es percibida por sus compañeros como una carga, sobre todo cuando se trata de trabajar en equipos. La mayoría de las veces estas adolescentes siguen viviendo en su casa o en casa de sus suegros, ya sea casadas o no. Así, se hacen más dependientes de sus padres o sus suegros y tienen más necesidad de someterse a las reglas familiares, dadas las necesidades de apoyo para su hijo. Los roles cambian, los abuelos asumen un papel de abuelos-padres, produciendo confusión tanto en los padres adolescentes como en el bebé, el cual estructura su primera relación humana con una madre-hermana. A largo plazo, las consecuencias para el hijo van cobrando importancia, las confusiones de afecto y relación dificultan su confianza básica y seguridad personal.

Asimismo, Dulanto (2000) para facilitar el estudio de las consecuencias psicosociales del embarazo en adolescentes, establece la siguiente clasificación arbitraria, basada en la secuencia en que se presentan durante la gestación:

- 1) *Inmediatas*: las que surgen en torno a la sospecha y confirmación del diagnóstico del embarazo,
- 2) *Mediatas*: todas aquellas que aparecen durante el curso del embarazo,
- 3) *A largo plazo*: las que se presentan después del parto y la experiencia neonatal.

Estas consecuencias no ocurren necesariamente en todos los casos, tampoco es forzosa su presencia en un momento determinado, ya que pueden manifestarse

en las distintas etapas propuestas. Además, en ellas también influyen el medio cultural y el nivel socioeconómico de las personas comprometidas y la aceptación o no del embarazo.

Las *consecuencias inmediatas* se refieren a que la pareja y particularmente la joven que recibe o confirma el diagnóstico de embarazo por lo general tiene un cuadro súbito de pérdida de autoestima, angustia en diferentes grados y pérdida de estatus social. Como consecuencia de lo anterior, en los adolescentes aparece una mezcla de diferentes sentimientos, positivos y negativos, respecto de sí mismos, a su función como pareja y hacia el hijo engendrado. En la mayoría se presentan emociones de culpa, vergüenza, devaluación y rechazo que lleva a la futura madre, o a la pareja, a la automarginación y el silencio (Dulanto, 2000).

Ya que el embarazo no es deseado, los jóvenes se llenan de miedo, tanto a la familia como a los pares; este sentimiento da lugar a la pérdida de confianza en sí mismos y en los demás, a una sensación de incompetencia que refuerza la automarginación.

Aunque a diferentes ritmos, todos los adolescentes que enfrentan un embarazo no deseado presentan síndromes de soledad y aislamiento, pues pocos de ellos, ya sea como parejas o como individuos, tienen amigos en la escuela o en el barrio, con la lealtad y el apoyo necesarios para continuar desarrollándose en su medio social habitual y con la popularidad previa al embarazo.

El rechazo por parte del grupo de amigos proviene, más que de los propios adolescentes, de sus familias que, enteradas del embarazo, suelen emitir críticas demoledoras, juicios valorativos descalificadores sobre los jóvenes afectados e impiden hasta donde pueden que la relación de amistad continúe con la espontaneidad acostumbrada. Esta actitud de los compañeros y amigos lastima mucho a los futuros padres, por lo que se refugian en un enclaustramiento voluntario, pero que ya tiene justificación: el rechazo de los pares.

En esta etapa, los factores emocionales son los más fuertes. Predominan los sentimientos de angustia que conducen a la evasión y a la negación del problema, a la exaltación del pensamiento mágico; a ésta actitud también sigue el enclaustramiento que coincide con la aparición de síntomas de ansiedad y posible depresión.

El deterioro emocional que sufre el adolescente ocasiona confusión y favorece la presencia de una parálisis emocional y social que le impide actuar adecuadamente. Quienes viven esta experiencia relatan que sienten y tienen la certeza de que su proyecto de vida y sus incipientes ilusiones quedan frustrados y que todo lo esperado como fruto del periodo existencial que comprende el tránsito adolescente queda suspendido o cancelado y de pronto el destino los obliga a convertirse en adultos. El cuadro descrito lleva a los adolescentes a demorar el momento de informar del embarazo a sus familias o, inclusive, a la

pareja. Lamentablemente, con esta actitud también se pierde el oportuno encuentro con la acción médica prenatal. Cuando la intervención médica se acepte al principio o durante el primer trimestre del embarazo, si la o los adolescentes persisten en la postura de no comunicar a sus familias el problema, se presentarán trastornos psicosociales en diferentes intensidades, los cuales afectarán en distintos niveles (Dulanto, 2000).

Por otro lado, de acuerdo con la experiencia, muchos adolescentes suelen tener muy mala opinión de su familia, la cual se sustenta en múltiples argumentos, que en ocasiones corresponden a la realidad, pero en otras son tan sólo producto de la fantasía del joven y, sobretodo, de un sentimiento de culpa frente al núcleo familiar.

La adolescente gestante y su pareja temen que sus padres y hermanos adopten actitudes de rechazo, repudio, hostigamiento, violencia y expulsión del grupo. Pocos jóvenes piensan que sus padres aceptarán la realidad del embarazo en buenos términos y les brindarán apoyo. En efecto, las respuestas familiares que se encuentran con mayor frecuencia son las siguientes: repudio, rechazo, actitudes que varían entre la intolerancia y la tolerancia, múltiples condicionamientos, indiferencia y evasión, así como de agresión y expulsión. No obstante, otro grupo de familias ha mostrado comprensión, el deseo de continuar dando afecto y apoyo, y se ha brindado a compartir con responsabilidad el problema.

Otras experiencias respecto de respuestas familiares frente a un embarazo en adolescentes muestran a la madre de la joven gestante que, sin estar de acuerdo con la conducta de su hija, les brindan sincero apoyo y hacen lo indecible para mantener un equilibrio funcional en sus hogares, ya que el padre y los hermanos varones están totalmente en contra del proceder "regalón" del sector femenino de la casa. En estos casos se trata de hogares con claros valores machistas.

Por último, existen familias, aunque son las menos, donde todos sus miembros, sin distinción de sexo y edad apoyan a la joven madre y tratan de hacer de su embarazo un suceso que vincule y a la vez reestructure la dinámica familiar. En muchas ocasiones, según afirman los miembros de estos hogares, esta nueva situación cambia totalmente la forma de ver la vida en la casa. No se habla de verlo como un ejemplo a seguir, pero sí como una oportunidad de replantearse el proyecto de vida individual y el del futuro que le queda al núcleo familiar.

De acuerdo con la experiencia universal, si la familia como grupo tiene una actitud comprensiva o al menos se cuenta con el apoyo de alguno de los padres y hermanos como personas dispuestas a dar comprensión, afecto, apoyo y con voluntad de ayuda para los comprometidos, el embarazo podrá progresar de manera normal y los factores psicosociales que incidan en perjuicio tendrán menor oportunidad de manifestarse en plenitud (Op. cit.).

Del mismo modo, por más capacitado que esté un equipo de salud para atender de manera integral el embarazo en adolescentes, se tiene que reconocer que es muy poco lo que puede lograr si no cuenta con el apoyo cotidiano de la familia de los afectados.

Por lo general, los integrantes del equipo de salud desean que las familias, cuyos hijos están comprometidos en un embarazo temprano y no deseado, cooperen y mantengan un diálogo abierto y sincero que ayude a construir la confianza necesaria, con el fin de instaurar oportunamente la metodología más adecuada y dar asistencia integral al seguimiento del embarazo. Por tanto, una buena relación con la familia o las familias es tan importante como la que se establece prioritariamente con la adolescente y su compañero, si él está dispuesto a cooperar (Dulanto, 2000).

Por otro lado, es deseable que la orientación médica a los padres se entienda como un apoyo al núcleo para que el diálogo se mantenga abierto con respeto, afecto y voluntad, de modo que la joven o la pareja sientan que pertenecen a un grupo que ofrece protección efectiva en esas circunstancias. De igual manera, el equipo de salud tiene la obligación de escuchar, entender, valorar y aceptar el enojo, la desilusión y los conflictos que el embarazo produce en los padres y en toda la familia, así como su clara o confusa desaprobación de los hechos. El grupo de salud debe ser muy hábil para tratar la relación personal con los pacientes en primera instancia y con la familia, ya que ambos son necesarios para el progreso del embarazo sin graves riesgos.

También sería benéfico que los padres y las familias como grupo aceptaran ésta crisis como una oportunidad de reflexión para encontrar la vía que les lleve a crecer y a fortalecerse como unidad. El logro de este objetivo depende en parte de la capacidad del equipo de salud para motivar a los afectados.

Por otra parte, las *repercusiones psicosociales mediatas* pueden presentarse incluso si se cuenta con un apoyo familiar bien establecido. Afectan fundamentalmente a la madre, aunque en alguna medida también tocan al compañero. Una vez establecido el embarazo, gran parte de lo que suceda dependerá de la conciencia social que tengan del problema y de las normas con que la comunidad no solamente los califique sino que los acepte. Los dos principales centros donde se ejerce presión sobre la joven embarazada son el núcleo escolar y el grupo de pares. Ya se ha señalado que, cuando los últimos son aún "hijos de familia", no suelen expresar sus propios sentimientos y calificación del suceso como algo personal, sino que revelan con sus actitudes la opinión de sus familias de origen.

Las principales consecuencias psicosociales mediatas se refieren fundamentalmente a la deserción escolar, lo cual significa menos capacitación para el trabajo con la consecuencia a largo plazo de falta de oportunidades de obtener una mejor remuneración y, en concreto, el impedimento de una mejor realización social (Op. cit).

Pese a que hay legislaciones que autorizan la asistencia de chicas embarazadas a los colegios de enseñanza media y media superior (ya sean centros coeducacionales o sólo para mujeres) la realidad es que la mayoría de las autoridades escolares en todo el continente las rechazan con argumentos verdaderamente improcedentes bajo cualquier esquema que se les analice.

Está debidamente probado que la presencia de adolescentes embarazadas en escuelas públicas o privadas jamás ha ejercido una mala influencia para las jóvenes compañeras con o sin práctica de actividad coitiva. Sin embargo, la expulsión escolar es el "castigo comunitario" que más resiente la joven embarazada por la segregación social y porque conlleva la pérdida de oportunidades de continuar con el proceso de socialización adolescente en una secuencia normal, pues se les margina del grupo de pares en las actividades deportivas, convivencias, excursiones recreativas y fiestas donde por lo general se desarrolla su mundo social. Es importante señalar que este "castigo" sólo procede contra las mujeres y nunca contra el varón responsable del embarazo, si es un compañero escolar (Dulanto, 2000).

La segregación escolar de las chicas embarazadas ha obligado a muchos médicos especialistas y a grupos laicos con mentes más positivas a crear sistemas alternativos de escolaridad para ellas, los cuales por lo general se ofrecen dentro de programas de atención a la adolescente embarazada. Las jóvenes que pueden o a las que se les permite continuar con su vida normal a pesar de su embarazo, aprenden a vivir en una socialización de "segunda", en medio de conductas de condicionamiento, culpa y señalamiento o siendo siempre sospechosas. En muchos barrios, el hostigamiento público no tiene fin y son presionadas y asediadas continuamente para convertirse en objeto sexual del grupo masculino.

Cuando la madre o la pareja adolescente no cuenta con apoyo afectuoso y estimulante durante el embarazo, se presenta la depresión que lleva al abandono de la consulta médica prenatal. Una vez que se constata esta ausencia y se llevan a cabo visitas domiciliarias, se encuentra que varios miembros de la familia padecen depresión y que la joven ha abandonado las prácticas dietéticas y de profilaxia obstétricas que le han sido recomendadas.

Para evitar la depresión y muchas de sus consecuencias, es importante que la comunidad cuente con grupos de asistencia prenatal uno de cuyos propósitos terapéuticos es el de rescatar a la joven o la pareja del proceso de devaluación y pérdida de autoestima en el que se encuentran debido a su soledad y sentimientos de culpa. Asimismo, en ésta etapa puede presentarse somatización, como un factor psicosocial que persiste a largo plazo si las condiciones psicosociales no son debidamente atendidas.

También, los varones responsables, que los hay, abandonan la escuela por presión familiar (proviene de un medio social pobre o de la clase media popular) para buscar empleo y ayudar de alguna manera a la compañera o a la familia de ella. En estos grupos sociales, el joven que embaraza adquiere las

obligaciones de un adulto y cancela su adolescencia. A pesar de todas las teorías científicas, en las áreas urbanas de las sociedades industriales, la adolescencia todavía tiene una tradición familiar y como tal se le limita.

Las *consecuencias a largo plazo* del embarazo adolescente se refieren principalmente a la vida de relación con la pareja y la familia, a las dificultades del ingreso o reingreso al campo laboral, la búsqueda de un matrimonio estable y de un adecuado desempeño social y, finalmente pero no menos importante, la relación y atención del hijo (Dulanto, 2000).

En las adolescentes embarazadas, la depresión crónica que suelen sufrir por su pérdida de estatus, de la actividad social con sus pares, del alejamiento de los amigos, de las posibilidades de triunfo (al menos a corto plazo), la experiencia del parto para muchas de ellas y, más que nada, su profunda soledad y pérdida del objeto amoroso y afectivo (el compañero), se manifiestan en diversos trastornos emocionales como estados de ansiedad, graves problemas de labilidad emocional, sentimientos de incompetencia y minusvalía, además de complejos de culpa y autodevaluación, los cuales conducen a conductas autoagresivas y destructivas y, muy ocasionalmente, al suicidio (Op. cit).

Si desde el inicio y durante todo el embarazo, la joven o la pareja presentaron diversos cuadros de angustia, ansiedad y depresión que incluso a veces produjeron somatización, debe mantenerse particular vigilancia en la etapa posterior al parto y en la lactancia para que, si estas manifestaciones continúan o reaparecen, se asigne el tratamiento psicoterapéutico adecuado con el fin de evitar que se establezcan como un proceso crónico. Los padecimientos crónicos de este tipo pueden ser más frecuentes y graves en quienes no recibieron apoyo familiar, ni de su pareja y tampoco asistencia médica prenatal. Sin embargo, también pueden presentarse en quienes sí contaron con el apoyo real de su familia y con atención médica. El efecto emocional de un embarazo no deseado en etapas tempranas de la vida es un hecho real y devastador, que no debe minimizarse como factor predisponente a un trastorno emocional en el área afectiva.

Por supuesto que, es indispensable reconocer la importancia de buenos programas asistenciales para la joven y su pareja que incluyan el tratamiento emocional durante el embarazo, los objetivos de este tipo de programas son la prevención para ulteriores etapas de la vida, el mantenimiento de la continuidad del desarrollo psicosocial concomitante a la etapa y, desde luego, mantener la homeostasis psíquica durante la gestación.

No obstante, la posibilidad de un embarazo existe igualmente para las adolescentes de los ambientes considerados como más favorecidos. Es algo menos visto, menos conocido, menos reflejado en las estadísticas. Pero ello se debe a que las familias de posición holgada poseen la facultad de disimular sus problemas ante los demás. No es extraño que se recurra al recurso de interrumpir el embarazo; y es entonces una obligación para la adolescente someterse a ello. Otras veces deja la escuela "por motivos de salud"; cuando regrese, algunos meses más tarde, habrá dejado a su hijo para que sea

adoptado. Menos espectacular, el caso de estas jóvenes es tan doloroso como el de sus semejantes de ambientes más modestos; soportan solas el peso de sus dificultades y las soluciones apuntadas por la familia tienen mucho más la finalidad de encubrir un objeto de escándalo que la de asegurar una ayuda adecuada a la adolescente en apuros (Dulanto, 2000).

Además, es cierto que las adolescentes de ambientes acomodados tienen mucho más acceso a los medios contraceptivos que las otras. Están mejor informadas, pueden procurarse la "píldora" con mayor facilidad. No es precisamente en las familias más pobres donde las madres obligan a sus hijas mayores a tomar la píldora, como se ve hacer cada día más en otros ambientes.

En consecuencia, la práctica cotidiana del quehacer médico o social contempla más a menudo a muchachas de clases menos favorecidas. Como en muchos de los problemas sociales, los pobres son los más desamparados, los más vulnerables, en comparación con los demás. "Siempre llueve sobre mojado", dicen a menudo, y es verdad, demasiada verdad. Y se ven más hundidos, más disminuidos, esos jóvenes que han entrado con "mal pie" en la vida, después de una infancia perturbada, una escolaridad simbólica, un porvenir profesional sin ninguna cualificación... (Deschamps, 1979).

A continuación se enumeran los problemas psicosociales comunes de las adolescentes embarazadas y madres:

- Pobreza.
- Educación deficiente, fracaso escolar.
- Oportunidades profesionales limitadas.
- Inestabilidad conyugal.
- Aislamiento social.
- Depresión, estrés.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Del mismo modo, también existen consecuencias psicosociales para el lactante, las cuales indican que los niños de edad escolar de las madres adolescentes muestran más problemas de conducta, obtienen puntajes más bajos en las pruebas intelectuales y es más probable que repitan un grado, también tienen más probabilidad de ser abandonados que los hijos de madres adultas de ambientes similares desde el punto de vista sociodemográfico. Datos actuales sugieren que las diferencias relacionadas con la edad en las actitudes y las conductas de crianza materna contribuyen a la mayor incidencia de problemas escolares, de conducta y emocionales de los hijos de madres adolescentes. Estudios que comparan las conductas de crianza de madres adolescentes y adultas han demostrado en forma regular que las madres adolescentes jóvenes refuerzan menos la vocalización de sus hijos y asumen un enfoque punitivo más negativo que las madres adultas.

Además, los niños que tienen la ventaja de una relación estable con sus padres o el aporte diario sustancial de otros adultos no muestran los mismos déficits intelectuales que los niños que son criados fundamentalmente por sus madres

adolescentes. Sin embargo, otra vez es importante no confundir asociación con causalidad, no está esclarecido si la presencia de un adulto maduro en el hogar ejerce un efecto directo y beneficioso sobre el desarrollo infantil o si las mismas cualidades que permiten a ciertas madres adolescentes inducir el apoyo diario de otros en su medio, también las hace más enriquecedoras como madres.

Por consiguiente, se mencionan los problemas psicosociales comunes de los hijos de madres adolescentes:

- Problemas de conducta.
- Retraso madurativo.
- Abandono.
- Fracaso escolar y retraining (Mc Anarney, 1994).

Se puede decir que los adolescentes reflejan los conflictos que caracterizan las actitudes de la sociedad. Ésta, ve como un problema físico, social y moral la actividad sexual en los adolescentes, sobretodo en la mujer. A su vez, la sociedad reconoce que el embarazo en la adolescente es aún más problemático, y algo que se debe evitar. Pero casi todos los adultos prefieren ver el problema como algo que les pasa a los hijos de otros, o en otros países. Mientras los adultos temen tratar el tema del embarazo en adolescentes, éstos van a continuar de igual manera su negación y su falta de orientación (Barrera y colaboradores, 1998).

Por otro lado, los prestadores de servicios de salud para adolescentes deben considerar las consecuencias sociales que sufre la adolescente embarazada. Las muchachas casadas pueden sentir presión para que prueben su fecundidad, y en consecuencia se pueden embarazar sin desearlo, cuando los riesgos médicos del embarazo son demasiado altos.

Tradicionalmente, se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo, sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome, está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas, educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso hasta muchos años después del embarazo. En algunos casos, las muchachas que salen embarazadas, se ven obligadas a dejar la escuela e interrumpir su educación. Esto reduce sus probabilidades de empleo futuro y produce efectos económicos permanentes. La adolescente embarazada puede sentir que es una carga económica para su familia, que probablemente no está en condiciones de mantenerla a ella y al bebé que espera.

La adolescente al embarazarse interrumpe la evolución natural de su desarrollo personal, resultando como un inductor poderoso la carencia de elementos de valor en su vida como la autoestima, la asertividad, la educación y la orientación de la familia, en el sentido de posponer el deseo de embarazarse para una edad con menos riesgos biológicos, psíquicos y sociales. La falsa

apreciación de una madurez ficticia al confundir la satisfacción de ser madre con la de ser mujer.

Las opciones sociales para la adolescente, incluyen tener un hijo fuera del matrimonio, dar al bebé para adopción y contraer matrimonio con el padre. En algunas culturas un hijo fuera del matrimonio margina a la madre socialmente, y tiene serios efectos en sus oportunidades futuras de educación y empleo, además de la responsabilidad económica del hijo.

La adopción es una práctica social aceptable pero puede originar sentimientos de culpabilidad, vergüenza, depresión, así como desaprobación familiar y social. Casarse con el padre, es probable que esa halla sido la causa del embarazo, esto es desafortunado, porque el pronóstico no es alentador para los matrimonios en estas circunstancias (Arellano, 2000).

El efecto del nivel socioeconómico de la familia de origen de la adolescente que se embaraza es un factor muy estudiado y poco entendido a la vez. La mayoría de los estudios, a nivel internacional, sugieren que la actividad sexual varía de modo inverso a los recursos económicos y educacionales de los padres y de la adolescente. La existencia de recursos bajos o limitados implica una actividad sexual temprana, mientras que la presencia de recursos altos implica un inicio más tardío de las relaciones sexuales (Barrera y colaboradores, 1998).

De este modo, los últimos tres factores: el grupo social o amistades, la religión y las características del compañero, pueden ser vistos como influencias externas sobre la adolescente que pueden tener o no un efecto importante, según el caso o grupo que se estudia. Han sido pocos los estudios que mencionan el efecto del grupo social al que pertenece la adolescente, y los que sí lo han investigado tienen problemas metodológicos que hacen dudosas sus conclusiones. Como la adolescente está en una etapa de mucha sensibilidad a las normas del grupo, debe haber una influencia importante de las normas de conducta de éste sobre la conducta de la adolescente (Barrera y colaboradores, 1998).

Es bien sabido que las repercusiones sociales de un embarazo en la adolescencia varían de acuerdo con la cultura, la educación, el nivel escolar, el grado de desarrollo socioeconómico y las diferentes legislaciones que hay en cada país para la protección de la menor.

La intensidad con que el embarazo incida en la vida de la adolescente depende de la aceptación o el rechazo que reciba, de acuerdo con la cultura y tradición del grupo social al que pertenece, de si hay o no apoyo e involucramiento familiar para la afectada. Indiscutiblemente, la familia es el factor que puede orientar el futuro en una forma positiva o permitir que éste no tenga ya sentido para la joven. En otras palabras, las posibilidades de éxito social de los jóvenes involucrados en el embarazo se encuentran en las conductas de protección inteligente de los padres con los hijos, así como en las actitudes de responsabilidad que les ayuden a asumir para resolver su problema con creatividad y voluntad personal, no invalidándolos.

En comunidades menos complicadas que las grandes metrópolis en que gran parte de la población habita, las madres adolescentes viven calvarios que les cobran, con creces, "la falla" de juventud. La poca comprensión que se les tiene las convierte en el chivo expiatorio de sociedades puritanas que, con base en una concepción equivocada de preceptos religiosos, constantemente la señalan y estigmatizan como ejemplo de desvergüenza y pecado y, por tanto, indignas de cualquier clase de ayuda. Esta reacción contrasta notablemente con la permisiva naturalidad y la poca importancia que se otorga al suceso en las modernas megalópolis. En muchos casos, esta actitud no responde a una más elevada religiosidad y conciencia social de los habitantes, sino a que es tanta la deshumanización de la vida en las grandes ciudades que pocos se detienen a valorar este tipo de acontecimientos.

Por otro lado, en el medio marginado la embarazada tiene una aceptación social mucho más digna y humana, pues es vista y considerada con mayor respeto por el grupo que, en la mayoría de los casos, acaba por aceptar al hijo como un miembro más del clan.

Ante la comunidad masculina, por último, este percance es pasado por alto, por lo que la joven encuentra compañero y ella puede incorporarse sin problemas a su grupo. Sin embargo, las zonas marginadas también son más propicias para que las jóvenes que mantienen una conducta promiscua al final se conviertan en la "mujer fácil de la comuna".

Las adolescentes, o la pareja, que llegan al final del embarazo y el producto que logra sobrevivir, enfrentan el grave problema de la supervivencia juntos, pues por lo general se encuentran ante la inexperiencia materna que no le permite desarrollar su papel de manera adecuada. A esto se suma la soledad y la actitud de su propia familia ante el problema, como se mencionó antes, ya que, a estas alturas, el compañero generalmente ya se desentendió por completo de ella y del hijo. Cuando el compañero decide ser responsable (la responsabilidad en estos casos no se asume como un proyecto de matrimonio), pueden presentarse varias situaciones: que continúen la relación afectiva, pero no física, viviendo cada uno con su familia de origen, o bien, que inicien una vida en común en unión libre, y algunos, los menos, en matrimonio. Sea cual fuere el modelo vincular, todos tienen que enfrentar múltiples problemas económicos y sociales que ponen de manifiesto su incapacidad para asumir los papeles de marido y mujer, lo cual les ocasiona trastornos emocionales y afectivos individuales y, en consecuencia, afectando su incipiente relación de pareja. El malestar que causa esta situación aumenta por la presión que reciben, pues se sienten impotentes para dejar de actuar torpemente en sus papeles, a su vez, este aumento en la tensión altera y bloquea las posibilidades de convertirse, pese a todos sus esfuerzos, en adecuados padres.

La voluntad de los adolescentes para salir adelante como pareja responsable e independiente a menudo se ve derrotada por otro factor: la ausencia de empleo o poseer uno mal remunerado, lo que les impide subsistir fuera de la influencia paterna.

Por todo lo anterior, es frecuente saber que los hijos de estas parejas, desde el periodo neonatal hasta el preescolar, viven en continuo riesgo de enfermedades, accidentes y alteraciones del desarrollo psicosocial y biológico comparados con los hijos de grupos controles de matrimonios entre jóvenes maduros y con hogares en condiciones socioeconómicas estables. En la mayoría de los casos, lo cierto para estos binomios o trinomios desamparados es que, para cuando el hijo alcanza la edad preescolar la pareja como tal o como padres se encuentra ya muy deteriorada (Dulanto, 2000).

Con la revisión de los factores psicosociales, se puede afirmar que en realidad estos contribuyen de manera significativa e importante al aumento de las relaciones sexuales, y por ende a la consecuente preñez, pues es común que este fenómeno se dé en familias disfuncionales, donde impera tanto la falta de comunicación, como escasez de relaciones afectivas cercanas y cálidas, por lo que se puede encontrar en los adolescentes sensaciones de soledad y rechazo, lo que propicia la necesidad de satisfacerlas con una pareja, además, también se observa con frecuencia éste fenómeno dentro de aquellas familias de condiciones económicas precarias.

Es por ello que, seguiremos exponiendo los temas relacionados con este fenómeno para comprenderlo mejor y poderlo ligar con los temas anteriores, por eso, a continuación hablaremos de todas aquellas repercusiones psicológicas por las que atraviesan las adolescentes embarazadas.

3.3 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Con respecto a la situación psicológica de la adolescente embarazada, se puede decir que es compleja, donde se acumulan dificultades inherentes de la adolescencia, con problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo y con los problemas personales y familiares que favorecieron el embarazo (Deschamps, 1979).

El embarazo en la adolescencia puede originar problemas psicológicos de consideración especialmente entre las adolescentes solteras. Estos problemas son causados por ansiedad, malestar físico general, cambios físicos producidos por el embarazo, desaprobación social, interrupción de la educación, pérdida de ingresos en el presente y en el futuro y la incertidumbre en cuanto a atención prenatal adecuada. El padre adolescente también sufre estos problemas, debido a que adquiere en el mejor de los casos una responsabilidad no planeada. En nuestra cultura es habitual, aunque cada vez menos, que el embarazo no deseado conlleve un matrimonio posterior más o menos "forzoso".

Pero al igual que el embarazo, estos matrimonios tampoco suelen ser deseados, ya que muchas veces obedecen a presiones sociales o familiares. Dado el estado de frustración y malestar psicológico que suelen tener los cónyuges, su falta de habilidades para resolver conflictos, los problemas económicos, el

escaso conocimiento mutuo, y la falta de planeación orilla a la pareja vivir bajo el mismo techo de los padres, situación que se observó hasta en un 66% de los casos de acuerdo al estudio realizado en adolescentes embarazadas, afectando así la armonía, la comunicación y la distribución de los ingresos, además de propiciar que los familiares intervengan en su dinámica de pareja como en la educación de los hijos (Arellano, 2000).

Del mismo modo, Barrera y colaboradores (1998) refieren que son pocos los estudios que han enfocado sus esfuerzos hacia una investigación cognoscitiva de la adolescente embarazada, algunos mencionan el factor de la falta de planeación o anticipación como causa del no uso de anticonceptivos, y otros estudios hablan del riesgo que trae la actividad sexual temprana en la adolescente que no ha llegado a la etapa de operaciones formales, denominada por el psicólogo suizo J. Piaget. A estas adolescentes les es muy difícil anticipar mentalmente las consecuencias de sus acciones sexuales para que tomen decisiones que las protejieran.

Según éstos mismos autores, diversos estudios reportan un bajo nivel de escolaridad en la adolescente embarazada, lo cual indica la posibilidad de que esto se relacione con un cociente intelectual más bajo, o con problemas de aprendizaje. Estas posibilidades podrían co-variarse con el factor de una falta de expectativas educacionales, el cual sí está relacionado con el embarazo en la adolescente. Los datos de escolaridad, inteligencia y problemas de aprendizaje, serían mejor estudiados dentro de grupos estratificados en cuanto a clase socioeconómica. En otras palabras, es importante saber qué tan relevantes podrían ser estos factores independientemente de la clase social de la adolescente, tanto en lo que se refiere a conocer quién se embaraza, como en cuanto a conocer la evolución de la adolescente y de su hijo en los primeros años de su vida. Puede ser que los factores de inteligencia a los problemas de aprendizaje no distinguen entre quién se embaraza y quién no, por ser más fuertes otros predictores. Sin embargo, podrían llegar a tener importancia en la adaptación de la adolescente ya embarazada, que se enfrenta a la tarea de los cuidados del embarazo y de la crianza de un hijo.

Por otro lado, el verdadero problema lo constituye, sin duda, el embarazo no deseado en la adolescente soltera, que presenta perfiles cognitivos propios, como caso especial de embarazo no planeado (y en la actualidad, como el más frecuente). Las causas de tal embarazo son complejas, sin embargo, no cabe duda de que el proceso de liberación sexual, la mayor afluencia económica y las aumentadas facilidades materiales para mantener relaciones sexuales (apartamentos, automóviles, viajes en común, etc.), son factores importantísimos. Pero junto a ellos aparecen otros, como la baja clase social, la marginación, la escolarización insuficiente y la quiebra de la estructura familiar (Salvatierra, 1989).

Del mismo modo, el tiempo que separa el momento en que la adolescente está segura de estar encinta y la decisión que toma sobre su embarazo a menudo se caracteriza por sentimientos contradictorios y alternados de ansiedad,

depresión y euforia. Algunos psicólogos como Brecken (citado en Lutte, 1991), comprende cuatro fases: la *primera*, la certeza del embarazo acompañada por sentimientos de felicidad, de infortunio o ambivalentes, la *formulación de las soluciones posibles*: quedarse con el niño, darlo en adopción, abortar, *estudio de las ventajas e inconvenientes de cada solución* y, *por último*, la elección definitiva acompañada de reacciones emotivas. Muchos factores intervienen en esta decisión, de orden psicosocial (actitudes respecto al aborto, opinión de los otros), económico (valor del tiempo, ayudas eventuales de la familia o de instituciones) y otros factores como la edad, la religión, etc. En las reacciones emotivas de la decisión final, los proyectos que tenía cuando pensaba quedarse con el niño pesan de forma negativa.

Mc Anarney (1994) menciona, que la prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos es significativamente más alta en madres adolescentes que en la población general. En un estudio de adolescentes embarazadas y madres, se observó una incidencia de depresión del 60%, en otro estudio, el 13% de la muestra de mujeres jóvenes que habían tenido un hijo antes de los 17 años habían sido tratadas por un intento de suicidio ulterior. Debido a la existencia de datos que sugieren que las madres jóvenes que son incorporadas a programas educacionales y de apoyo posparto sufren menos síntomas depresivos que sus pares, son necesarios estudios para definir los tipos de alteraciones psicológicas presentadas por las madres adolescentes, a modo de poder instrumentar intervenciones preventivas apropiadas. Estos datos se justifican de acuerdo a lo que nosotras hemos obtenido de las pruebas aplicadas en las mujeres adolescentes y las mujeres adultas, resultados que se explicarán en la segunda parte de este proyecto de investigación, donde se observa que en realidad sí existen repercusiones psicológicas en este grupo de estudio.

Por otra parte, Zeiguer (1993) refiere que la adolescente embarazada ha sido descrita como teniendo un síndrome de fracaso: fracaso para cumplir sus funciones como adolescente, permanecer en la escuela, limitar a su familia, establecer valores equilibrados, ser capaz de ganarse la vida y tener bebés sanos. Las descripciones psicológicas de la adolescente embarazada son muy variadas y, como podría esperarse, no hay una dinámica específica para explicar los embarazos en la adolescencia, sin embargo, se ha hallado un recurrente tema de conflicto en la adolescente embarazada referido a la maternidad y a ser madre, ellas negaban o no creían que lo que habían aprendido sobre el embarazo pudiera ocurrirles. Esto parece estar conectado con una falta de apreciación cognoscitiva del propio cuerpo, sus funciones y los efectos sobre el cuerpo de actividades particulares. La adolescente embarazada alimentaba fantasías sobre ser mejor madre de lo que su madre lo había sido para ella con marcados sentimientos de disgusto e ira hacia su propia madre.

Para Salvatierra (1989), representa un fracaso educativo y suele responder una situación anormal en las relaciones familiares. La literatura psiquiátrica enumera cuatro grandes patrones psicodinámicos subyacentes:

1. Una relación alterada con la madre, con sentimientos ambivalentes entre el deseo de separación y libertad y la necesidad de dependencia.
2. Una imagen negativa del padre.
3. Experiencias emocionales negativas durante la fase de maduración sexual.
4. Problemas en el proceso de socialización en general, y concretamente una influencia específica del grupo de pares, con reacciones emocionales dirigidas a evitar la soledad y el rechazo.

La adolescente se embarca en relaciones sexuales no protegidas, en parte, por afirmarse a sí misma y para satisfacer a su compañero o compañeros y, en parte, por rechazo a la figura familiar dominante, que suele ser la madre.

El mismo autor refiere que la cognición del embarazo como estrés, depende también de las perspectivas futuras y de las consecuencias reales y percibidas. Aparte del embarazo mismo y del hijo que va a nacer, hay otros eventos estresantes: el mismo matrimonio precipitado, el abandono de la escuela y de la formación profesional, etc. Un grave estrés adicional es, naturalmente, el aborto provocado. Es esencial para evaluar y afrontar tales estreses, el apoyo social. Algunos investigadores conceden mucha importancia a lo que han llamado *sentido de permanencia*: la creencia o percepción de que hay elementos básicos de la experiencia vital que son estables y duraderos. Los componentes de ese sentido serían:

- La conciencia de *sí mismo* como algo consistente y responsable.
- La percepción de estabilidad en *relaciones interpersonales* importantes.
- La identificación de ciertos *lugares* como especiales puntos de referencia.
- La conciencia de *rutinas y conductas* establecidas en las actividades diarias.
- La admisión de *principios espirituales o religiosos* que sugieren un orden universal.

De acuerdo a Duarte (1997) las adolescentes embarazadas 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 por sus sentimientos más profundos. Es entonces que, en la adolescente, se desarrolla una infinidad de afectos marcados y potentes que van desde el rechazo total y ansiedad, no desear al bebé, hasta sentirse culpable y subestimarse al decidir abortar. 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, se esperaría la presencia de menos conflictos, que los que puede presentar la adolescente soltera que también se embaraza, sin embargo, se menciona que los conflictos dentro de la unión conyugal entre adolescentes son frecuentes, debido a la inmadurez emocional e inestabilidad económica, lo cual no está lejos de afectar la relación entre los padres adolescentes y el hijo.

Por su parte, Salvatierra (1989) refiere que las características emocionales de las adolescentes embarazadas no son homogéneas, pues depende si el

embarazo es deseado o no, si ha sido aceptado, la salud física de la adolescente, el marco social en que ocurre como: la existencia de una pareja que acepte la responsabilidad de la paternidad y brinde apoyo a la gestante, aceptación y apoyo familiar, legitimación de las relaciones y del embarazo.

Pero a pesar de lo anterior, cualquier adolescente ante la notificación del embarazo puede experimentar sentimientos ambivalentes, por una parte el deseo de la maternidad, pues la mujer desde pequeña se enfrenta muy directamente a la maternidad cuando se relaciona con sus hermanos o con las muñecas y desde entonces puede pensarse que se prepara para ser madre y por el otro lado, puede rechazar a su hijo al percibirlo como una amenaza contra su integridad, considerando que éste le causará problemas y limitaciones.

La primera reacción ante la posibilidad del embarazo en las adolescentes solteras es la negación, 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, dentro de los cuales se encuentra la depresión que puede ser leve o en casos extremos llevar al individuo al alcoholismo, farmacodependencia e incluso al suicidio (Duarte, 1997).

La situación psicológica de la adolescente embarazada es dolorosa y compleja. En ella se acumulan las dificultades que se dan habitualmente en la adolescencia, los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo, las dificultades personales o familiares que posiblemente favorecieron el advenimiento de la gestación, las que originarán ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno; la inquietud ante un porvenir que aparece sombrío, sin salida incluso, la perturbación por las graves decisiones que se han de afrontar y el vacío afectivo tan frecuente. La adolescente embarazada está, psicológica y socialmente, sola para asumir su maternidad. La ilegitimidad en sí sería poca cosa si el peso de la desconsideración que la acompaña no viniera a complicar las dificultades de la futura madre. Sería de relativa poca importancia si no se considerara a menudo obligatorio remediarla con la celebración apresurada de una boda de la que es fácil presumir su fragilidad al unir a dos jóvenes que muchas veces no saben lo que es verdaderamente el amor. Es también evidente que el matrimonio no convertirá, como por arte de magia, a la adolescente en persona adulta, ni resolverá el problema. La joven pareja, con un hijo ya, o a punto de tenerlo, se encuentra en una situación social también difícil, tanto, en muchos puntos, como de la misma adolescente soltera, pues son ahora dos soledades y dos estados de inmadurez sumados (Deschamps, 1979).

Como se ha observado, las repercusiones psicológicas durante el embarazo en las adolescentes y posparto son muy diversas y son consecuencia de múltiples factores, dentro de los cuales influye el cómo reaccionan las personas de su alrededor y el contexto social en que se encuentra, por lo que a continuación se analizará cómo se dan estas respuestas ante el embarazo de la adolescente.

3.4 RESPUESTAS HUMANAS ANTE EL EMBARAZO DE UNA ADOLESCENTE

En reiteradas ocasiones, la relación de la adolescente con su madre proyecta una gran sombra sobre los acontecimientos que preceden al embarazo. Los conflictos entre madre e hija se caracterizan por su intensidad, por la hostilidad que entrañan y por su naturaleza insoluble. Hay una notable ruptura de la comunicación verbal con la madre y, de parte de la hija, un sentimiento de aversión hacia aquélla. Cuando un clima de tal índole reina en las relaciones familiares, se adivina *a fortiori* que la revelación del embarazo a la familia sea uno de los grandes problemas de la adolescente encinta. Demora este momento tanto como le es posible y, a menudo, como se verá, hasta el mismo momento del parto. El deseo de negar el embarazo interviene en tal dilación, pero también, desde luego, el temor, el pánico a hablar con los padres, el presentimiento de las reacciones violentas que sin duda acarreará la "confesión" de su estado (Deschamps, 1979).

Por otro lado, la maternidad sin duda alguna plantea graves problemas a las adolescentes y todavía más porque habitualmente no se casan y viven con su familia de origen. La maternidad puede ser considerada como una crisis de desarrollo que presenta aspectos difíciles pero también alegrías y ventajas y que puede convertirse en la ocasión de un crecimiento psíquico y social. El hecho de tener un hijo presenta, en efecto, unas ventajas de tipo emotivo (sentimiento de felicidad, amor, fin de la soledad) y evolutivo (mayor sentido de responsabilidad y madurez, sentimiento de competencia para criar al niño, convicción de ser útil para otro, reconocimiento del estatuto adulto por parte de los otros). Las madres adolescentes deben reorientar toda su vida y asumir unas responsabilidades de adulto (Lutte, 1991).

No obstante, hay pocos estudios sobre los padres adolescentes. A menudo son irresponsables y dejan a la madre todo el peso de educación del hijo. La mística moderna de la maternidad, el rol dominante del varón, la falta de sanciones sociales para los muchachos responsables de un embarazo explican al menos en parte su falta de interés hacia la madre y el hijo. Pero también es el paro el que hace más difícil asumir la tarea de padre. Una parte de los jóvenes padres continúan manteniendo contacto con la madre y el hijo, al menos en los primeros tiempos después del nacimiento, y algunos les garantizan un apoyo emotivo y financiero (Op. cit.).

De la misma forma, las actitudes que los adolescentes toman ante el embarazo y ante la maternidad divergen, de acuerdo a la etapa de la adolescencia en la que se encuentran, a saber:

- *Adolescencia temprana:* en esta etapa la adolescente se encuentra estrechamente ligada a su madre, esto es, aún mantiene como principal prioridad sus propias necesidades, está tan preocupada por ello que no es capaz de pensar en el embarazo como un hecho que culminará

transformándola en madre. Por otro lado, es bastante característico que las madres adolescentes sean incapaces de dibujar un bebé de aspecto realista, y constantemente el tema provoca reacciones de depresión y aislamiento, algo sumamente importante es que el padre está totalmente ausente de los planes de la madre.

- *Adolescencia media:* hay una dramatización de la experiencia corporal y emocional. Por medio del feto, la adolescente puede afirmar su independencia de los padres, así pues hay una ambivalencia de orgullo y culpa. Esta ambivalencia también se ve reflejada durante la maternidad, pues desarrollan fantasías en las que idealizan el futuro (la madre perfecta y el hijo amoroso), pero también se desesperan por la percepción de las responsabilidades que se avecinan. En esta etapa ya se considera al hombre aunque solamente como una esperanza en el futuro, pero ya es tomado en cuenta.
- *Adolescencia tardía:* durante ésta hay una mejor aceptación ante el impacto causado por la realidad, es decir, se acepta el embarazo, e incluso, se planifica con base al mismo. Para este momento, la adolescente ya es capaz de desarrollar sentimientos maternos y protectores, de la misma manera, es muy frecuente la búsqueda de afecto y compromiso por parte del hombre, y su establecimiento como futuro compañero (Bazán, 1998).

Respecto a la actitud de la familia, tanto si el embarazo es anunciado por la misma adolescente o por una amistad, como si es adivinado por el padre o la madre, es raro que la reacción sea de comprensión y de ayuda afectuosa. Lo que primero acude al ánimo de los padres no es tanto qué ocurre con su hija sino qué va a ocurrirles a ellos: ¿Por qué nos has hecho esto?, "Vas a ser nuestra vergüenza en el barrio", etc. Esta herida paterna profunda da lugar enseguida, a severos e irracionales reproches: ¿es que no nos quieres?, "No eres más que una loca", enojo comprensible quizá, esperada por la futura madre, pero dura e inmerecida para ésta que, encontrándose sola para asumir su conflicto, se ve cargada con una pesada culpabilidad. A veces, la revelación del embarazo, da lugar a un violento enfrentamiento entre los mismos padres y en ocasiones, la madre, en complicidad con su hija, disimulan temporalmente el estado de ésta, para evitar la confrontación y el enojo paterno (Deschamps, 1979).

Tal vez el estudio en donde se haya hecho un esfuerzo más estructurado de observar los efectos del embarazo de la adolescente en la familia, es el realizado por Furstenberg (citado por Barrera y colaboradores, 1998), en la Philadelphia Child Guidance Clinic; en el cual, se lograron juntar 15 familias de diversos orígenes étnicos (9 familias negras, 3 blancas y 3 de origen latino), pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo. Estas familias fueron entrevistadas en el último trimestre del embarazo y en los primeros meses posparto. Se observó que en cuanto al estatus de la adolescente, en la mayor parte de las familias se elevó. En general se le respetó más y fue tratada "menos como niña y más como mujer". Al mismo tiempo que el embarazo trajo

más responsabilidades a la chica, se le dio más reconocimiento por parte de los hermanos y de los padres por haber producido un objeto precioso: el bebé. Por otro lado, e independientemente de las cargas impuestas en diversos miembros de la familia, el niño fue estimado por todos. En muchas ocasiones el nacimiento del bebé sirvió para solidificar a una familia que estaba experimentando conflictos o estaba a punto de disolverse. Algunas veces el bebé sirvió como un reemplazo para un miembro familiar que recientemente se había ido de la casa. En otras ocasiones, la venida del bebé restauró el lugar de la abuela en la familia al llenar un lugar que recientemente había quedado vacío. En varias familias las abuelas reportaron haber experimentado un efecto rejuvenecedor con el niño; también varios abuelos volvieron a involucrarse más en la familia, varias parejas reportaron que sus relaciones maritales mejoraron, pues el bebé los había acercado. Los hermanos reportaron que el clima familiar mejoró después del nacimiento del bebé. Cabe mencionar que por lo pequeño de la muestra y el país en el que se realizó, no se pueden hacer generalizaciones, solamente se mencionó como un antecedente en este tipo de investigaciones y las conclusiones a las cuales llegaron.

Por su parte, Dulanto (2000), hace énfasis en las actitudes de las jóvenes ante su embarazo, menciona que la actitud de la embarazada está estrechamente ligada al desarrollo psicoafectivo alcanzado hasta el momento de recibir el diagnóstico de embarazo. Esta actitud tiene que ver con el nivel socioeconómico y desde luego con la formación personal que en su familia se le ha dado. En muchos de los estudios que se han realizado para conocer dicha actitud, se rescata el hecho de que esta no ha de depender sólo de la edad cronológica y la subetapa de la adolescencia en que se encuentran, sino esencialmente de la madurez emocional alcanzada, y en esto cuentan además los valores relacionados con la cultura, moral y religión que estas jóvenes han internalizado. A continuación se presentan ciertas modalidades en común en todas ellas, en forma de clasificación de acuerdo a las subetapas de la adolescencia.

En la *adolescencia temprana* se presenta una incidencia más alta de trastornos emocionales y negación patológica, la preocupación de la adolescente se centra en la transformación de su cuerpo y la separación de su madre, pues todavía se siente dependiente de ella. Respecto a la *adolescencia media*, es característico la marcada competencia con la madre y es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo: de la depresión (se siente aislada, rechazada, no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida, popular). El embarazo por consecuencia, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brinda madurez. En la *adolescencia tardía*, absorbida por el tema de las relaciones interpersonales, con frecuencia el embarazo es un intento por consolidar la intimidad y de atar al novio, es la etapa de la consolidación de la identidad y para algunos adolescentes eso se logra con la integración en el papel de la madre joven, estrechamente ligado a factores culturales.

El mismo autor refiere que hay dos tipos de actitudes respecto de la maternidad: la primera es la actitud de los adultos respecto de sus hijos

(paternidad o maternidad), y la segunda, la actitud de los jóvenes frente a su nuevo papel. Con frecuencia, la mortificación que produce a los adultos el saber que su hija está embarazada es tan grande que, en lo inmediato, no queda espacio para la reflexión sobre este acontecer. Hay acciones, las más de las veces, fruto de la desesperación, frustración y desilusión por ambas partes y muchas de las respuestas de ayuda a la joven o los jóvenes, cuando ocurren, están teñidas de un sinnúmero de mezclas de encontrados sentimientos que confunden más la relación entre adultos y menores. Existe poca calma para el diálogo, por lo que no se dan generalmente respuestas inteligentes en la cual se encuentre una alternativa de solución adecuada a la familia, el culto al machismo es un valor común en América (en éste también se incluye a Estados Unidos, sólo que con otros tintes) y continúa siendo frecuente que el padre de la casa culpe a la madre del embarazo de la hija.

Ahora bien, la actitud y respuestas de la sociedad son de suma importancia en este proceso, aparentemente, la sociedad se ha convertido en muy tolerante, con respecto a las madres solteras, en las actitudes y reglamentaciones que proclaman los derechos de las madres solteras y de sus hijos, en el aumento de formas de ayudas institucionales, esta tolerancia contrasta hasta cierto punto con las dificultades con que se topa en las familias. Pero esto no es más que una apariencia, en realidad hay un rechazo general de la adolescente embarazada o de la madre soltera. Rechazo de la familia, de la escuela, exclusión global, no siempre expresada francamente y por ello más insidiosa, que mantiene al mismo tiempo una fachada de honorabilidad para dar sentimiento de buena conciencia o pasar inadvertida (Deschamps, 1979).

Consciente o inconscientemente, deliberadamente o por impotencia, se dan alas a una mayor libertad sexual de los jóvenes, pero la sociedad permanece o vuelve a ser repentinamente moralizadora y represiva frente a las consecuencias de esa libertad. Achacar la culpabilidad y la responsabilidad a la adolescente evita a los adultos el preguntarse por su propia responsabilidad y culpabilidad. El rechazo es la reacción más cómoda, la más fácil: se pone una etiqueta, de extravío o de delincuencia, a fin de no ver que se trata de un problema más general. Recuerda que residen en nosotros deseos inconfesados que ella tiene la audacia de hacer realidad, después de pregonarlos. Esto es lo que cada miembro de la sociedad quiere ignorar huyendo de la madre soltera. Al condenar a la joven embarazada, se defiende a la sociedad y sus instituciones, se defiende la familia, se defiende uno mismo (Op. cit.).

En conclusión, son muchas y muy variadas las reacciones y respuestas del ser humano ante este evento, pero, lo que más nos importa en esta investigación, es qué siente y piensa la adolescente cuando ya tiene a su hijo entre sus brazos y cómo se establece esta relación materno-infantil, por lo que hablaremos ampliamente de este aspecto en el siguiente punto.

3.5 EL POSPARTO Y EL VÍNCULO MADRE-HIJO

La maternidad es un tema que despierta apasionadas polémicas, pues, por un lado, la sociedad idealiza la maternidad y, por el otro, de formas contradictoria y simultánea, desvaloriza a la madre al considerar la entrega maternal como instintiva y natural, por tanto, sin mérito alguno. El nacimiento se tiende a considerar como un hecho natural e instintivo, pero entre los seres humanos no es posible hablar de instinto (con un curso, objeto y finalidad predeterminados), sino de "pulsiones" que, con soporte en lo biológico, adoptan diferentes formas, desarrollos y fines según la historia individual y la sociedad en que se está inmerso. Si ser madre fuera instintivo, entonces no existirían mujeres que abortan, abandonan o maltratan a los hijos. Los sentimientos de la madre frente al hijo dependen no sólo de sus motivaciones personales, sino también de los valores que respecto de la maternidad tenga la sociedad en general. Rechazar la existencia del instinto y considerar que el amor maternal es un sentimiento como otros, lleno de imperfecciones y ambivalencias, permite ayudar a la mujer a ser madre, mejorando las condiciones en que llega a la maternidad (Dulanto, 2000).

Sin embargo, cuando la adolescente se embaraza sin haberlo buscado de manera consciente o intencional, la maternidad se convierte en algo más cercano al castigo que a la satisfacción de necesidades personales. La inestabilidad emocional propia del momento evolutivo de la adolescente se origina de circunstancias sociales, familiares y personales. Por otra parte, el hijo es una persona concreta en la que puede materializarse esa inestabilidad. Frente al hijo se establecen sentimientos de ternura y una dedicación que tienen mucho que ver con la posesión de algo propio, alguien a quien amar, pero la madre también puede tener la sensación de que su hijo constituye una carga demasiado pesada para el logro de sus proyectos personales, por lo que el amor, el enojo, el interés y la indiferencia matizan peligrosamente la relación directa con el bebé (Op. cit.).

La actitud maternal, en ocasión del primer contacto con el hijo, es siempre vivamente experimentada, a veces de forma casi caricaturesca, pero nunca indiferente. Algunas adolescentes, las que habían aceptado su embarazo más a disgusto, manifiestan un rechazo muy vehemente, acusando además al niño de haberlas hecho sufrir y rehusando verle y tocarle. Otras expresan su decepción de que el niño no sea como lo habían imaginado; un chico, cuando ya tenían elegido un nombre de niña; un pequeño ser con la piel arrugada y manchada de sangre, cuando habían imaginado un hermoso bebé que tratarían como un muñeco y por él recibirían mil felicitaciones; no se piensa, a los 15 años, que el niño que nace pueda tener un aspecto ingrato, y muchas adolescentes no están preparadas para ello (Deschamps, 1979).

No obstante, la mayoría de las jóvenes madres acogen con alegría desbordante a su hijo recién nacido, repentinamente alentadas por su maternidad y ya no culpabilizadas por su embarazo, descubren por fin un ser a quien amar. El

comportamiento del personal que rodea a la madre en el momento del nacimiento puede influir mucho a favor de la apertura del sentimiento maternal. De estos momentos puede depender todo el futuro de la relación madre-hijo. Ahora bien, la lactancia materna, ¿es deseable en el caso de una adolescente?. La respuesta es ante todo de orden psicológico, pues según los expertos no hay obstáculo alguno para no amamantar al bebé, pero la adolescente puede abrumarse y sentir dependencia del niño hacia ella, cuando la adolescente aún es dependiente también (Op. cit.).

En el caso de que la adolescente que se embaraza en un inicio de la gestación deseaba abortar o bien cuando decide continuar con su gestación, tal vez su 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, presenta 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 la población con problemas sociales graves (Duarte, 1997).

Por otra parte, Dulanto (2000), menciona que la soledad es el problema de la mayoría de las madres adolescentes atendidas durante su embarazo, parto y posparto. Esto se ubica en el centro de la cuestión: la mayor angustia de la adolescente es sentirse sola y tratar de comprender lo cambiante y contradictorio de sus propios deseos, pensamientos y acciones. Generalmente las adolescentes en el posparto, se sienten solas, enojadas y tristes, el hijo es lo único que tienen y si lo tienen es porque tuvieron el valor de hacer, pese a todo, un espacio para el amor y para su bebé. La meta que se proponen estas adolescentes es hacer de mamá, pero crecer significa ser y no sólo hacer. En consecuencia, la tarea consiste en encontrar un punto de enlace entre lo que son (ni niñas ni adultas) y lo que desean llegar a ser (buenas madres). Un bebé nace sin preguntas propias, cuando los responsables de su crianza están empezando a conocerse o bien no han podido mínimamente conocerse, el hijo es ubicado fácilmente como el activador de miedos, dudas, reproches y anhelos de los que no es responsable ni podrá darse cuenta. Básicamente, ésta es la clase de vínculo que hay entre las adolescentes y sus hijos al inicio, posteriormente, el hijo deja de ser el depositario de las dudas personales de la madre y sacan a la luz sus propias expectativas.

Sin embargo, se espera de la adolescente que ame a su hijo con un amor sin fallos, que se ocupe de él de forma ejemplar, se le llegará a dar lo materialmente necesario para ser una buena madre, y es preciso que lo sea: es el precio que fija la sociedad como reparación de lo que considerará siempre como una falta. Pero, ¿qué es amar a un hijo, para una madre adolescente? Más de una vez uno estaría tentado de afirmar que la adolescente no quiere a su hijo y que no ha sabido establecer con él ningún lazo afectivo. Ello sería olvidar que se trata de una adolescente, y olvidar también que el vínculo madre-hijo sólo se estructura progresivamente y, a veces, al precio de

dificultades reales por parte de aquellas que son las más frágiles, ya sea por sus características personales, ya sea en razón de las circunstancias desfavorables que han marcado la gestación y el nacimiento del niño. Sería también olvidar que algunas adolescentes no han conocido, en su infancia, la más pequeña prueba de ternura y que experimentan, de forma comprensible, grandes dificultades en dar lo que ellas mismas no han recibido jamás, finalmente lo que hay que entender, es que ella es primeramente adolescente (Deschamps, 1979).

En resumen, la adolescente es, desde luego, capaz de tener un hijo, pero su embarazo y la subsiguiente maternidad la sumergen las más de las veces en un gran desamparo. El niño que viene al mundo parece penalizado por adelantado a un riesgo mayor de ver turbados su desarrollo y su ulterior adaptación social. La joven madre, sea porque su ambiente no se lo permite, sea porque ella misma carece de capacidad afectiva, difícilmente llega a comportarse como madre y, si lo hace, es frecuente que sea en detrimento de su adolescencia y a cambio de hipotecar, a largo plazo, su porvenir de mujer.

La maternidad, en la adolescente, raramente adquiere el aspecto de una vida compartida, de un acto de amor. Por ello existe la tentación de considerar la maternidad de la adolescente como algo negativo, peligroso e indeseable. Lo cierto es que algo no marcha bien en el funcionamiento social, en las relaciones entre los hombres, y que de ahí se deriva que el embarazo adolescente sea muy a menudo un fracaso ¿Inadaptación? Quizá, a condición de no imaginarla unilateralmente, como una manifestación de desvío de un mundo bien organizado y satisfecho de sí mismo. No puede haber ni una solución buena ni una única solución, si no se presta atención a los datos básicos del problema, ya que la maternidad de la adolescente es un signo, una llamada de los jóvenes a los adultos para una mayor disponibilidad, para más afecto y comunicación.

Es por ello que nuestra propuesta de intervención es con orientación cognitivo-conductual, ya que es más objetiva y rápida en sus resultados, y lo que necesitan las jóvenes madres es un apoyo inmediato y respuestas a corto plazo que les permitan establecer un pronto equilibrio en sus vidas, por lo que el capítulo siguiente está dedicado a explicar ampliamente qué es la terapia cognitivo-conductual, sus técnicas y sus objetivos específicos.

CAPITULO 4. ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Se me borró el tiempo, ya no miro las estrellas,
 mi vista sin esperanza traspasa el horizonte y tengo frío;
 afuera, dicen, hay un calor que quema,
 pero mi frío es de soledad, de desarraigo.
 Estoy tan lejos de personas que me querían y que me escuchaban.

Velia (citada en Arellano, 2000)

Como ya se mencionó anteriormente, los adolescentes necesitan una respuesta rápida y a corto plazo, debido a las características que éstos poseen a consecuencia del proceso evolutivo por el que atraviesan, de esta manera el enfoque cognitivo conductual nos permite establecer metas a corto plazo y evaluar resultados breve y objetivamente.

La terapia de conducta (TC), es un término que emplearemos de forma sinónima al de modificación de conducta. La terapia de conducta contemporánea refleja una combinación de procedimientos verbales y de acción, el empleo de métodos multidimensionales en vez de abordajes únicos, una atención cada vez mayor en la responsabilidad del cliente y en la del terapeuta, un énfasis en los determinantes actuales más que en los históricos, un respeto hacia los datos y una prudente disposición a ir más allá de los límites restringidos del condicionamiento tradicional o incluso de la teoría del aprendizaje E-R, para obtener su base de datos. La terapia de conducta es un enfoque de solución de problemas, en el que se entremezclan la evaluación y la intervención para generar valoraciones continuas del progreso (Caballo, 1998).

Se considera que métodos como la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia multimodal de Lazarus y la terapia cognitiva de Beck caen dentro de la órbita de la terapia de conducta sólo cuando se utilizan para generar una estrategia conductual de investigación. En este enfoque son las técnicas las que producen el cambio y la terapia de conducta posee muchas técnicas efectivas que lo acreditan, entre ellas las más conocidas incluyen el ensayo de conducta, la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el reforzamiento por fichas, el establecimiento de contratos, el modelado y una variedad de procedimientos cognitivos y de autocontrol. Sin embargo, a pesar de que queda claro que hoy día la terapia de conducta como enfoque, es aplicable a todas las clases de trastornos, de individuos, de situaciones o lugares, esto no significa que esté garantizado el éxito, aunque puede ser un excelente tratamiento de elección para el autismo, no puede considerarse de ninguna manera, como un remedio total (Op. cit.).

Por otra parte, "la terapia de conducta implica, principalmente, la aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología experimental y social, para el alivio del sufrimiento de las personas y el progreso del funcionamiento humano. La terapia de conducta pone el énfasis en una

valoración sistemática de la efectividad de estas aplicaciones, implica el cambio ambiental y la interacción social, más que la alteración directa de los procesos corporales por medio de procedimientos biológicos. El objetivo es, esencialmente educativo. Las técnicas facilitan un mayor autocontrol. En la aplicación de la terapia de conducta, normalmente se negocia un acuerdo contractual en el que se especifican procedimientos y objetivos mutuamente agradables. Aquellos que emplean los enfoques conductuales de modo responsable se guían por principios éticos ampliamente aceptados" (Caballo, 1998, pág. 13).

De modo que, un hábito es una manera uniforme de responder ante situaciones/estímulo bien definidas. Por lo común, el hábito declina –sufre extinción– cuando sus consecuencias dejan de ser adaptativas, es decir, cuando deja de satisfacer las necesidades del organismo o de evitar el daño, el dolor o la fatiga. Por diversas razones, algunos hábitos no adaptativos no se extinguen y llegan a convertirse en problemas terapéuticos. La terapia de la conducta consiste en aplicar principios establecidos experimentalmente a la superación de estos hábitos no adaptativos persistentes, escudriñando, si es necesario, toda la gama de las ciencias de la conducta para obtener los principios pertinentes. Aunque el terapeuta moderno de la conducta deliberadamente aplica los principios del aprendizaje a sus operaciones, las prescripciones terapéuticas para cambiar la conducta son quizá tan viejas como la civilización – si consideramos que ésta se inició cuando el hombre empezó a hacer cosas para mejorar el bienestar de otros hombres. Desde el momento en que ésta se convirtió en característica de la vida humana, debe haber habido ocasiones en las que el hombre se quejaba de sus males ante otro hombre, quien le aconsejaba o lo persuadía de seguir una conducta determinada. Esto puede ser considerado como una terapia de la conducta, siempre que la conducta misma sea concebida como el agente terapéutico (Wolpe, 1981).

Las formas clásicas de sugestión están diseñadas para sustituir una conducta indeseable por una deseable mediante la prescripción verbal directa. Según se concibe actualmente, cuando esto funciona es porque la nueva conducta (respuesta) compite con la vieja, y si domina, inhibe a la última. El terapeuta del siglo XIX tenía algunas guías empíricas para sus técnicas, pero cada sesión terapéutica era un experimento cuyo resultado no podía predecirse. Con el tiempo, conforme los estudios de la conducta normal, realizados principalmente en el laboratorio, fueron revelando cada vez más hechos acerca de los factores que determinan la adquisición, la provocación, el mantenimiento y la disminución de los hábitos, una parte de estos conocimientos se prestaron para la formulación de hipótesis destinadas a explicar las características especiales de ciertos tipos de conducta anormal. Posteriormente, algunas de estas hipótesis, al ser sometidas a prueba mediante la observación, fueron comprobadas y adquirieron por ello una categoría científica (Caballo, 1998).

Existen tres grupos de terapias de modificación de la conducta. El primero engloba a aquellas fundadas en el condicionamiento clásico. Entre ellas destacó durante un tiempo la llamada desensibilización sistemática imaginada, que

consiste en sugerirle al paciente que imagine la vivencia de situaciones que le producen ansiedad mientras permanece en estado de relajación. Hoy se utiliza más la llamada exposición, que consiste en que el paciente se enfrente a las situaciones ansiógenas sin acudir a la relajación, para que llegue a habituarse a estos estímulos negativos hasta eliminar la ansiedad.

El siguiente grupo reúne las terapias basadas en el condicionamiento operante. La más destacada es el biofeedback. Se trata de registrar mediante un aparato las variables fisiológicas propias de una situación ansiosa o estresante (ritmo cardiaco, temperatura cutánea, conductancia electrodérmica, tono muscular...). Los valores se reproducen en forma de sonidos o señales luminosas reconocibles por el paciente, que aprende a reconocer sus síntomas y afrontarlos con ayuda del terapeuta. Un último grupo de tratamientos se enmarca en el capítulo de terapias cognitivas, de las cuales la más importante es la reestructuración, que pretende cambiar la manera de interpretar la realidad del paciente. Es decir, que conozca sus pensamientos negativos y los transforme en positivos. Para ello se usan técnicas como imaginar situaciones reales desagradables, juegos de roles para simular situaciones ansiógenas, la introducción de cambios de humor deliberados durante el relato de una situación dolorosa... Otros métodos cognitivos incluyen la técnica de detención del pensamiento, que pretende entrenar al paciente a detener pensamientos automáticos negativos antes de que le hagan daño; la visualización, es decir, la elaboración de imágenes sugestivas que puedan producir un efecto positivo para combatir ansiedades o dolores, o las terapias de autocontrol de estímulos (Alcalde y Coperías, 1998).

Para evitar cualquier definición confusa y rigurosa, iniciaremos analizando este punto a continuación.

4.1 DEFINICIÓN

La modificación de la conducta y la terapia conductual son enfoques psicoterapéuticos basados en la teoría del aprendizaje. Así como, hoy en día no puede hablarse de la existencia de una sola psicoterapia dada la diversidad de métodos y principios existentes, será mejor hablar de las terapias del comportamiento. Uno de los aspectos más distintivos del enfoque conductista es su énfasis en la conducta operante, observable y medible.

Es importante notar que dentro del movimiento conductista existen autores considerados como radicales, encabezados por B. F. Skinner que niegan cualquier posibilidad de que el comportamiento humano esté en alguna medida, por mínima que sea, gobernado por libre albedrío y selección (Alvarez-Gayou, 1986).

De acuerdo con Wolpe (1981), la terapia de la conducta tuvo su origen conceptual en 1920, en el famoso experimento de Watson y Rayner con el pequeño Alberto. La diversidad de enfoques conductuales a la terapia hace casi

imposible obtener una definición satisfactoria. Algunas dependen en gran medida de la terminología del condicionamiento operante. Otras se expresan en el estilo del condicionamiento clásico. Incluso en otras el énfasis se sitúa en los principios generales del aprendizaje o bien, tienen notables visos cognoscitivos. Ante esta diversidad, Goldfried y Davison (citados en Phares, 1996) se vieron impulsados a comentar: que la terapia conductual se puede interpretar de manera más apropiada como el reflejo de una orientación general al trabajo clínico que se alinea en términos filosóficos con un enfoque experimental al estudio de la conducta humana. La suposición básica de esta orientación particular es que las conductas problemáticas que se observan dentro del entorno clínico pueden comprenderse de mejor manera a la luz de aquellos principios derivados de una amplia variedad de experimentación psicológica y que estos principios poseen implicaciones para el cambio conductual dentro del entorno clínico. De tal manera que, el enfoque conductual se relaciona con: 1) un énfasis científico y 2) una falta de interés en el papel de las variables inferidas. Es probable que los conductistas encuentran sus orígenes en la "ciencia" de Skinner y Pavlov más que en el "mentalismo" de Freud. La atención se coloca en estímulos y respuestas más que en las variables que se supone los median.

Es importante señalar que el "mentalismo" del psicoanálisis o de otros enfoques psicodinámicos no es igual a los conceptos sobre los "procesos cognoscitivos" que se emplean hoy día (Phares, 1996).

La terapia conductual se caracteriza por cuatro elementos: (1) se enfoca al comportamiento evidente y específico, (2) precisa con claridad las metas terapéuticas, (3) formula los procedimientos específicos para abordar determinados problemas y (4) evalúa en forma objetiva los resultados de la terapia. En esencia, esta terapia tiende a que el consultante adquiera un nuevo comportamiento eliminando la conducta insatisfactoria y reforzando a la vez, el sostenimiento de la nueva pauta comportamental (Alvarez-Gayou, 1986).

La meta general de la terapia conductual es crear nuevas condiciones para que se dé el aprendizaje. Este hecho es fundamental en la teoría de que todo comportamiento es aprendido y por tanto puede "desaprenderse" y aprenderse uno nuevo (Op. cit.).

Puede decirse que ha ocurrido un aprendizaje si una respuesta ha sido evocada en contigüidad temporal con un estímulo sensorial dado, y cuando se encuentra posteriormente que el estímulo puede evocar la respuesta aunque no pudiera hacerlo antes. Si antes el estímulo podía evocar la respuesta, pero posteriormente la evoca con más fuerza, entonces también puede decirse que ha ocurrido aprendizaje (Wolpe, 1981).

La terapia cognitivo-conductual se ha cuestionado el aspecto del control tal y como existe en la relación terapéutica. Los terapeutas cognitivo-conductuales empiezan asumiendo que los clientes acuden a consulta por su incapacidad para manejar las dificultades que encuentran en sus vidas cotidianas y solicitan

ayuda y dirección para resolver estos problemas. En consecuencia, la orientación conductual proporciona una atmósfera clínica que garantiza la guía y dirección terapéutica (Goldfried, 1996).

De modo que, los terapeutas conductuales, como los terapeutas de otras orientaciones teóricas, siempre han sido conscientes de la necesidad de ayudar a los clientes a manejar sus propias vidas (Op. cit.).

Las características más sobresalientes de los terapeutas de conducta son:

1. Un énfasis en los determinantes actuales de la conducta, en vez de en los determinantes históricos.
2. Un énfasis en el cambio de la conducta manifiesta como el principal criterio por el que se evalúa el tratamiento.
3. Especificación del tratamiento en términos objetivos, de modo que pueda ser posible la réplica del mismo.
4. Confianza en la investigación básica en psicología, con el fin de generar hipótesis generales sobre el tratamiento y las técnicas terapéuticas específicas.
5. Especificidad en las definiciones y explicaciones, en el tratamiento y en la medición (Caballo, 1998).

La característica fundamental de la terapia de la conducta está en la autoridad que le da al terapeuta, tanto en el planteamiento general de su campaña terapéutica como en la modificación de sus detalles conforme avanza. Cuando una maniobra particular no logra el cambio, se ensayará otra que, como su predecesora, es lógicamente deducible de un principio establecido experimentalmente; a veces el mismo principio, a veces otro. Cuando hay señales de que una maniobra está inhibiendo las respuestas de ansiedad ante situaciones/estímulo dadas, esa maniobra es empleada sistemáticamente para destruir el potencial provocador de la respuesta de ansiedad que tienen esas situaciones/estímulo (Wolpe, 1981).

De manera que, los procedimientos de la terapia de la conducta tienen efectos adicionales además de los efectos de relación que son comunes a todas las formas de psicoterapia. De modo que la práctica de la terapia de la conducta puede verse como un medio "de dos cañones" para aliviar el síntoma (conducta respuesta) neurótico. Estudios estadísticos de los efectos de la terapia de la conducta, que han sido realizados por terapeutas competentes, han mostrado que puede esperarse casi un 90% de recuperación o de mejoría notable entre los pacientes que han recibido suficiente exposición a los métodos conductuales. Por consiguiente, es preciso mencionar que la terapia de la conducta es efectiva en todas las neurosis y no sólo con las fobias unitarias (Op. cit.).

En conjunto, hay razones para confiar en la práctica de la terapia de la conducta, pues está basada en la biología y sus principios y aplicaciones son

determinados por las reglas que la rigen. Sus resultados clínicos son alentadores y todavía está en la infancia (Op. cit.).

El terapeuta de la conducta asume una especie de omnipotencia al pedir el consentimiento total del paciente para aplicar sus métodos, lo cual lo despoja de su dignidad humana (Wolpe, 1981).

Cuando se usan técnicas comportamentales, el papel del terapeuta es el de un maestro, director o experto que diagnostica comportamientos que hacen sentirse mal o insatisfecho al consultante y prescribe procedimientos tendientes a producir un comportamiento nuevo y más satisfactorio (Alvarez-Gayou, 1986).

Como ya se mencionó anteriormente, la terapia de conducta ha sido empleada para el manejo de la propia vida del paciente, no obstante, estudios más profundos han permitido aplicarla en la modificación de situaciones causantes de ansiedad, depresión, fobias, etc., es por ello que, englobando las definiciones anteriores, tenemos que la terapia de conducta es la técnica de intervención psicológica que nos ayuda a modificar todas aquellas situaciones que no nos agradan e intentamos mejorar.

Después de haber conocido el concepto de la terapia cognitivo conductual, así como sus aplicaciones, en el siguiente apartado continuaremos explicando cómo se lleva a cabo la evaluación conductual, qué implica este proceso, así como la manera en que el terapeuta debe aplicar el método para obtener resultados positivos y evaluar adecuadamente al sujeto de estudio.

4.2 EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL

La evaluación conductual cubre la recopilación sistemática y continua de datos a base de las conductas blanco que se van proponiendo y de las condiciones ambientales controladas. En contraposición a lo que ocurre cuando se imponen etiquetas diagnósticas, en la evaluación conductual se especifica el comportamiento problemático del cliente, sus antecedentes y consecuencias y se formulan las metas de cambio. Estas indican la dirección en que se deben modificar las conductas. El plan de tratamiento se basa en esas metas y supone la selección de técnicas de intervención dirigidas a tal logro. El hecho de insistir en la conducta proporciona al cliente la esperanza de que su situación puede mejorar. Cautela y Upper (en Sundel, 1993), han propuesto un sistema de codificación conductual basado en categorías conductuales específicas y no en etiquetas diagnósticas. Constituye un sistema de clasificación uniforme que le permite al terapeuta centrarse en los comportamientos desadaptados observables sin tener que formular interpretaciones abstractas de la conducta.

Así que, antes de efectuar la estimación conductual se debe recabar el consentimiento informado del cliente. Ese se puede formalizar en un contrato de tratamiento donde especialista y cliente acepten someterse a ciertas

actividades que han de conducir al logro de las metas del tratamiento (Sundel, 1993).

El especialista inicia el procedimiento de evaluación conductual obteniendo del cliente una lista de las áreas problemáticas principales. Dicha lista, se puede usar junto con las entrevistas para identificar mejor las áreas principales de dificultad. A veces un cliente acepta que todas las áreas problemáticas se han señalado, pero luego indica la existencia de otros problemas. Estos, ahora presentados, pueden señalar la necesidad de reordenar el tratamiento. Hay clientes, sin embargo, que cambian de problemas y tratan de evitar que se trate determinado problema presentando nuevos problemas o crisis en cada entrevista e insistiendo en que el nuevo problema pasa a primer lugar (Op. cit.).

De modo que, la evaluación conductual general debe llevarse a cabo antes de emprender cualquier programa de cambio conductual, con el propósito de que las técnicas de intervención se apliquen apropiadamente al caso del cliente. Esa evaluación proporciona las medidas básicas para determinar la efectividad del tratamiento. En situaciones de crisis, empero, el especialista quizá tenga que intervenir antes de llevar a cabo la evaluación conductual sistemática, porque el cliente a lo mejor necesita recursos, marcos de referencia o asistencia directa. La evaluación conductual supone considerar los siguientes componentes:

1. *Área Problemática:* Se suele presentar en el papel o posición en que el cliente experimenta alguna dificultad, por ejemplo, como padre, maestro, empleado o consorte. Así entre las áreas problemáticas pueden estar la disciplina de los niños, la conducción de la clase, las capacidades sociales o las relaciones maritales. El aislamiento del área problemática permite al especialista poner la mira o enfocar rápidamente los patrones conductuales que se refieren al desempeño desadaptado en el funcionamiento dentro del rol o papel.
2. *Selección de los problemas:* Si el cliente presenta varias áreas problemáticas que se deban tratar, el especialista podrá aplicar los siguientes cuatro criterios para determinar las preferencias en el tratamiento:
 - a. El problema por el que tanto el cliente o sus allegados expresan preocupación más inmediata.
 - b. El problema que tiene consecuencias aversivas o negativas amplias para el cliente, sus allegados o la sociedad, si no se tratan inmediatamente.
 - c. El problema que se pueda corregir más rápidamente, considerados recursos y obstáculos
 - d. El problema que requiere tratamiento antes de que se pueda proceder a los demás problemas.

Al considerar estos criterios, el cliente ha de participar activamente en ordenar las preferencias.

3. *Conducta Blanco*: La conducta blanco o comportamiento problemático del cliente se debe enunciar en términos que especifiquen con claridad cuál debe ser su respuesta. Esa conducta se debe describir en términos observables, sin etiquetas o juicios agregados como "inadecuado" o "pasivo-agresivo". Las respuestas autónomas o cubiertas, como la ansiedad o el temor, se describen en términos de comportamientos manifiestos del cliente, aunque existen medidas de los cambios fisiológicos, como del ritmo cardíaco o de la respuesta galvánica de la piel. La expresión "comportamiento problemático" indica, o bien un exceso o bien un déficit conductuales. Exceso conductual significa frecuencia elevada de conductas incorrectas que emite el cliente; déficit conductual es la ausencia o baja frecuencia de comportamientos apropiados. Ejemplos de conductas excesivas desadaptadas son: mentir, hurtar, pelear y llorar; ejemplos de deficiencia de respuesta apropiada son: sonreír, charlar, vestir bien, asistir al trabajo con regularidad y cumplir con las tareas de la escuela. También ocurren déficits conductuales cuando el cliente no discierne cuál es la ocasión apropiada para emitir determinada conducta. Por ejemplo, hablar en voz alta puede ser apropiado en el patio de juego, pero inapropiado a la hora de comer. Otras palabras que se suelen emplear para designar comportamientos problemáticos son: "desadaptados", "desviados", "inapropiado", e "indeseable".
4. *Fuerza de la Respuesta Blanco*: Se determina midiendo la frecuencia, duración, latencia e intensidad. La medida más típica de la fuerza de una respuesta es la frecuencia. El número de veces que la conducta blanco ocurre en un periodo determinado de tiempo se computa y registra como dato de línea base. El muestreo temporal es otro método que también se emplea para registrar la frecuencia. Dicho muestreo en tiempo sirve para observar y registrar si las conductas blanco ocurren en los momentos designados. Por ejemplo, se puede observar al o a los individuos al cabo de intervalos de 15 segundos, durante un periodo de 20 minutos y dos veces por día. El observador deberá tomar nota del comportamiento emitido por la persona al cabo de cada 15 segundos. Una vez que a lo largo de un periodo de tiempo se han recogido esos datos, se posee un conteo preciso de la frecuencia de línea base.
- Este método es particularmente útil para registrar conductas que acontecen con demasiada frecuencia, como son los tics faciales o menear la cabeza. También se pueden emplear cuando la observación continua de conductas blanco resulta impráctica, como sería contar las veces que varios niños se levantan de sus lugares durante una clase. Si es posible también se registra la duración de un comportamiento problemático. Otra medida de la fuerza de la respuesta es la latencia, esta se mide por los intervalos entre la presentación de un estímulo antecedente y la ocurrencia de la respuesta. La intensidad o severidad de los comportamientos como golpear, gritar, patear o llorar, a veces no se puede medir cuando ocurren en el ambiente del cliente; mientras que en el ambiente de laboratorio existen instrumentos que pueden medir en unidades físicas, como decibeles o gramos. El carácter problemático de esas conductas, no obstante, supone que existirán

consecuencias aversivas para el cliente o sus allegados. Como no todas las personas tienen la misma tolerancia frente al comportamiento de otros, lo mismo que en sus relaciones a la estimulación física y social, el examen de las consecuencias aversivas o negativas de un comportamiento problemático del cliente y de sus allegados, constituye un método útil para juzgar la intensidad de la conducta.

5. *Condiciones Antecedentes y Consecuentes:* En la evaluación conductual, el especialista trata de especificar las condiciones antecedentes y consecuentes que mantienen la conducta blanco. Los antecedentes hacen referencia a aquellos eventos que preceden o desencadenan un comportamiento específico. A veces resulta difícil especificar los antecedentes que dan ocasión para conductas blanco. En determinada conducta el estímulo controlador quizá sea distinto. El terapeuta habrá de describir en términos específicos dónde ocurre la conducta, cuándo, quién está presente y qué se dice o hace antes de que ocurra el comportamiento. Como regla general, el terapeuta se concentra en los factores contemporáneos que están estrechamente relacionados con la conducta blanco. En algunos casos, sin embargo, el terapeuta debe estimar la influencia de eventos anteriores, lejanos que influyen en el comportamiento actual del cliente.

Son consecuencias reforzantes aquellos eventos que siguen a un comportamiento problemático y lo fortalecen o mantienen. Las consecuencias aversivas o negativas son aquellos acontecimientos que siguen a un comportamiento problemático y que son indeseables o desagradables para la persona o sus allegados. Puede ocurrir que las consecuencias sean a la vez reforzantes y aversivas, aun tratándose de la misma conducta. Las consecuencias aversivas para el cliente o sus allegados a menudo constituyen un incentivo para modificar el comportamiento problemático. La recopilación y registro de datos sistemática, son características esenciales de cualquier evaluación conductual y programa de modificación de la conducta. Se registran los datos que indican la fuerza de la respuesta blanco, junto con las condiciones antecedentes y consecuentes al caso. Tales medidas constituyen los datos de línea base que se deben recabar antes de llevar a cabo cualquier plan de intervención.

Esos datos se siguen registrando durante todo el tratamiento y el seguimiento, con lo que se obtiene una base continua para evaluar la efectividad del tratamiento. El terapeuta puede decidir si las conductas blanco han aumentado o disminuido en fuerza y si los antecedentes y las consecuencias de la conducta problemática han sufrido alguna alteración. Siempre que sea factible se deben elaborar gráficas y croquis donde se describa la situación del cliente. La representación gráfica proporciona al cliente y al terapeuta un resumen de los datos registrados y una indicación visual de la dirección que se debe emprender en el cambio conductual. Esta retroalimentación actúa como reforzador positivo tanto del cliente como del terapeuta siempre que se ve al alcance el cambio deseado. Además de las

observaciones directas de la conducta del cliente y de los informes acerca de éste, también se pueden usar cuestionarios y listas. De igual modo, el terapeuta puede confirmar sus observaciones entrevistando a personas relacionadas con el problema del cliente. Entre esas fuentes de conformidad están los progenitores, los parientes, los vecinos, los maestros y los coetáneos, a la vez que el propio cliente. Se debe obtener una descripción del problema tal como lo ven tales personas, para esclarecer mejor cuáles son sus roles con relación al problema del cliente. Se puede decir a esas personas que observen y registren el comportamiento y las condiciones bajo las que ocurre.

A veces este procedimiento resulta efectivo ya que indica cuál es el papel del supervisor en generar y mantener la conducta blanco; esto es, hasta qué punto los allegados proporcionan los antecedentes y las consecuencias problemáticas relacionadas con una conducta indeseada. El conocimiento que se obtiene con tales observaciones puede bastar en algunos casos para sugerir al observador una solución inmediata para la alteración del comportamiento de dicha observación en la situación problemática (Sundel, 1993).

De igual modo, se presentan los principales exponentes de la evaluación conductual. RAC-F es acrónimo de Respuesta, Antecedente, Consecuencia y Fuerza. Al recopilar datos para la evaluación conductual, el terapeuta emplea el siguiente procedimiento, donde el cliente participa lo más posible en cada paso:

1. Enlista los problemas del cliente.
2. Selecciona un problema para su inmediata atención.
3. Busca un ejemplo concreto del problema con una descripción de las siguientes áreas: (a) la respuesta o respuestas blanco, (b) el o los antecedentes controlantes, (c) las consecuencias negativas para el cliente y sus allegados, (d) posible o posibles reforzadores positivos y (e) la fuerza de la respuesta, con medidas de la frecuencia por unidad de tiempo, latencia, intensidad y duración.
4. Formula metas de cambio conductual, terminales, intermedias e inmediatas, especificando (a) la respuesta o respuestas deseadas, (b) el o los antecedentes, (c) el o los reforzadores positivos y (d) la fuerza de la respuesta deseada.
5. Especifica los datos de la respuesta que se observan e idea un plan de medición (Op. cit.).

Cliente y terapeuta eligen un problema para consideración inmediata entre las diversas áreas problemáticas que tanto el cliente como sus allegados o el propio terapeuta han logrado identificar. Para delinear el problema del cliente, el terapeuta extrae un ejemplo obtenido por observación del cliente o cuando éste o sus allegados describen el último problema ocurrido. Se le dice al cliente que relate pormenorizadamente lo ocurrido. La *representación conductual* es una técnica de escenificación que se emplea para obtener datos específicos sobre el comportamiento del cliente en la situación problemática. Esa técnica es particularmente útil para validar el informe verbal del cliente respecto a la

conducta blanco y sus condiciones controlantes. Por lo general en la representación conductual, el cliente escenifica la situación problemática y el terapeuta (o las personas del grupo, si la evaluación ocurre en tratamiento grupal) desempeña las partes de los allegados, según la descripción del cliente. El terapeuta observa los comportamientos verbales y no verbales del cliente durante la escenificación o desempeño de roles y compara sus observaciones con el informe anterior del cliente. La escenificación conductual no sólo proporciona un ejemplo concreto de las respuestas problemáticas del cliente, sino que también coopera a identificar los antecedentes controlantes y las consecuencias (Sundel, 1993).

Así, durante el tratamiento se han de lograr medidas de la fuerza de la respuesta, (frecuencia, latencia, intensidad y duración). El terapeuta da al cliente diversos cometidos entre los que están registrar los acontecimientos específicos y los datos de la RAC-F en cada entrevista. Tanto el cliente como el terapeuta pueden registrar esos datos en formularios preparados, como el formulario de datos RAC-F y la tabla de datos RAC-F. Además, el cliente puede llevar una tarjeta en su bolsillo para anotar las conductas blanco a medida que ocurren. En un principio se le puede indicar que señale la conducta blanco y su frecuencia. Una vez que haya demostrado su capacidad para observar y registrar esos datos, se le dirá que anote también los antecedentes y consecuencias relacionados con la conducta o conductas blanco. Estos datos RAC-F se emplean para formular las metas (Op. cit.).

Una vez que se ha logrado saber la respuesta, sus antecedentes y consecuencias, así como la fuerza de la respuesta (frecuencia, duración, intensidad y latencia), es posible formular las metas u objetivos conductuales específicos. Las metas se pueden establecer según diversos niveles: inmediato, intermedio y terminal. Una vez que se ha fijado una meta debe ser seguida por criterios que sirvan para juzgar su consecución. Siempre que sea posible se especificará la *respuesta* deseada y sus condiciones, los *antecedentes*, las *consecuencias*, y la *fuerza* con que ocurre (Op. cit.).

Aunque el cliente debe participar activamente con el terapeuta en formular las metas del tratamiento, hay situaciones en que el terapeuta debe asumir la responsabilidad principal. Cuando el cliente comete actos ilegales o que van en perjuicio de él mismo, de la sociedad o de los allegados del cliente, existen sanciones legales que imponen la modificación de tales conductas. Si el terapeuta no está de acuerdo con la meta del cliente, aquél discutirá el asunto con éste. Si la meta del cliente entra en conflicto con la ética profesional del terapeuta, éste tratará de persuadirlo en el sentido de que debe modificar su conducta. Si la meta del cliente entra en conflicto con el código moral del terapeuta, éste tratará de retirarse del caso y le dirá al cliente que busque ayuda profesional en otra parte. La formulación de metas supone consideración de los factores personales, sociales y culturales necesarios para que las metas sean viables en el ambiente del cliente.

De modo que, se han de plantear *metas inmediatas* e *intermedias* que constituyen aproximaciones sucesivas a la meta terminal. Se han de formular metas intermedias que acrecienten la dificultad o complejidad que deberá dominar el cliente a medida que vaya progresando en el tratamiento. También se determinarán los reforzamientos positivos a medida que logre las metas inmediatas, intermedias y terminales del tratamiento. Se aplica aquí el procedimiento del moldeamiento vía aproximaciones sucesivas positivamente reforzantes, o mediante comportamientos intermedios que conduzcan al comportamiento terminal. De tal manera que, la evaluación conductual exige un plan bien pensado y sistemático para determinar las respuestas problemáticas y sus condiciones controlantes. Asignar al cliente un papel activo en la recolección y registro de datos contribuye a que las metas reflejen con precisión cuál es la situación del cliente. Éste ha de participar activamente en la formulación de las metas, de manera que en el plan de cambio conductual entren los valores del cliente así como los del terapeuta. El esfuerzo del terapeuta y del cliente para llevar a efecto la evaluación conductual proporciona la base para formular una táctica de intervención apropiada al cliente (Sundel, 1993).

Hasta este momento, hemos hecho evidente la generalización y la especificación de cómo debemos trabajar la terapia cognitivo conductual, la manera en que tanto nosotras como el cliente debemos emplear para trabajar en conjunto y obtener los resultados deseados, así que en el siguiente apartado se describirán ampliamente las diferentes técnicas a utilizar en la propuesta de intervención que se va a plantear, así como los detalles específicos que promueven un cambio positivo.

4.3 PRINCIPALES TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Las terapias conductuales se han vuelto una de las principales fuerzas en psicología clínica. Ha aparecido un flujo constante de libros que proporcionan análisis amplios acerca de teoría, técnica y aplicaciones de una extensa variedad de métodos conductuales de terapia. En verdad, la terapia conductual ha madurado y en la actualidad es una fuerza con la que se puede contar. De hecho, ha alcanzado la etapa de madurez donde no sólo puede hacer alarde de sus éxitos, sino también reconocer sus fracasos.

La terapia conductual no puede tener éxito si el paciente espera que falle o toma alguna otra posición antagónica en contra de ella. En ocasiones se ha dicho que los terapeutas conductuales son fríos y mecánicos en su acercamiento a los pacientes. Es probable que esto sea más un mito o estereotipo que un hecho. En realidad, se ha encontrado que en general, estos terapeutas eran más cálidos y empáticos que los psicoterapeutas (Phares, 1996).

De este modo, las técnicas sirven para un propósito específico pero en realidad, son complementarias, así que a continuación, pasemos a una revisión detallada de éstas.

• DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

La desensibilización sistemática (DS) es una intervención terapéutica desarrollada para eliminar la conducta de miedo y los síndromes de evitación. El procedimiento consta de dos componentes distintos. El primer componente consiste en enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad. La relajación progresiva, o algún otro procedimiento general de relajación, se utiliza normalmente para este propósito; aunque cualquier respuesta contraria a la ansiedad que haga el paciente, como la respuesta de aserción, bastará. Por ejemplo, una respuesta asertiva inhibe la experiencia de ansiedad y, en consecuencia, serviría adecuadamente como un agente anti-ansiedad. El segundo componente de la DS implica una exposición graduada al estímulo provocador de miedo. La exposición se puede llevar a cabo en la imaginación o en vivo (Turner, citado en Caballo, 1998).

Es una de las técnicas utilizadas en terapia conductiva para extinguir conductas reforzadas negativamente creando una respuesta antagónica. Wolpe, el creador de ésta, decía que "el comportamiento neurótico es una expresión de ansiedad y que ésta se elimina encontrando respuestas antagónicas a ella" (citado en Alvarez-Gayou, 1986, pág. 196). El proceso de desensibilización requiere como condición *sine qua non* el entrenamiento del consultante en técnicas de relajación.

Se aplica por lo general cuando un paciente tiene la capacidad para responder adecuadamente a una situación en particular (o clase de situaciones) y sin embargo reacciona con ansiedad, temor o evitación. En términos básicos, la desensibilización sistemática es una técnica para reducir la ansiedad.

Consiste en asociar un estímulo temido a una respuesta de relajación. Así, nos calmamos cada vez con más facilidad ante situaciones de estrés (López, 2000).

La desensibilización sistemática es alguno de los métodos para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad. Se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, y luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos. Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente "más fuertes", que son tratados en forma semejante. Este método nos ha dado el poder de superar un gran número de hábitos neuróticos, a menudo en muy poco tiempo. Nos ha capacitado para tratar estos hábitos en cualquier orden que elijamos, y tanto como queramos. La técnica de la desensibilización sistemática tiene sus raíces en el laboratorio

experimental. Gran parte del efecto de la desensibilización sistemática depende de las "instrucciones terapéuticas" (Wolpe, 1981).

Los requisitos para empezar la desensibilización son: a) la ansiedad debe ser irracional, b) el paciente no debería tener muchos miedos o un trastorno grave de la personalidad, c) el paciente puede desarrollar imágenes claras, vívidas, provocadoras de emociones, y d) el paciente puede obtener una respuesta de relajación fiable. Podría parecer insuperable el que algún paciente pudiese satisfacer estos criterios, pero la evidencia muestra que muchos pacientes pueden realizar fácilmente las tareas necesarias (Wolpe, en Caballo, 1998).

Según los planteamientos de Jacobson, Wolpe y Bernstein (citados en Alvarez-Gayou, 1986), la tensión muscular se relaciona con la ansiedad de tal forma, que si un individuo aprende a relajar sus músculos, tenderá a disminuirla.

Existen varios métodos para relajarse, pero casi todos provienen de la técnica básica de Jacobson, quien encontró que por medio de la tensión y relajación sistemática de grupos musculares, a la vez que se discriminan las sensaciones asociadas a la acción, se lograba reducir la tensión muscular y obtener la relajación (Alvarez-Gayou, 1986).

De manera que se comienza con la recopilación de una historia acerca del problema del paciente. Esto incluye información tanto de condiciones precipitantes específicas como de factores de su desarrollo. Se determina si ésta es el tratamiento adecuado. A continuación se le explica el problema al paciente. Las siguientes dos fases implican el establecimiento de una jerarquía de ansiedad y entrenamiento en relajación. Mientras se comienza a trabajar con la primera, por igual, se inicia con la segunda (Phares, 1996).

La técnica implica cuatro conjuntos de operaciones diferentes:

1. Adiestramiento en relajación muscular profunda.
2. Establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos.
3. Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de respuestas de ansiedad.
4. Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías (Wolpe, 1981).

• JERARQUÍA DE ANSIEDAD

Una jerarquía de ansiedad es una lista de estímulos evocadores de ansiedad, relacionados en contenido y ordenados según la cantidad de ansiedad que provocan. Estos estímulos pueden ser objetos, personas, lugares, sentimientos internos o una combinación de estas clases de estímulos en una jerarquía compleja. Los estímulos serán, a menudo, extrínsecos al individuo, como los perros o la desaprobación social. Sin embargo, pueden también ser internos, como las sensaciones de pérdida de control o de desmayarse. Los estímulos

internos pueden ser un componente de la respuesta del individuo a los estímulos externos o bien pueden evocar una potente reacción de temor por sí mismos. Por ejemplo, una persona con temor a la enfermedad física podría responder al aumento de su propia tasa cardíaca asustándose de poder tener un ataque cardíaco, aumentando, por lo tanto, su tasa cardíaca y teniendo aún más miedo.

La construcción de la jerarquía empieza, aproximadamente, a la vez que el entrenamiento en relajación. Sin embargo, el trabajo sobre las jerarquías comienza con el análisis conductual inicial y continúa incluso dentro del tratamiento. Las modificaciones y ajustes de las jerarquías tienen lugar conforme se producen nuevas informaciones. Los pacientes descubrirán a menudo que han olvidado en un primer momento una dimensión o aspecto importante de su fobia. Este material debería incorporarse, cuando se descubra, al tratamiento. Cuando se conocen los temores centrales y se especifican sus dimensiones, se le pide al paciente que escriba todas las posibles situaciones provocadoras de ansiedad que pueda recordar y que las describa detalladamente en tarjetas. Este trabajo se le prescribe al paciente como tarea para casa y éste y el terapeuta lo revisan en la siguiente sesión.

Posteriormente, se le pide al paciente que coloque las tarjetas en un determinado orden, según el nivel de ansiedad que provoquen las situaciones estimulares. Más tarde, se le pide al paciente que proporcione puntuaciones en la escala SUDS para cada situación estimular. La Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS), la desarrolló Wolpe como un medio de comunicación entre el terapeuta y el paciente y se refería a la magnitud de la respuesta de ansiedad del paciente ante los estímulos provocadores de miedo. Lo ideal es desarrollar de 9 á 10 situaciones estimulares para cada jerarquía, de tal manera que cada situación estimular sea, aproximadamente, 10 unidades SUDS mayores que la anterior. De este modo, hay una estructura gradualmente ascendente en la escala, lo que permitirá aproximaciones graduales al ítem final de la jerarquía –hacia el que se experimenta el temor más intenso. Sin embargo, a veces, 10 unidades será un salto demasiado grande en ansiedad para que el paciente lo controle y se necesitarán estímulos cada cinco unidades. Este enfoque de jerarquía graduada es la piedra angular de la desensibilización sistemática (Turner, citado en Caballo, 1998).

Del mismo modo, se aíslan los temas recurrentes en las dificultades y ansiedades de la persona y después se ordenan en términos de su poder para inducir ansiedad (desde situaciones que provocan niveles muy bajos de ansiedad hasta las que precipitan reacciones extremas). Una jerarquía típica de ansiedad consiste de 20 a 25 elementos en intervalos aproximadamente iguales desde bajo hasta moderado y extremo (Caballo, 1998).

• RELAJACIÓN

Se emplean con frecuencia los métodos de relajación progresiva de Jacobson (1938, citado en Phares, 1996). Primero se le enseña al paciente a tensar y relajar grupos particulares de músculos y después a que distinga entre sensaciones de relajación y tensión. Las instrucciones para la relajación se

pueden grabar con facilidad en una cinta de audio y después el paciente las puede escuchar en casa para practicarlas. En general se dedican cerca de seis sesiones al entrenamiento en relajación.

Lo que sigue es la transcripción de una inducción de tensión-relajación, realizada según los métodos clínicos de Arnold Lazarus:

"Acomódese lo mejor que pueda, cierre los ojos y escuche lo que voy a ir diciéndole, para que tome conciencia de ciertas sensaciones corporales. Después le enseñaré a reducir esas sensaciones. Primero dirija la atención a su brazo izquierdo, su mano izquierda en particular. Cierre el puño izquierdo. Apriételo con fuerza y observe la tensión que se crea en la mano y en el antebrazo. Observe esas sensaciones de tensión. Y ahora aflójese. Relaje la mano izquierda y déjela descansar sobre el brazo del sillón. Observe la diferencia entre la tensión y la relajación. (Pausa de 10 segundos.) Ahora, una vez más, cierre el puño izquierdo, fuerte, y sienta las tensiones de la mano y el antebrazo. Estúdielas y, ahora, afloje. Deje que sus dedos se distiendan, relajados, y note una vez más la diferencia entre tensión muscular y relajación. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora hagamos lo mismo con la mano derecha. Cierre el puño derecho. Sienta la tensión (pausa de 5 segundos) y ahora relájese. Relaje el puño derecho. Observe una vez más la diferencia entre tensión y relajación. Disfrute del contraste. (Pausa de 10 segundos.) Una vez más, cierre el puño derecho, ciérrelo fuerte. Observe las tensiones. Siéntalas. Ahora relaje el puño derecho. Haga que los dedos se distiendan cómodamente. Vea si puede aflojarse algo más. Aunque le parezca que se ha aflojado todo lo posible, siempre queda un cierto grado de relajación extra. Observe una vez más la diferencia entre tensión y relajación. Observe la distensión que comienza a desarrollarse a partir de las manos y los brazos. Tanto la mano y el brazo izquierdo como la mano y el brazo derechos están ahora algo más relajados.

Ahora lleve las manos hacia atrás, flexionándolas en las muñecas de modo que los músculos del dorso de las manos y de los antebrazos queden en tensión. Los dedos deben apuntar hacia el cielo raso. Observe la tensión, y ahora relájese. Vuelva las manos a la posición de descanso y sienta la diferencia entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer: que los dedos apunten hacia el cielo raso. Sienta la tensión en el dorso de las manos y los antebrazos. Y ahora relájese. Aflójese. Más y más. (Una pausa de 10 segundos.)

Ahora cierre los puños y llévelos hacia los hombros como para poner en tensión los bíceps, los grandes músculos de los brazos. Sienta la tensión. Ahora relájese. Deje caer los brazos junto a los flancos y observe la diferencia entre los bíceps en tensión y la relativa relajación que experimenta ahora. Ponga en tensión los bíceps elevando ambos brazos y tratando de tocar los respectivos hombros con los puños. Observe la tensión. Manténgala, estúdiela. Y ahora relájese. Una vez más deje caer los brazos y observe la sensación de relajación,

el contraste entre tensión y relajación. Afloje esos músculos más y más. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora podemos dirigir la atención a la zona de los hombros. Encójase de hombros, llévelos hacia arriba como si quisiera tocarse las orejas con ellos. Y observe la tensión de los hombros y el cuello. Observe esa tensión. Manténgala. Y ahora relájese. Deje que ambos hombros vuelvan a la posición de descanso. Siga aflojándose más y más. Vuelva a observar el contraste entre la tensión y la relajación que ahora se expande por la zona de los hombros. (Pausa de 10 segundos.) Hágalo una vez más. Lleve ambos hombros hacia arriba como si fuera a tocarse las orejas. Sienta la tensión en los hombros, en la parte superior de la espalda, en el cuello. Observe la tensión de esos músculos. Y ahora relájese. Afloje esos músculos. Que los hombros vuelvan a la posición de descanso y observe una vez más el contraste entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.)

También se puede aprender a relajar más completamente los músculos de la cara. Así que ahora quiero que arrugue la frente y la región superciliar. Arrúguela hasta que sienta la frente muy arrugada, los músculos tensos y la piel surcada. Y ahora relájese. Que la frente se le suavice. Que esos músculos se le aflojen. (Pausa de 10 segundos.) Hágalo una vez más. Arrugue la frente. Observe la tensión de los músculos sobre los ojos en la región de la frente. Y ahora, distienda la frente. Relaje esos músculos. Y una vez más observe el contraste entre la tensión y la relajación. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora cierre los ojos con mucha fuerza. Cíérrelos tan fuertemente que sienta la tensión en torno a ellos y en los muchos músculos que controlan su movimiento. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relaje esos músculos, deje que se relajen, sienta la diferencia entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer. Cierre fuertemente los ojos y observe la tensión. Manténgala. (Pausa de 5 segundos.) Y relájese, aflójese y deje que sus ojos permanezcan plácidamente cerrados. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora cierre con fuerza las mandíbulas, apriete los dientes. Observe la tensión de las mandíbulas. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relájelas. Haga que los labios se separen ligeramente y observe la diferencia entre la tensión y la relajación de la zona de la mandíbula. (Pausa de 10 segundos.) Una vez más, cierre las mandíbulas. Observe la tensión. (Pausa de 5 segundos.) Y ahora aflójese más y más. Siga relajándose. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora apriete los labios. Así está bien, apriételes con fuerza y sienta la tensión alrededor de la boca. Ahora relájese, relaje esos músculos de alrededor de la boca y deje que la barbilla repose cómodamente. Ahora, una vez más, apriete los labios entre sí y observe la tensión alrededor de la boca. Manténgala. (Pausa de 5 segundos.) Y ahora relájese. Afloje esos músculos más y más, cada vez más. (Pausa de 10 segundos.) Observe cuánto más distendidos están los músculos de las partes del cuerpo que sucesivamente hemos ido

poniendo en tensión y relajando. Las manos, los antebrazos, los brazos, los hombros y los diversos músculos faciales.

Ahora nos concentraremos en el cuello. Presione la cabeza contra la superficie sobre la que se apoya. Presiónela de modo tal que pueda sentir la tensión, sobre todo en la nuca y en la parte superior de la espalda. Manténgala, obsérvela. Aflojese, que la cabeza descansa cómodamente, y disfrute del contraste entre la tensión que antes provocó y la mayor relajación que ahora puede experimentar. Aflojese más y más, cada vez más, hasta donde pueda. Vuelva a hacerlo, presione la cabeza, sienta la tensión, manténgala, (pausa de 5 segundos) y ahora aflojese, relájese, distiéndase más y más. (Pausa de 10 segundos).

Otro paso: llevar la cabeza hacia delante y tratar de hundir la barbilla en el pecho. Sienta la tensión, especialmente en la parte anterior del cuello. Y ahora relájese, aflojese más y más. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer. La barbilla hundida en el pecho; manténgala así. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relájese, relájese más y más. (Pausa de 10 segundos.)

Concentrémonos en los músculos de la parte superior de la espalda. Arquee la espalda, arquéela llevando pecho y estómago hacia delante hasta sentir tensión en la espalda, sobre todo en la parte superior. Observe la tensión y ahora relájese. Que el cuerpo vuelva a reposar contra el respaldo de la silla (o sobre la cama), y observe la diferencia entre tensión y relajación, haciendo que los músculos se aflojen más y más. (Pausa de 10 segundos.) Vuelva a arquear la espalda. Observe las tensiones. Manténgalas. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relaje la espalda una vez más, disipando toda tensión en esos músculos. (Pausa de 10 segundos.)

Inspire profundamente, llene de aire los pulmones y consérvelo. Consérvelo y observe la tensión que se desarrolla en el pecho y desciende hacia la región del estómago. Observe la tensión, y relájese, aflojese. Exhale y siga respirando normalmente. Observe la diferencia entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.) Hagámoslo una vez más. Respire profundamente y mantenga el aire en los pulmones. Manténgalo. Observe la tensión. Siéntala. Observe cómo se ponen tensos los músculos. Y ahora exhale y siga respirando normalmente, con toda comodidad, dejando que los músculos del pecho y algunos del estómago se relajen, más y más, cada vez que exhala. (Pausa de 10 segundos.)

Ponga en tensión los músculos del abdomen. Manténgalos así. Que el abdomen se ponga muy duro. Ahora relájese. Distienda los músculos. Aflojese y relájese. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer, ponga en tensión los músculos del abdomen, sienta la tensión. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relájese, aflojese, más y más, cada vez más. Líbrese de la tensión. Deshágase de ella y observe el contraste entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora estire las dos piernas. Estírelas de modo que sienta tensión en los muslos. Estírelas por completo (pausa de 5 segundos), y ahora relájese. Haga que se le relajen y observe la diferencia entre la tensión de los músculos de los muslos y la relajación que experimenta. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer, estire ambas piernas uniendo las rodillas hasta que sienta los muslos muy duros y tensos. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relájese, relaje esos músculos. Deshágase de la tensión que siente en los músculos de los muslos. (Pausa de 10 segundos.)

Ponga en tensión los músculos de las pantorrillas, apuntando a la cabeza con los dedos de los pies. Si lo hace así, podrá sentir el tirón, la tensión, la contracción de los músculos de las pantorrillas y también de la parte anterior de las piernas. Observe esa tensión. Relájese. Relaje las piernas y observe la diferencia entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.) Una vez más lleve los pies hacia atrás apuntando a la cabeza con los dedos y sienta la tensión. Manténgala, obsérvela. Y ahora aflójese, relaje esos músculos más y más, una relajación cada vez más pronunciada. (Pausa de 10 segundos.)

Así como ha dirigido sus músculos para ponerlos en tensión, los ha dirigido también para relajarlos o aflojarlos. Ha observado la diferencia que existe entre la tensión y la relajación muscular. Es capaz de advertir si hay tensión en sus músculos y, si la hay, puede concentrarse en esa parte y enviar mensajes para que esos músculos se distiendan y relajen. Si piensa en aflojar los músculos, de hecho podrá lograrlo, aunque sólo sea en parte.

Ahora, mientras permanece sentado, pasará revista a los diversos grupos de músculos sobre los que hemos trabajado. A medida que los voy nombrando, trate de sentir si hay tensión en ellos. Si la hay, procure concentrarse en esa parte y envíe el mensaje de que se distiendan, de que se aflojen. (Pausa de 5 segundos.) Espinilla, rodillas y muslos. (Pausa de 5 segundos.) Nalgas y caderas. (Pausa de 5 segundos.) Afloje los músculos de la parte inferior del cuerpo. (Pausa de 5 segundos.) Relaje el abdomen, la cintura y la parte inferior de la espalda. (Pausa de 5 segundos.) Parte superior de la espalda, pecho y hombros. (Pausa de 5 segundos.) Relaje la parte superior de los brazos, los antebrazos y las manos hasta la punta de los dedos. (Pausa de 5 segundos.) Afloje los músculos de la garganta y el cuello. (Pausa de 5 segundos.) Relaje los músculos faciales y de las mandíbulas. (Pausa de 5 segundos.) Haga que se le aflojen los músculos de todo el cuerpo. (Pausa de 5 segundos.) Ahora permanezca sentado tranquilamente con los ojos cerrados. (Pausa de 5 segundos.) No haga sino eso. Permanezca sentado tranquilamente con los ojos cerrados durante unos minutos. (Pausa de 2 minutos.)

Piense ahora en esa escala que va de 0 a 100, en la que 0 representa relajación completa, y 100, un máximo de tensión. Considere dónde se ubicaría aproximadamente usted en esa escala, y recuerde el número para apuntarlo cuando abra los ojos. Muy bien, voy a contar de 5 a 1. Cuando llegue a 1, abra los ojos, desperécese, recupérese por completo y desconecte el grabador. 5....4.....3.....2.....1: abra los ojos, recupérese" (Goldfried y Davison, 1981).

• ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Una habilidad social es una respuesta competente sobre la que la gente está de acuerdo que es apropiada para el individuo en una situación específica (Caballo, 1998).

“Ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseo, opiniones o derechos de esa persona de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1986, citado en Hernández, 1998, pág. 5).

Se puede definir al entrenamiento en habilidades sociales (EHS) como la técnica de elección para intentar superar los déficits que conducen a una interacción negativa entre el individuo y el ambiente social; refiriéndose al “método estandarizado de tratamiento conductual de una serie de déficits interpersonales y específicos que incluyen la falta de oposición y aceptación asertivas, e habilidades heterosociales o de petición de citas, de habilidades conversacionales en general, de eficacia en las entrevistas de trabajo, y de habilidades prosociales, en el caso de los niños” (Kelly, 1987, citado en León, 1998, pág. 17).

Los métodos de entrenamiento en habilidades sociales se basan en los principios de la Teoría del Aprendizaje Social: modelado, ensayo de conductas, instrucciones o retroalimentación correctiva, feedback o retroalimentación positiva, técnicas cognitivas de reforzamiento, técnicas de apoyo al reforzamiento, procedimientos de relajación, terapia racional emotiva, solución de problemas, entrenamiento en asertividad, etc. (León, 1998).

Se realiza reducción de ansiedad en situaciones sociales problemáticas. También se hace una reestructuración cognitiva en donde se modifican valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Con el entrenamiento en solución de problemas, se enseña a percibir correctamente los valores.

Por lo general, las intervenciones de entrenamiento en habilidades sociales, se dirigen a personas que poseen escasas habilidades interpersonales o son socialmente incompetentes; sea para conversar, establecer interacciones sociales, expresar sus opiniones ante los demás, etc. La aplicación de los programas de entrenamiento, ha tenido resultados aceptables desde hace aproximadamente dos décadas, sobre todo en los rubros de: afrontamiento de la ansiedad social, relaciones interpersonales, alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones (Op. cit.).

• MODELAMIENTO

La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación. El modelo suele ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo y puede presentarse en vivo o grabado en vídeo. La representación puede hacerse de todo el episodio o de únicamente una parte de él. Se ha demostrado que el modelado es más efectivo cuando los modelos son de edad parecida y del mismo sexo que el observador, y cuando la conducta del modelo se encuentra más próxima a la del observador, en vez de ser altamente competente o más extrema. En este último caso, la representación puede resultar demasiado completa de modo que el observador se puede sentir abrumado y no realizar ningún aprendizaje significativo (Schroeder y Black, en Caballo, 1998).

Es importante, entonces, que el terapeuta dirija la atención del paciente hacia los componentes separados, específicos, de la situación, de forma que reduzca su complejidad. El modelado tiene, además, la ventaja de ilustrar los componentes no verbales y paralingüísticos de una determinada conducta interpersonal. El tiempo de exposición al modelo también parece ser importante, con exposiciones más largas produciendo resultados más positivos (Eisler y Frederiksen, en Op. cit.).

Por otra parte, es importante que el paciente no interprete la conducta modelada como la forma "correcta" de comportarse, sino como una manera de enfocar una situación particular (Wilkinson y Canter, citados en Op. cit.).

En el entrenamiento, el modelado parece más apropiado cuando: a) una persona muestra una conducta inapropiada y es más fácil mostrar la conducta correcta que explicarla o "apuntarla" (especialmente útil para la conducta no verbal y la conducta compleja), ó b) un paciente no responde en absoluto o no parece saber cómo empezar. También parece ser que el empleo del procedimiento del "modelado" es más importante con poblaciones de amplias deficiencias (p. ej., pacientes psiquiátricos) que con aquellas que poseen un superior nivel de adaptación social (p. ej., sujetos universitarios). Algunos aspectos a recordar sobre el modelado son los siguientes:

1. La atención es necesaria para el aprendizaje. Puesto que en el modelado se aprende vicariamente por medio de la observación y la escucha, el que va a actuar tiene que saber a qué conductas tiene que prestar atención y acordarse de ellas. A veces ayuda el tener una discusión de grupo sobre qué hizo el modelo que dio como resultado una respuesta especialmente habilidosa, o el hacer que el terapeuta señale alguna de estas respuestas.
2. El modelado tiene más influencia cuando el observador considera la conducta del modelo como deseable y teniendo consecuencias positivas. El paciente recordará mejor las respuestas si tiene una oportunidad para practicar la conducta del modelo.

3. Es importante que el paciente no interprete la conducta modelada como la manera "correcta" de comportarse, sino como una forma de abordar una situación particular (Caballo, 1998).

Es un medio para alterar patrones de conducta. Se puede aprender una nueva habilidad o un nuevo conjunto de conductas mediante observar a otra persona. Ver a otros ejecutar una conducta también puede ayudar a eliminar o reducir temores y ansiedades asociados. A través de observación puede aprenderse a emplear conductas que ya son parte del repertorio conductual.

Modelamiento encubierto: los pacientes imaginan a un modelo que realiza las conductas que quisieran adquirir y posteriormente ellos las realizan (Bernstein, 1998).

• ENSAYO CONDUCTUAL

Esta técnica fue llamada originalmente "psicodrama conductual". Consiste en la actuación de breves intercambios entre el terapeuta y el paciente en ambientes de la vida de éste último. El paciente se representa a sí mismo y el terapeuta a alguien ante quien el paciente se encuentra inadaptablemente ansioso o está inhibido. El terapeuta empieza con una observación, generalmente de oposición, que la otra persona podría hacer, y a la que el paciente responde como si la situación fuera "real". Por lo común, su primera respuesta será más o menos titubeante, defensiva y tímida. Entonces el terapeuta sugiere una respuesta más apropiada, y el intercambio se repite de nuevo, revisado. La secuencia puede repetirse una y otra vez hasta que el terapeuta considere que las frases del paciente han sido moldeadas satisfactoriamente. Es necesario tener en cuenta no sólo las palabras que emplea el paciente, sino también la fuerza, la firmeza y la expresividad emocional de su voz, y lo apropiado de los movimientos corporales que lo acompañan.

El objetivo de este modelamiento, moldeamiento y ensayo es a menudo el de lograr que el paciente tenga una preparación efectiva para hacer frente a su "adversario" real, de modo que pueda inhibirse la ansiedad que evoca este último, y pueda establecerse el hábito asertivo motor (Wolpe, 1981).

Requiere de cuatro etapas:

- *La primera* es para preparar al sujeto mediante explicarle la necesidad de adquirir nuevas conductas, hacer que acepte el ensayo conductual como mecanismo útil y reducir cualquier ansiedad inicial acerca del prospecto del role-playing.
- En *la segunda* etapa se da la selección de situaciones-objetivo (ordenadas sucesivamente en cuanto a habilidades conductuales cada vez más complejas que se requieren) situaciones en las cuales se tienen dificultades.
- *La tercera* etapa es el ensayo conductual en sí, al avanzar hacia arriba en la jerarquía, el paciente representa los papeles apropiados y el terapeuta le proporciona instrucción y retroalimentación en cuanto a lo adecuado de su actuación.

- *La etapa final*, consiste en que el sujeto utilice en la realidad las habilidades de reciente adquisición dentro de situaciones de la vida cotidiana. Después de estas experiencias en vivo, paciente y terapeuta analizan la ejecución y sentimientos de la persona acerca de las experiencias (Goldfried y Davison, 1976; citado en Phares, 1996).

• ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

De las terapias basadas en el aprendizaje social, la más representativa es el entrenamiento asertivo. Se llama asertividad a la capacidad de expresar opiniones, intereses personales y emociones sin ansiedad previa y sin atropellar la dignidad del interlocutor. Por ejemplo la timidez supondría una falta de asertividad, pero también el descaro y la desvergüenza. Las técnicas de entrenamiento pretenden readaptar estas conductas extremas mediante diferentes mecanismos (verbalización de emociones, juego de roles...) (Alcalde y Coperías, 1998).

Es un método para entrenar a los individuos a que expresen cómo se sienten sin transgredir los derechos de otros en el proceso. Se puede utilizar en ensayo conductual para lograr que los sujetos actúen de manera asertiva. Wolpe consideraba a las respuestas afirmativas como un ejemplo del modo en que funciona la inhibición recíproca. Es decir, es imposible comportarse de manera afirmativa y ser pasivo al mismo tiempo. Originalmente, el entrenamiento en asertividad se diseñó como tratamiento para personas cuya ansiedad parecía derivarse de su modo tímido de enfrentar las situaciones (Wolpe, 1958; citado en Phares, 1996).

El entrenamiento asertivo, frecuentemente se aplica al principio de la terapia, inmediatamente después de que se han puesto en perspectiva los aspectos conceptuales de las quejas del paciente. A menudo puede iniciarse con base en instrucciones relativamente sencillas, de modo que el cambio terapéutico se efectúa haciendo que el paciente lleve a cabo entre las sesiones una conducta prescrita. Un gran número de emociones, principalmente las "agradables", parecen implicar acontecimientos corporales que compiten con la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1981).

Es aplicable predominantemente al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad inadaptables que se presentan como respuesta ante la gente con la que el paciente interactúa. Hace uso de las emociones inhibitorias de la respuesta de ansiedad que provocan en él las situaciones de la vida diaria. Las intervenciones del terapeuta están dirigidas a aumentar todos los impulsos que lleven a la provocación de las respuestas inhibidas, en espera de que con cada provocación habrá recíprocamente, una inhibición de la respuesta de ansiedad, lo cual dará como resultado algún grado de debilitamiento del hábito de esta respuesta. El terapeuta debe ayudar al paciente a transformar el darse cuenta, en acciones. El momento adecuado para iniciar el entrenamiento asertivo surge con frecuencia, de modo muy natural, de la narración que hace el paciente de algún incidente reciente (Op. cit.).

Esta técnica se aplica a situaciones interpersonales y es de utilidad para propiciar un cambio de actitudes. Se emplea en personas con dificultades para expresar su enojo o disgusto, los que no pueden decir no, o quienes tienen dificultades para expresar su afecto. Consiste en pedir a la persona que represente el papel de otra sintiéndolo al máximo (Alvarez-Gayou, 1986).

De modo que, la conducta asertiva se define como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad. Son numerosas las situaciones en las que la conducta asertiva es el instrumento terapéutico adecuado. En casi todos ellos encontramos que el paciente se inhibe de la ejecución de una conducta "normal" debido a un miedo neurótico. Él está inhibido de decir o hacer cosas, las cuales a un observador, le parecen razonables y correctas (Op. cit.).

Por lo tanto, las intervenciones del terapeuta están dirigidas a aumentar todos los impulsos que lleven a la provocación de las respuestas inhibidas, en espera de que con cada provocación habrá, recíprocamente, una inhibición de la respuesta de ansiedad, lo cual dará como resultado algún grado de debilitamiento del hábito de la respuesta de ansiedad. El terapeuta debe ayudar al paciente a transformar el darse cuenta, en acciones. Así que el momento adecuado para iniciar el entrenamiento asertivo surge con frecuencia, de modo muy natural, de la narración que hace el paciente de algún incidente reciente. También, en cada entrevista, los pacientes informan sobre lo que han hecho mientras tanto, y el terapeuta alaba sus éxitos y corrige sus errores. Se les debe avisar que no se descuiden, sino que estén alertas para afirmarse adecuadamente en cada oportunidad (Op. cit.).

• REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Con base en el trabajo de Albert Ellis, Goldfried y Davison (citados en Phares, 1996), aceptan el concepto de que gran parte de la conducta desadaptativa se determina por las maneras en que las personas interpretan su mundo o por las suposiciones que hacen acerca de éste. Si esto es cierto, en consecuencia el terapeuta conductual debe enseñarle a los pacientes a etiquetar las situaciones de modo más realista para que puedan, al final, obtener mayores satisfacciones. A fin de facilitar que un paciente reestructure los eventos, en ocasiones el terapeuta puede emplear argumentos o discusión en un intento por hacer que la persona vea la irracionalidad de sus creencias.

La reestructuración cognitiva aborda la producción del estrés y el sesgo en el procesamiento de información. El primer paso consiste en aumentar el "darse cuenta" del paciente sobre los procesos de pensamientos que a menudo existen como pensamientos automáticos, pensamientos de los que el paciente no suele tener conocimiento (Beck, 1976; en Caballo, 1998). Se continúa con los procesos de evaluación (por ejemplo, el recuerdo por medio de la imaginación), centrándose específicamente en los procesos cognitivos. Se trabaja en conjunto

con el paciente para recoger evidencias a favor y en contra de las cogniciones, empleando preguntas socráticas, las atribuciones erróneas pueden ser descubiertas y reelaboradas y desarrollar una lista de pensamientos funcionales de afrontamiento con ayuda del autorregistro.

• ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La terapia de solución de problemas se ha aplicado, como una intervención de tratamiento, a una amplia variedad de trastornos clínicos y problemas subclínicos, incluyendo la depresión, el estrés, la ansiedad, la agorafobia, la obesidad, los problemas matrimoniales, el alcoholismo, el daño cerebral, el retraso mental, el fumar, la indecisión en escoger una carrera y el fracaso académico. El entrenamiento en solución de problemas se ha aplicado también a poblaciones psiquiátricas internas y a una variedad de trastornos infantiles y adolescentes. Basándose en desarrollos empíricos y teóricos. Nezu (citado en Caballo, 1998), ha definido la solución de problemas sociales como el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella.

Los problemas, se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. Un problema no es una característica ni del ambiente ni de la persona, por sí solos, sino que es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o una discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa (Caballo, 1998).

Por otro lado, una solución se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas. Las soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas (es decir, los beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas (es decir, los costos). Estos costos y beneficios asociados incluyen las implicaciones a corto y largo plazo de la solución, así como las consecuencias personales para el individuo y el impacto que la solución tiene sobre otras personas significativas (Op. cit.).

De este modo, la solución de problemas es el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema.

La solución de problemas eficaz requiere cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Esos procesos incluyen:

- 1) Orientación hacia el problema
- 2) Definición y formulación del problema,

- 3) Generación de alternativas
- 4) Toma de decisiones, y
- 5) Puesta en práctica de la solución y verificación

El componente de la *orientación hacia el problema* es diferente de los otros cuatro componentes en el sentido de que es un proceso motivacional, mientras que los otros componentes consisten en capacidades y habilidades específicas que permiten a una persona resolver un determinado problema de forma eficaz. La orientación hacia el problema puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Los restantes cuatro componentes del proceso de solución de problemas constituyen un conjunto de habilidades específicas o tareas dirigidas hacia un objetivo, que permiten a una persona solucionar con éxito un determinado problema.

El objetivo de la *definición y formulación del problema* consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una revaloración de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. La valoración inicial del problema implica la respuesta inmediata de la persona ante un problema no definido, basándose principalmente en las experiencias con problemas similares.

Por otro lado, el objetivo del tercer componente, la *generación de alternativas*, es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución "mejor" (la preferida) solución se encuentre entre ellas.

El propósito de la *toma de decisiones* es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor (es), para ser llevada a cabo en la situación problema real.

Finalmente, el propósito de la *puesta en práctica de la solución y verificación* consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

La puesta en práctica de la solución, o ejecución de afrontamiento, se incluye junto a la verificación, en la ejecución de la solución de problemas, debido a que es el prerequisite necesario para la verificación. Sin embargo, la puesta en práctica de la solución está separada del proceso de solución de problemas cuando se evalúan las capacidades o habilidades de solución de problemas. Las habilidades de verificación abarcan la autoobservación y la evaluación del resultado real de la solución (Nezu, citado en Caballo, 1998).

• INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Surgió a principio de los años setenta, cuando la terapia de conducta (TC) se estaba ampliando para incluir procesos cognitivos y de autorregulación. Se desarrolló como un tratamiento general para las fobias y era un procedimiento cognitivo conductual relativamente específico que se centraba en las habilidades cognitivas y de relajación. Posteriormente, se aplicó a muchos otros problemas como la ira, dolor y problemas de salud, así como al estrés

laboral. El entrenamiento en inoculación de estrés emplea un modelo de amplio espectro para la comprensión y el tratamiento de los problemas. Enfatiza las complejas relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales/ambientales. No presupone una centralidad o una influencia causal primaria de ningún factor. Por el contrario, los subsistemas de la persona y el ambiente se ven como elementos mutuamente interactivos, que se desarrollan de un modo transaccional, con una influencia recíproca (Caballo, 1998).

Por lo tanto, el entrenamiento en inoculación de estrés implica una evaluación completa de estas complejas interacciones y una selección cuidadosa de las estrategias de tratamiento. Las primeras aplicaciones se dirigieron hacia los trastornos de ansiedad, con los que este sistema se mostró muy eficaz, disminuyendo, con éxito, la ansiedad ante los exámenes, la ansiedad a hablar en público, la ansiedad social, la ansiedad generalizada y trastornos relacionados con la ansiedad, como son las fricciones académicas, la timidez, la falta de asertividad y la insatisfacción con la propia imagen corporal.

Por consiguiente, el entrenamiento en inoculación de estrés es un tratamiento prometedor para muchos problemas y poblaciones diferentes. Este sistema implica tres fases que se solapan:

1. Reconceptualización
2. Adquisición y ensayo de habilidades
3. Aplicación y consolidación (Deffenbacher, citado en, Caballo, 1998).

En la *primera fase*, el terapeuta y el paciente forman una relación cálida, de colaboración, llevan a cabo una detallada evaluación clínica y desarrollan una mutua comprensión de las preocupaciones del paciente. Los problemas se reconsideran dentro de este nuevo marco y se vuelven a conceptualizar como complejas cadenas de acontecimientos en desarrollo, con causas múltiples, en vez de procesos únicos y todopoderosos. Los problemas se definen, con una visión positiva, en términos de déficit en habilidades, distorsiones cognitivas, falta de habilidades conductuales, estímulos estresantes ambientales, etc., en vez de hacerse en términos de procesos globales negativos.

La *segunda fase*, desarrolla las habilidades de afrontamiento necesarias y/o comienza la intervención ambiental. Éstas varían ampliamente de individuo a individuo y de población a población, pero podrían incluir la reestructuración cognitiva para el diálogo disfuncional con uno mismo, el entrenamiento en relajación para la activación emocional y fisiológica, el entrenamiento en habilidades conductuales para los déficit en habilidades, el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en autoeficacia y en autorrefuerzo, por nombrar unos pocos procedimientos.

La *tercera fase*, asegura la aplicación de los esfuerzos de afrontamiento a las situaciones problema y su transferencia al mundo externo. En las sesiones del

entrenamiento en inoculación de estrés, se ensayan las habilidades en situaciones estresantes escenificadas, simuladas o imaginadas (Op. cit.).

En esencia, el procedimiento implica la preparación cognoscitiva de los pacientes, la adquisición y ensayo de habilidades necesarias y la práctica en la aplicación de estas habilidades (Phares, 1996).

• AUTOCONTROL

La historia del ser humano es una historia del control. Habiendo estado en sus inicios casi totalmente a merced de su medio externo, el hombre ha ido desarrollando gradualmente un elevado grado de control sobre éste. A lo largo del tiempo, los hombres han intentado modificarse y controlarse a sí mismos, mientras iban cambiando y controlando el ambiente que les rodeaba. Durante siglos se ha intentado la modificación de los hábitos y costumbres: el automejoramiento y otros empeños parecidos (Thoresen y Mahoney, 1981).

¿Existen razones éticas o pragmáticas por las que sea aconsejable el autocontrol? Hay, de hecho, varias posibles razones que justifican la elevada consideración que se concede a la capacidad de una persona para controlar sus propias acciones. En primer lugar, existen muy pocas dudas de que muchas pautas de autocontrol poseen, de una manera u otra, un valor para la supervivencia. Una segunda razón de la alta estima en que se tiene al autocontrol radica en su relación con los procesos de socialización (Op. cit.).

Uno de los grandes objetivos de la formación humana en numerosas culturas es el de permitir a las personas gobernar, mantener y coordinar sus acciones sin necesidad de una vigilancia continua. La capacidad de controlar las propias acciones de uno en ausencia de restricciones externas de carácter inmediato, de aplazar o renunciar a gratificaciones, de soportar un dolor evitable, de regirse a uno mismo, suele considerarse como una de las características que definen a una persona inteligente. Muchas veces se considera el autocontrol como el rasgo definitivo de la socialización. Se trata de una pauta de conducta difícilmente observable en los infrahumanos, y algunas veces rara incluso en los humanos. Además de sus valores sociales y para la supervivencia, el comportamiento de autocontrol parece estar marcado por una motivación propia y exclusivamente suya. Se ha dado por sentado que el autocontrol descrito en términos de libertad personal, posibilidad de elección y autodeterminación constituye algo "intrínsecamente" remunerador (Op. cit.).

Determinados hechos parecen sugerir que el control percibido de una persona sobre su ambiente puede impulsarla a actuar. Como la persona constituye en sí misma una parte importante de su propio ambiente, la capacidad de autocontrolarse puede tener un cierto valor remunerador. De los escritos sobre el tema se pueden extrapolar razonamientos parecidos que demuestran que la conducta de carácter exploratorio, la resolución de problemas y la capacidad de

manipular los estímulos procedentes del ambiente pueden impulsar a la acción. Recientes investigaciones en el campo de la elección han probado que determinados aspectos de la autorregulación y la elección pueden poseer propiedades reforzantes (Op. cit.).

Kanfer (1977, citado en Rehm, 1990) define el autocontrol en términos de aquellas estrategias que emplea una persona para modificar la probabilidad de una respuesta, en oposición a las influencias externas existentes. Atribuimos el autocontrol a las personas cuando nos damos cuenta de que no están respondiendo a las presiones de las contingencias externas del momento, sino a favor de algún objetivo a largo plazo.

Se divide en tres etapas: *La primera etapa* consiste en el autorregistro, donde la persona empieza a darse más cuenta o ser más consciente de la conducta en cuestión.

La segunda etapa del proceso de autocontrol es la autoevaluación. Conforme la persona recoge información sobre su conducta, la compara con algún patrón. El resultado es un juicio que tiene un componente afectivo.

La tercera etapa del proceso es el autorrefuerzo. Kanfer plantea la sencilla suposición de que una persona influye sobre su propia conducta de la misma manera que una persona podría influir sobre otra, por medio de la recompensa y el castigo. El autorrefuerzo implica que una autoevaluación positiva es experimentada funcionalmente como recompensante (Rehm, 1990).

Puede considerarse que las tres etapas del modelo forman un bucle de retroalimentación, donde la conducta es registrada, evaluada en comparación a un modelo o patrón y regulada por medio del autorrefuerzo (Op. cit.).

Por otra parte, los enfoques de autocontrol reconocen la participación activa del individuo en el proceso de terapia. El autocontrol convierte a los procesos naturales que normalmente están fuera de la conciencia, son encubierto e informales, en procedimientos que son conscientes, manifiestos y formales. Los enfoques de autocontrol se centran en el cambio del ambiente natural de la persona. Aborda la generalización al "ambiente de la persona" situando la intervención en ese ambiente. Las estrategias de auto control son, en su mayor parte, tareas para casa, que intentan provocar el cambio en las situaciones naturales donde tiene lugar la conducta problemática de la persona.

Las estrategias de autocontrol ponen el énfasis en la persona dentro de la interacción persona-situación. El autocontrol incluye técnicas que la persona aplica a través de distintos contextos. Esto implica que los métodos son, en su mayor parte, cognitivos. Proviene principalmente de posiciones teóricas cognitivoconductuales o del aprendizaje social. El autocontrol se interesa por el modo en que la gente trabaja para conseguir objetivos a largo plazo. Conductas que pensamos se hallan bajo el autocontrol son conductos como la demora de la gratificación, la resistencia a la tentación y la persistencia frente a la adversidad.

A continuación se describen ampliamente las tres etapas del autocontrol del modelo de Kanfer y Hageman (Op. cit.).

El *autorregistro* es una técnica básica de autocontrol. El que el paciente observe y registre sistemáticamente su propia conducta, es consistente con el principio del paciente como colaborador y agente de cambio. Este puede utilizarse para evaluar la conducta, sus antecedentes situacionales, sus consecuencias, el afecto que la acompaña o las relaciones entre todas estas variables. La forma más habitual de autorregistro sería el obtener una medición de la misma conducta de interés. Por ejemplo, el número de cigarrillos que se ha fumado.

Se puede evaluar cualquier dimensión de una conducta, incluyendo la frecuencia, la duración la intensidad o la calidad.

Los pacientes que registran las circunstancias en las que ocurre la ansiedad, pueden descubrir conexiones estímulo – respuesta que de otra manera no se harían obvias. El autorregistro puede también centrarse en las consecuencias de la conducta. Esto puede ser especialmente útil cuando se evalúa una conducta interpersonal problemática, además, no sólo tiene la ventaja de ser una evaluación directa de las conductas problemáticas de la persona, cuando ocurren sino que también puede emplearse para registrar respuestas subjetivas, encubiertas, no disponibles para los observadores externos.

Del mismo modo, es útil no sólo para evaluación inicial y la generación de hipótesis, sino también para la evaluación del progreso. Se supone que los efectos reactivos del autorregistro tienen lugar porque hacen que las consecuencias y los motivos para el cambio se destaquen más. La conducta deseable se recompensa por la oportunidad de registrarla y presentar más tarde al terapeuta esta evidencia de éxito o progreso. La conducta no deseada se vuelve más difícil cuando tiene que registrarse y el registro es un recordatorio de las razones para no llevar a cabo la conducta, puede también usarse como una intervención para modificar la forma en que se dirige la atención en la vida de una persona.

La tarea de autorregistro no debería ser demasiado compleja o pesada, con el fin de maximizar la probabilidad de una buena adherencia. Se han diseñado varios formularios, hojas de registro, o cuadernillos con este propósito y el ingenio del terapeuta para desarrollar tareas de autorregistro añadirá siempre nuevas formas. Las hojas de autorregistro, de pequeño tamaño, que pueden colocarse en la envoltura de celofán de un paquete de cigarrillos, constituyen un ejemplo de un sistema portátil y continuo de autorregistro, que se ha utilizado en una serie de programas para dejar de fumar.

La *autoevaluación* se utilizará también como un encabezamiento para hablar sobre temas que se refieren a las evaluaciones de la eficacia de un individuo, al llevar a cabo una conducta determinada, y a las evaluaciones de las causas de la conducta. La autoevaluación negativa constituye, a menudo, un componente de los problemas de ansiedad y depresión. Se puede pensar en la

autoevaluación como la comparación de la propia conducta con respecto a un patrón impuesto por uno mismo. Se puede considerar entonces a los problemas de autoevaluación en términos de establecimiento de patrones. Este conjunto de patrones u objetivos puede ser irrealmente elevado y/o, después de que ha tenido lugar el hecho, se pueden reinterpretar los patrones, de modo que la actuación se encuentre siempre por debajo de esos patrones.

Un objetivo apropiado debería ser realista, definirse en términos observables y hallarse dentro del control del sujeto. Los objetivos deberían definirse en términos positivos, como conducta que se tiene que aumentar. Se debería contar con éxito el que la conducta de interés se lleve a cabo, sea o no realizada fácilmente o sin ansiedad. La práctica en autoevaluación internaliza las bases para una autoestima positiva.

La *autoeficacia* se relaciona con la autoevaluación, en el sentido de que es una expectativa generalizada sobre si la persona puede cumplir con un determinado objetivo de actuación. Las expectativas de eficacia determinan si la persona iniciará esfuerzos dirigidos hacia el afrontamiento y la solución de problemas. Las expectativas de eficacia se encuentran influida por cuatro factores: 1) la actuación real, 2) la experiencia vicaria, 3) la persuasión verbal, y 4) los estados fisiológicos.

La forma en que la gente maneja sus respuestas a los acontecimientos está determinada, en parte, por las causas a las que atribuye estos sucesos. Las atribuciones se producen a lo largo de dimensiones básicas, como causas internas *versus* causas externas (es decir, debido a mí *versus* debido a causas externas a mí) y causas estables *versus* inestables (una influencia continua sobre esos acontecimientos, con implicaciones para ocasiones futuras, *versus* una causa limitada a un único acontecimiento).

El *autorreforzamiento*, se refiere a las consecuencias del proceso de autoevaluación, tal como se encuentra determinado por contingencias autoimpuestas. El autorrefuerzo puede ser manifiesto o encubierto. Una persona podría recompensarse a sí mismo con una recompensa manifiesta, tangible, como un sorbete de helado o ver una película, por terminar una tarea difícil o bien podría recompensarse a sí misma encubiertamente, con el pensamiento de los efectos positivos, a largo plazo, de su conducta o de sus realizaciones, como, por ejemplo, los pensamientos positivos sobre una mejor salud después de hacer ejercicio o los pensamientos satisfactorios al examinar un proyecto acabado. El autocastigo puede ser, igualmente, manifiesto (cortar el césped tú mismo, en vez de pagarle al chico del vecino para que lo haga, después de no haber cumplido un objetivo durante el fin de semana) o encubierto (pensamientos de culpabilidad después de un postre con muchas calorías).

Tanto el reforzamiento manifiesto como el encubierto pueden emplearse terapéuticamente como técnicas de autocontrol. Cuando la terapia de autocontrol implica tareas para casa, las técnicas de autorrefuerzo pueden

emplearse para mejorar la adherencia, aumentar la generalización e incrementar la capacidad para mantener el cambio de conducta después de la terapia. La autorrecompensa puede servir como motivo para hacer la tarea (Rehm, 1990).

A manera de resumen, puede decirse que existen algunos testimonios preliminares que parecen indicar que el autocontrol puede tener propiedades motivacionales o de refuerzo. La capacidad de elegir entre diversas opciones de respuesta, condiciones de refuerzo o tipos de recompensa o gratificación puede resultar ya de por sí reforzante. La especulación y la extrapolación desde otros campos de investigación han apuntado asimismo la importancia del control sobre el ambiente y el valor de contar con toda una diversidad de respuestas (Thoresen y Mahoney, 1981).

Como ya se mencionó, es importante conocer la conceptualización y el proceso que debemos seguir para la aplicación de las diferentes técnicas, ya que en base a éstas se tratara de disminuir las repercusiones psicológicas que presentan las adolescentes en el posparto, específicamente la depresión, ansiedad y autoconcepto, por lo que ahora es importante definir éstos indicadores psicológicos que son parte fundamental en este proyecto de investigación.

4.4 INDICADORES PSICOLÓGICOS

Dado que tanto en la adolescencia como en el posparto se presentan principalmente los estados emocionales de depresión y ansiedad, así como deterioro en el autoconcepto, se considera necesario abordar dichos aspectos, pues a pesar de que las repercusiones de un embarazo en la adolescencia varían de acuerdo con la cultura, la educación, el nivel escolar, el grado de desarrollo socioeconómico y las diferentes legislaciones que hay en cada país para la protección de la menor, es indiscutible que se necesita el apoyo, ya que independientemente del lugar en que se encuentre el adolescente, este va a presentar dichos estados emocionales.

Del mismo modo, las jóvenes y parejas bien orientadas y que cuentan con el apoyo de programas adecuadamente planeados, toman conciencia y fortalecen su capacidad para tomar decisiones respecto de su vida futura. Todo este programa, ayuda a convertir un fracaso en un proceso que puede convertirse en éxito.

El apoyo debe darse dentro un marco realista que califique con objetividad las capacidades de la madre y la pareja, de una manera muy respetuosa y sin invalidarlos, demandando de ellos una cooperación congruente a sus capacidades.

Es por ello que, en el siguiente apartado, se describirán ampliamente los indicadores anteriormente mencionados, para conocer más acerca de ellos, y así mismo poder elaborar una estrategia terapéutica más adecuada.

• ANSIEDAD

La ansiedad consiste en una anticipación catastrófica de malos resultados y un temor difuso. Suele estar envuelta en una atmósfera de preocupación por lo que pueda pasar. Está presente transversalmente en otras emociones como el miedo y la culpa. Provoca una activación general del organismo, irritabilidad, hiperactividad y tensión muscular, y es culpable de las adicciones y de la ruina emocional de mucha gente. Debe ser combatida con la práctica de la relajación muscular, el ejercicio, el yoga y otras técnicas. Sólo cuando el sujeto se ve desbordado procede recurrir a ansiolíticos. También están indicadas la reestructuración cognitiva y la no anticipación de calamidades. Recientes estudios demuestran que sólo se cumple el 4% de nuestros temores (Silveira, 1998).

La palabra ansiedad se deriva de las raíces griegas que denota la "impresión de estrechez". El término de ansiedad en latín "*anxious*" connota una noción de pobreza (carencia), estrechez o constricción asociada con incomodidad. La ansiedad es una respuesta normal a amenazas disipadas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores. El término de ansiedad suele confundirse con el de miedo, pues a veces se utilizan como sinónimos y a veces como conceptos diferentes. El miedo se refiere generalmente a una reacción emocional al daño o perjuicio de algún peligro objetivo en el medio ambiente. Es decir, se tiene la percepción de una situación claramente amenazante, conocido, externo, inmediato y bien definido; mientras que en la ansiedad dicha situación u objeto no se perciben más que de una manera confusa y vaga, la amenaza es por lo tanto desconocida, interna, futura, subjetiva y de origen conflictivo (Archundia, 1981).

Así, se puede decir que la ansiedad es una reacción emocional que surge ante la percepción de una amenaza personal al bienestar físico o psicológico y que es experimentada universalmente ante diferentes situaciones. Emoción caracterizada por sentimientos de anticipación de peligro, tensión y angustia y por tendencias a evitar o escaparse (Davidoff, 1997).

Por otra parte, el término de ansiedad está muy relacionado con el de estrés; ya que el estrés se ha usado para referirse a condiciones de estímulos peligrosos (estresores) que producen reacciones de ansiedad como los cambios cognitivos, afectivos, conductuales y psicológicos (Lazarus, 1984, citado en Duarte, 1997).

Según Salvatierra (1989), los estímulos que ponen en marcha el estado de ansiedad se relacionan con el estrés porque en este están inmersos todos los estímulos que provocan ansiedad. Es decir, un acontecimiento externo puede llamarse estresante si la persona es incapaz de enfrentarse con él o si la

reactividad nerviosa es excesiva o prolongada. Por lo tanto, se concluye lo siguiente: el que provoque o no estrés un acontecimiento dependerá de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos de la persona para enfrentarse con él.

De modo que, existen bases fisiológicas de la ansiedad en donde se establece una diferencia entre las reacciones agudas (inmediatas) y las crónicas (demoradas y persistentes).

Ansiedad aguda, la secuencia de la tensión comienza con un "mensaje" de peligro que proviene del entorno, el cual se procesa en el sistema nervioso central. Los circuitos en todo el cerebro y la médula espinal desempeñan numerosas funciones en la ansiedad. La formación reticular, una red de células nerviosas en el tallo cerebral avisan a la corteza que existe información sensorial importante. Conforme los datos sobre sucesos con posibilidades peligrosas pasan a través del sistema reticular, éstos se clasifican como importantes; entonces, la formación reticular activa la corteza, que presta toda su atención al asunto.

Ansiedad crónica, Hans Selye, un endocrinólogo, fue uno de los primeros científicos que exploraron los efectos crónicos de la ansiedad. Llegó a creer que los organismos de todo tipo experimentan un Síndrome General de Adaptación (SGA) como respuesta a la tensión. Sus estudios sugieren que el frío intenso, el conflicto, las lesiones, las bacterias, y la cirugía elicitaban patrones similares de respuestas corporales (Davidoff, 1997).

- Etapa 1: Reacción de alarma
- Etapa 2: Resistencia
- Etapa 3: Extenuación

De manera que, es necesario realizar una evaluación conductual de la ansiedad:

1. La ansiedad no es un rasgo ni una característica de personalidad que sea interna al individuo.
2. La ansiedad se puede adquirir a través de numerosos mecanismos de aprendizaje-subjetivo-cognitivo-fisiológico-motor.
3. La ansiedad consta de componentes de respuesta múltiples y complejos que ocurren en relación con las señales que producen la ansiedad.
4. Los canales de la respuesta de ansiedad no correlacionan muy alto.
5. Las recientes concepciones de la sociedad han tratado de ofrecer un modelo y una organización de los tres canales de respuesta de ansiedad al mismo tiempo que explican la desincronía entre los canales (Davidoff, 1997).

De acuerdo con Lader (citado en Archundia, 1981), la ansiedad como síndrome de respuesta emocional tiene las siguientes tres dimensiones:

- 1) Subjetiva-cognitiva, que incluye la apreciación de amenaza o peligro que se acompaña de una sensación de miedo.
- 2) Cambios fisiológicos, que se refiere a aquellas alteraciones a nivel anatómico y neuroendócrino, los cuales forman parte de la sintomatología y la motilidad.
- 3) Conducta motora, con ciertas tendencias de acción y a los intentos por manejar la situación que provocó la ansiedad.

Estos tres factores son parte integral de una respuesta y el modelo particular con el que proveen *displacer*, es característica distintiva de cada emoción.

Los aspectos cognitivos de la ansiedad se refieren a la percepción de una amenaza por parte del sujeto, independientemente que si se trata de un evento capaz de ser manejado o si se trata de una amenaza objetiva o subjetiva, el sujeto siempre tendrá la sensación de conflicto. Con respecto a los cambios fisiológicos durante un estado de ansiedad, hay en primer lugar una activación neurovegetativa, análoga a un estado de emergencia, seguida de modificaciones hormonales y de la aparición del comportamiento con los que el sujeto intenta afrontar la situación, adaptándose, superándola o evitándola. Por último, los aspectos conductuales de la ansiedad se refieren a todas aquellas acciones que el sujeto realiza para manejar (resolviendo o evitando) el problema o la situación generadora de ansiedad, es decir, se refieren tales aspectos a las conductas de afrontamiento que utiliza un sujeto para manejar los estímulos generadores de ansiedad (el afrontamiento es la capacidad que tiene el individuo de resolver de la mejor manera los problemas a los que se enfrenta) (González, 1996).

De acuerdo a la literatura, la palabra ansiedad ha recibido diversas definiciones, sin embargo, la ansiedad consiste en una respuesta cognitiva, fisiológica, conductual y emocional ante un estímulo que es percibido como amenazante o conflictivo, cuya respuesta dependerá de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos de la persona para enfrentarse con él.

Todo esto, tiene como base diversos estudios, es por ello que vamos a seguir conociendo el concepto de la siguiente repercusión psicológica en las mujeres que se encuentran en el posparto, cómo influye en ellas, y sus diversas características.

• DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del humor que constituye, junto con la angustia, la disfunción mental más frecuente en la población general. Ciertamente, la depresión se halla muy extendida, entre el 5 y el 12% de los hombres y entre el 10 y 12% de la mujeres de los países industrializados sufren o sufrirán algún episodio depresivo importante en su vida. La mitad de ellos padecerán depresiones en más de una ocasión y hasta una quinta parte alternará sus momentos bajos de humor y de tristeza con crisis maníacas, signo inequívoco de la enfermedad bipolar, antes llamada psicosis maniaco-depresiva. En la fase

maniaca, los afectados pierden las ganas de dormir, se muestran hiperactivos y tienden a adoptar comportamientos autodestructivos: conducción temeraria, promiscuidad, ludopatía y en la depresión se presenta disminución del interés, hipoactividad, insomnio o hipersomnia casi cada día, pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, etc. (Coperías, 1999).

En un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud –OMS- puede leerse que 340 millones de personas sufren depresión en todo el mundo. En México se estima que entre un 6 y 8% de la población general ha sufrido de depresiones. Este organismo internacional también advierte que la depresión será en el año 2020 la patología que provocará más pérdida de años de vida saludable, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares (Op. cit).

Ciertamente, los médicos generales, psiquiatras y psicólogos alertan de que se enfrentan a un número cada vez mayor de pacientes afectados por diferentes trastornos del ánimo, desde depresiones leves hasta alteraciones distímicas crónicas. La depresión está en aumento, esto es un hecho, aunque también es factible que su mayor presencia se deba a que la recuperación de los pacientes depresivos sea más eficiente que en épocas anteriores. La mayoría de los especialistas atribuyen esta situación a factores de tipo psicosocial. Por ejemplo, en las sociedades occidentales, las posibilidades de padecer estrés –el gran aliado de la depresión- resultan mucho mayores. Las exigencias y expectativas modernas son tan variadas, que la probabilidad de que un individuo se frustre es bastante alta.

La pérdida de valores y el inevitable deterioro de la solidez en las relaciones interpersonales son otros factores de riesgo a tener en cuenta. Y con respecto a este último punto, no hay que olvidar que el apoyo social es un elemento de protección contra la melancolía y otras patologías mentales, según apuntan los especialistas. Además del dolor y la incapacidad que acarrea, la depresión representa un peligro para la propia vida. Entre el 10 y el 15% de los que padecen una depresión grave pide la muerte como el mayor de sus anhelos.

Cada día, 800 personas se suicidan en el mundo por culpa de este mal, según la OMS. Por un lado, la inhibición social, uno de los síntomas característicos de la enfermedad depresiva, implica una incapacidad por parte del paciente para relacionarse y mantener el rendimiento laboral. Por otro lado, cada vez son más sólidas las pruebas que indican que las personas depresivas están más predisuestas a padecer infartos, accidentes cerebrovasculares y tumores malignos que el resto de la población (Op. cit).

“La depresión es una enfermedad y a diferencia de la tristeza es una situación patológica, acompañada de falta de interés y falta de placer en las actividades cotidianas. La tristeza es un estado de ánimo temporal, sufre de variaciones y tiende a desaparecer con el tiempo. La depresión es algo que se mantiene y se va exacerbando”, señala el doctor Luis Guillermo Ruiz, jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI (Op. cit).

El doctor Enrique Camarena (citado en Coperías, 1999), de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, puntualiza que la depresión se asocia a la alteración de una serie de factores que van muy unidos. El primero de ellos son de tipo afectivo, cuyo máximo exponente es el sentimiento de tristeza. Aunque ésta es el principal síntoma de la depresión, hay pacientes en los que la tristeza está oculta, esto es, enmascarada y, en su lugar, predominan otros sentimientos más difusos, como la sensación de estar desamparado o desvalido y la desesperación". En segundo lugar se hallan los factores cognitivos. La alteración del humor deteriora la capacidad cognitiva. Los pacientes depresivos piensan peor, tardan más tiempo en tomar decisiones y sólo ven el lado malo de las cosas. En estados avanzados de la enfermedad, aparecen situaciones de delirio en las que los afectados creen que están en la ruina, que padecen una patología crónica o incluso que se están pudriendo por dentro. Los llamados factores conductuales también son trastocados por la melancolía. Los depresivos se mueven en un mundo a cámara lenta, desatienden sus compromisos sociales, abandonan sus aficiones, rinden menos en su trabajo y se sitúan en un estado continuo de anhedonia, es decir, que muestran una disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades. "Por último, la depresión causa serias alteraciones físicas y vegetativas, como son los trastornos del sueño y del apetito", comenta el doctor Ruiz (Coperías, 1999).

A la depresión se puede llegar por muchos caminos, pero no es menos cierto que se puede salir de ella gracias a los nuevos antidepresivos y a las modernas y eficaces terapias psicológicas, como la psicoterapia cognitiva e interpersonal, y el psicoanálisis, entre otras (Op. cit).

Todo mundo se siente triste a veces, una depresión es un estado más intenso y persistente. Durante una gran depresión, las personas se perciben desesperanzadas y desanimadas y el tiempo marcha con lentitud. Los seres queridos, la comida, el sexo, los pasatiempos, el trabajo y la recreación pierden su atractivo. Quizás como consecuencia, los individuos deprimidos se aíslan de otros, descuidando los deberes y responsabilidades. Algunos son pasivos y letárgicos, otros inquietos y agitados (Davidoff, 1997).

Por otra parte, la depresión es un estado emocional que se caracteriza por la tristeza y otros síntomas como falta de apetito, sueño y concentración (Garrison y Earls en Papalia y Olds, 1998).

González Nuñez (2002), menciona que la depresión es un estado mental que altera la conducta a cualquier edad. Se afirma que produce un cambio en la bioquímica cerebral (por lo que en casos severos requiere medicamentos) y se cree que afecta más a las mujeres, aunque algunos especialistas empiezan a dudarlo. Las conductas depresivas tienen las siguientes características: 1) tristeza, desgano y sentimiento de vacío; 2) desinterés por actividades que antes gustaban; 3) pérdida o aumento de peso; 4) problemas de sueño (ya sea dormir demasiado o padecer de insomnio); 5) pesadez corporal; 6) apatía, fatiga y poca energía; 7) sentimientos de culpa, impotencia e inutilidad; 8) falta

de concentración, olvidos y dificultad para tomar decisiones, y 9) ideas constantes de muerte y pensamientos de suicidio.

La mujer, por el solo hecho de pertenecer al sexo femenino, tiene más riesgo de experimentar con mayor frecuencia síntomas de depresión y ansiedad, lo que sólo puede ser superado por los antecedentes familiares de alteraciones afectivas (Huerta, 2000).

Los resultados de diversas investigaciones demuestran que las mujeres presentan con mayor frecuencia alteraciones afectivas en comparación con los hombres. Aunque no hay un factor causal directo, en las diversas hipótesis que intentan explicar estas diferencias intervienen factores biológicos (hormonales, genéticos), sociales, ambientales y del estilo de vida de la mujer (Op. cit.).

Se ha confirmado que las alteraciones afectivas de la mujer comienzan desde su adolescencia, por ejemplo, Fisher y colaboradores (citado en Huerta, 2000), indican que los cambios en el estado de ánimo y las alteraciones en el comportamiento y la función social son significativamente más frecuentes en las adolescentes (49.8%) que en las mujeres adultas (34.4%).

Las frecuencias de depresión y ansiedad aumentan en las jóvenes conforme aumentan sus años de escolaridad. En las niñas, la menarquía es un predictor potente de depresión y ansiedad, y demuestran que hay una relación positiva entre estos problemas y la edad a la que se presenta la menarquía en las adolescentes. La depresión, entendida como un estado de ánimo, como sintomatología depresiva y como un trastorno clínico, ha sido reconocida en países de diversas culturas como el problema de salud mental más común y, por lo tanto, más importante en la población femenina (Lara, 1999).

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. El paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas y a él mismo en situaciones en donde no está deprimido le parezcan inverosímiles. Sus observaciones y las interpretaciones que hace de los fenómenos están moldeadas por su marco de referencia conceptual. Los grandes cambios producidos en su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas. Una de las características principales del paciente depresivo, es su relativa inconsciencia o falta de atención con respecto a los estímulos ambientales; independientemente de lo que ocurra a su alrededor, tiende a perseverar en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad (Beck, 1983).

Como ya se mencionó, en la depresión es frecuente encontrar hipoactividad, lo que conlleva a que la persona no se preocupe por su aspecto ni por sus cuidados básicos de arreglo personal y por consecuencia está implícito el deterioro en el autoconcepto, por lo cual es importante conocer lo que implica este aspecto emocional para identificar de mejor manera las características que presentará el adolescente a tratar. Por lo que a continuación se especificarán los aspectos de este indicador psicológico.

• AUTOCONCEPTO

Es el sentido de nosotros mismos, incluidos la autocomprensión y el autocontrol o autorregulación. Los autoconceptos que se construyen en la infancia con frecuencia son fuertes y duraderos; los positivos pueden producir niños con habilidades sociales, físicas e intelectuales que les permiten verse como individuos valiosos para la sociedad (Papalia y Olds, 1998).

Los psicólogos fenomenólogos se concentran en intentar comprender los "Yo" y sus puntos de vista únicos con respecto a la vida. Por lo general se define al yo como un concepto interno (imagen, modelo o teoría) que evoluciona a medida que los individuos interactúan con otros. El autoconcepto influye la manera en que las personas actúan; las acciones, a su vez, cambian los autoconceptos (Davidoff, 1997).

Según Cruz (1992), no es difícil hallarlo confundido con términos tales como imagen corporal, conciencia de sí mismo, yo, self, autoimagen, autorepresentación, autoestima, etc. y en algunos casos sólo se tiene diferentes manejos semánticos. Se diferencia el autoconcepto de la autoestima, así como una elevación de los mismos, mientras que la autoestima hace más hincapié en el aspecto de la evaluación de las características.

La autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general (Montt, 1996).

Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez y ansiedad social (Mussem y colaboradores, citado en Op. cit.).

Se ha demostrado, en pacientes que presentan cuadros afectivos, una alteración en la capacidad de evaluar sus fortalezas y debilidades, tendiendo a distorsionar la imagen de sí mismos. La autoestima influye sobre aspectos importantes de la vida tales como: la adaptación a situaciones nuevas, nivel de ansiedad y aceptación de otros, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas, embarazo en adolescentes y resiliencia (Multon y colaboradores, citados en Op. cit.).

Por autoestima, entendemos la autoevaluación que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre sí mismo, se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta dónde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo (Coopersmith, en Montt, 1996).

Es el grado relativo de valoración o aceptación con que las personas perciben su autoimagen (Gurney, citado en Op. cit.). Estas percepciones incluyen la imagen de sí mismo en comparación con otros (percepción de sí), la imagen que percibe que los otros tienen de él (percepción del otro), y la imagen de cómo quisiera ser (sí mismo ideal).

Para Satir (en Op. cit.), es el concepto de valor individual que cada quien tiene de sí mismo.

El desarrollo de una autoestima positiva propicia el desarrollo de una personalidad sana, en la que el individuo se siente satisfecho consigo mismo y con sus relaciones interpersonales. La autoestima se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento, a través de la interacción del sujeto con otros sujetos y del sujeto consigo mismo, tendiendo a lograr mayores niveles de estabilidad durante la etapa escolar y la adolescencia (Pelham, citado en Op. Cit.).

De este modo, el grupo de coetáneos pasa a tener un papel importante en el desarrollo de la autoestima. Así, la presencia de habilidades sociales, motoras, cognoscitivas, etc., que tienen alta valoración dentro del grupo de pares, contribuyen a desarrollar una autoestima alta. Durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperándose que el joven defina una vocación, aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal, adquiera autonomía, etc (Montt, 1996).

Fittz (1965, citado en Duarte, 1997, pág. 79), define el autoconcepto como "el criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción más completa que es capaz de dar de sí misma en un momento dado".

El énfasis recae en la persona como objeto de autoconcepto, que incluye el sentimiento de lo que otra persona concibe de cómo es ella misma. Aparte, está el hecho de que la percepción es multidimensional y los factores más importantes que describe son categorizados en tres áreas:

1. Identidad (quién/cómo soy).
2. Autosatisfacción (cómo me acepto a mí mismo).
3. Comportamiento (cómo actúo), y las dimensiones abarcan, al yo físico, yo personal, yo ético moral, yo familiar y yo social.

Antes de finalizar el presente capítulo, es importante que el terapeuta cognitivo-conductual, tome en consideración los siguientes aspectos, para obtener mejores resultados con los sujetos de estudio:

Para establecer los objetivos terapéuticos hay que imaginar cómo deseamos que el sujeto se encuentre al finalizar el tratamiento. Así pues, se ha de diseñar su estado futuro, el estado que se desea alcanzar. De esta forma, el tratamiento deberá consistir en un conjunto de actuaciones que lleven al paciente del estado actual al estado futuro deseado, apareciendo las conductas que ahora no existen pero que deben crearse. Los objetivos terapéuticos se establecen con el fin de saber qué metas se fija el terapeuta, hasta dónde debe llegar con su intervención y qué pretende conseguir (Gavino, 1999).

Asimismo, se debe considerar que el terapeuta cognitivo-conductual deberá poseer las siguientes habilidades: ha de saber detectar la situación problemática que el paciente tiene que empezar a definir, agilidad en la generación de múltiples alternativas, ha de ser activo y directivo, ha de ser capaz de intervenir sin prejuzgar las opiniones, creencias y pensamiento del paciente, ha de saber establecer una buena relación empática con el paciente, favoreciendo la participación de éste, ha de ser claro en sus explicaciones, debe adaptar el lenguaje al nivel cultural del paciente, ha de buscar ejemplos cercanos a la vida del sujeto, ha de saber transmitir al paciente la información relevante que pretende dar a conocer, debe saber animar al paciente a formular dudas acerca de la intervención, ha de poseer la capacidad de detección de estímulos y capacidad de modificarlos, ha de saber organizar el tiempo de sesión, debe mostrar habilidades directivas sin perder la relación empática conseguida, debe poseer capacidad de observación y dominio de variables relevantes para la habilidad conductual que entrena, las tareas que solicita deben ser realistas y con altas posibilidades de éxito por parte del paciente, ha de saber motivar al sujeto de manera que éste realice las tareas encomendadas y debe de saber seleccionar los reforzadores adecuados y aplicarlos en el momento oportuno para la meta establecida (Op. cit.).

Hasta este momento hemos analizado la primera parte del marco teórico que conforma este proyecto de tesis, considerando los apartados que definen a la adolescencia, el embarazo, el vínculo que se establece cuando se presenta un embarazo en la etapa adolescente, así como el enfoque cognitivo-conductual, lo que nos servirá para conformar la propuesta de intervención a seguir en dicho proyecto.

La segunda parte, se refiere a la metodología utilizada, en el cual se investigará el índice de ansiedad, depresión y autoconcepto en las adolescentes en el posparto, se realiza un planteamiento del problema a investigar, así como sus respectivas hipótesis, variables, el diseño de investigación, se explica ampliamente la batería de pruebas que se aplicó con sus respectivos instrumentos, además se define el procedimiento a seguir, para posteriormente analizar de manera estadística los datos y presentar los resultados obtenidos en este proyecto de investigación, que nos servirán de base para realizar la propuesta de intervención cognitivo-conductual que esperamos sea de utilidad en un futuro para mejorar la calidad de vida de las adolescentes con la responsabilidad de educar a un hijo.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

No cesaremos en la exploración,
y el fin de todos nuestros esfuerzos,
será llegar a donde empezamos,
y conocer ese lugar por primera vez.

T. S. Elliot (citado en, Goldfried, 1996)

Algunas actividades demandan mayor interés, devoción y entusiasmo que otras. Tal es el caso de la investigación científica, a la que en el momento de realizarla se le dedica la mayor parte de nuestro pensamiento y energía, ya que se establece un compromiso motivado por convicción, más que por obligación, y esto a su vez nos aumenta el interés y el entusiasmo por llegar a nuestra meta final.

Es por ello, que el presente capítulo, se refiere al análisis de la siguiente investigación tomando en consideración los aspectos que a continuación se describen:

- El impacto o repercusiones psicológicas en las adolescentes que cursan el posparto inmediato, mediato y tardío considerando desde las primeras 24 horas hasta las 4 semanas del puerperio, sea fisiológico o por cesárea sin complicaciones médicas, casadas o solteras pero que cuenten con algún apoyo familiar, tomando en cuenta las edades comprendidas entre los 13 y 19 años; el grupo control será con las mismas características del posparto y las edades comprendidas entre los 25 y 35 años, ya que consideramos que la experiencia de la maternidad difiere notablemente en estas dos etapas que presenta el individuo, dadas las características de maduración en general.
- Realizar una propuesta de intervención cognitivo-conductual, ya que el impacto de la maternidad precoz en el desarrollo posterior de la adolescencia tiene efectos adversos, dado que las madres juveniles acostumbran dejar la escuela antes de tiempo, tienen empleos peor pagados y se sienten más insatisfechas con su trabajo. Es probable que dependan de la ayuda familiar, si es que tienen el apoyo. Las madres adolescentes deben enfrentar su propio desarrollo social y personal a la vez que tratan de adaptarse a las 24 horas de necesidades de su pequeño. Es indicada la terapia cognitivo-conductual ya que es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones psíquicas (por ejemplo la depresión, la ansiedad, problemas relacionados con el dolor, etc). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están

determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1983). Se eligió esta terapia, ya que los adolescentes buscan obtener cambios rápidos y efectivos y este tipo de terapia reeducativa los proporciona, dando dentro de éstos un reajuste ambiental.

Por consiguiente, los indicadores a utilizar en la investigación son: depresión, ansiedad y autoconcepto, dado que son los desajustes emocionales más frecuentes que se presentan en la adolescencia y durante el posparto.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las repercusiones psicológicas que se presentan en las adolescentes en el posparto y cuál sería la intervención cognitivo-conductual más adecuada para su afrontamiento?

Este es el planteamiento del problema y la importancia de este estudio se centra en los siguientes aspectos:

- Establecer o clarificar los indicadores de repercusión psicológica que las madres adolescentes manifiestan para a partir de ellos poder plantear alternativas de atención idóneas lo que limitará el impacto negativo a otros niveles, puesto que consideramos que esto es un problema de salud pública y del cual no podemos hacer caso omiso.
- Dada la gran problemática creciente que existe en nuestro país en cuanto a embarazo en adolescentes, por ser consecuencia de origen multifactorial y además tener implicaciones psicosociales graves, es necesario investigar y dar a conocer una alternativa funcional de intervención cognitivo-conductual, de tal manera que la adolescente y su hijo se den la oportunidad de desarrollar una actitud ideoafectiva adecuada, así como una buena y productiva adaptación social.
- Así mismo, se podrán implementar programas de intervención reales que permitan a la adolescente desarrollar cambios a largo plazo y adaptarse a su nuevo rol social, lo cual resulta relevante en tanto que la psicología contemporánea está replanteando la práctica del cuidado del ser humano a partir de la realidad que se vive dentro de la población de nuestro país.

El embarazo en las adolescentes representa un problema de salud pública, sobretodo porque el mayor porcentaje de población tanto a nivel nacional como mundial está compuesta por jóvenes; los nacimientos en menores de 19 años según el INEGI (1998, citado en Arellano, 2000), en el Estado de México, es de 40,851 solamente en el nacimiento de su primer hijo y de 9,284 en su segundo hijo. Debido a que la adolescencia es una etapa de transición difícil en la cual se tienen que enfrentar a la tensión de tener un nuevo cuerpo y nuevas reglas, se tienen que superar crisis, volver a examinar los autoconceptos y las decisiones

acerca de los valores y las funciones del adulto; pueden llegar a tomar decisiones equivocadas o carecer de responsabilidad ante las actividades sexuales.

Por ello, a continuación se describen los objetivos de la investigación:

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN:

- Identificar las repercusiones psicológicas que presentan las adolescentes en el posparto, mediante la aplicación de tres instrumentos de evaluación psicológica ya validados, con el fin de establecer un programa de intervención cognitivo-conductual, el cual permitirá una mejor adaptación en este periodo.

Objetivos específicos:

1. Evidenciar la incidencia de ansiedad, depresión y autoconcepto en las mujeres adolescentes de 13 á 19 años, que cursan el posparto sin complicaciones médicas, así como en las mujeres adultas de 25-35 años de edad como grupo control, para realizar un cuadro comparativo en el cual se establezca que existe más ansiedad, depresión y bajo autoconcepto en las adolescentes en relación con las adultas, dada la etapa de transición que están cursando.
2. Realización de un análisis estadístico, así como la descripción de tales indicadores mediante las pruebas psicológicas: Inventario de Depresión de Beck, Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma-A (AFA) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA).
3. Dependiendo de los resultados obtenidos, se realizará una propuesta de intervención cognitivo-conductual, para proporcionar redes de apoyo y recursos de afrontamiento, a las situaciones antes descritas.

5.2 HIPÓTESIS

Dadas las características y el planteamiento de este proyecto de investigación, se formulan las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis Alternativa**
Existen diferencias en cuanto a repercusiones psicológicas en las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto.

- **Hipótesis Nula**
No habrá diferencias en cuanto a repercusiones psicológicas en las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto.

5.3 VARIABLES

- **Variable Organísmica***

Mujeres adolescentes que cursan el posparto.

- **Definición operacional**

Adolescente: se considera a aquellas pacientes que se encuentren entre los 13 y 19 años de edad y que estén cursando un posparto sin complicaciones.

Posparto: periodo que inicia a partir del nacimiento del producto, dentro del cual se realizan ajustes físicos, fisiológicos y psicológicos.

- **Variable Dependiente**

Las repercusiones psicológicas, es decir, el estudio referido a la ansiedad, depresión y autoconcepto, parte central de este proyecto.

- **Definición operacional**

Autoconcepto: es la percepción que uno tiene de sí mismo, específicamente; son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Depresión: estado emocional que es usado para referir un síndrome en el que se reconocen cambios de humor, apetito, sueño, etc., en donde principalmente se encuentra una falta de interés para realizar las actividades normales, se presentan sentimientos de culpabilidad y pensamientos irracionales.

Ansiedad: es un estado que se caracteriza por sentimientos de tensión y una percepción exagerada de las situaciones que percibe como amenazantes.

* Es una dimensión o propiedad característica de los organismos, la cual puede tomar cualquier valor entre dos y un número infinito de condiciones relativamente estables que un investigador ha seleccionado con el propósito de determinar su efecto sobre la conducta del organismo. Las variables independientes y las orgánicas son similares en cuanto que son variables antecedentes y además porque tienen como objetivo determinar su efecto sobre la conducta. Por estas razones algunos consideran las variables orgánicas como una forma de variable independiente. Sin embargo, en el caso de las variables orgánicas, el investigador no manipula las condiciones de las variables como sí ocurre en el caso de las variables independientes. La manipulación de las condiciones del tratamiento impone un nuevo estado o atributo al organismo. Las condiciones que constituyen las variables orgánicas existen en el organismo, por ejemplo, hombre y mujer, ansiedad alta y baja, psicotismo y no psicotismo. El investigador simplemente selecciona las variables respectivas (sexo, ansiedad, estabilidad mental) y sus condiciones mediante la selección de sujetos que varían en las características de dichas variables, por ejemplo, individuos que tienen alta o baja ansiedad. El propósito de incluir variables orgánicas en un experimento es el de determinar su relación con la conducta, sola o en combinación con una variable independiente (Zinzer, 1992; Kerlinger, 1997).

- **Variables controladas**

Edad,
Escolaridad mínima,
Parto sin complicaciones,
Nivel socioeconómico bajo.

Lo anteriormente señalado se debe a las características que presentan las mujeres al ser atendidas en una institución gubernamental y también por los requerimientos necesarios para la aplicación de las pruebas psicológicas.

- **Variables extrañas**

Condición indistinta del estado civil, ya que no se toma en cuenta para la aplicación de las pruebas psicológicas.

De tal manera y tomando en consideración lo anterior, se procede a explicar el diseño de investigación que se llevó a cabo para la realización de este proyecto.

5.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación evaluativa de campo, ya que no existe una manipulación directa sobre las variables, únicamente se observó la relación que existe entre éstas, además de llevarse a cabo en el medio ambiente natural de los sujetos de estudio.

El diseño fue de dos muestras relacionadas, ya que se tuvieron dos grupos de sujetos de distintas poblaciones, pero cursando por el rasgo común del posparto, de las cuales una funcionará como grupo experimental que es el grupo de mujeres adolescentes de 13 a 19 años que se encuentren en el posparto y el otro considerado como grupo control que es el grupo de mujeres adultas de entre 25 y 35 años. A los dos grupos se les aplicarán las pruebas psicológicas; posteriormente se medirán las respuestas de los dos grupos y se establecerá una comparación para determinar si existen diferencias significativas entre ellos.

De igual manera, se llevó a cabo un muestreo de tipo intencional no probabilístico por cuota, ya que se estipularon de antemano las características que deberán de poseer los sujetos a elegir y el número de éstas que formaron la muestra (Hernández, 2000).

Es importante mencionar que se eligió una muestra de 80 sujetos, 40 mujeres adolescentes entre los 13 y 19 años de edad que estuvieran cursando por el posparto sin complicaciones médicas y 40 mujeres adultas de entre 25 y 35 años de edad, que igualmente cursaran por el posparto, que supieran leer y escribir, que tuvieran el mismo nivel socioeconómico bajo, de estado civil indistinto, pero contando con algún apoyo familiar.

Se eligió el periodo entre los 13 a 19 años de edad, ya que Mckinney (1982), determina que es el que se utiliza generalmente para referirse al adolescente, pues es cuando ocurren los mayores cambios fisiológicos y psicosociales.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

• **Criterios de Inclusión**

Pacientes del Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada" en el Estado de México, del Área de Ginecoobstetricia.

Edad entre 13 y 19 años para las mujeres adolescentes y entre 25 y 35 años de edad para las mujeres adultas.

Que se encuentren cursando un posparto sin complicaciones médicas.

Que al momento de la aplicación de las pruebas se encuentren en binomio conjunto, es decir, que estén juntos madre e hijo.

Escolaridad mínima de primaria.

Que sepan leer y escribir.

De nivel socioeconómico denominado como bajo

Nacionalidad mexicana.

Estado civil indistinto, pero contando con algún apoyo familiar.

• **Criterios de Exclusión**

Pacientes con problemáticas de tipo psiquiátrico y/o retraso mental.

Pacientes que estén cursando el posparto, que no fueron atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", del Estado de México.

Pacientes que estén cursando un posparto con complicaciones médicas tales como: toxemia, eclampsia, preclampsia, etc.

Pacientes en donde el embarazo haya sido producto de una violación.

MÉTODO

Escenario

El estudio se llevará a cabo, tanto para el grupo de adolescentes (grupo experimental), como para la de adultos (grupo control) en el Hospital General de Cuautitlán de Romero Rubio, "Gral. José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, en el servicio de hospitalización de Ginecoobstetricia, en pacientes que estén cursando un posparto sin complicaciones médicas.

Sujetos

La muestra consistió de un total de 80 sujetos, los cuales se dividieron en dos grupos: 40 adolescentes en el posparto sin complicaciones médicas de entre

13 y 19 años de edad siendo éste el grupo experimental y 40 mujeres en el posparto de entre 25 y 35 años de edad, siendo éste el grupo control. Consideramos que es necesaria dicha población para que realmente tenga validez y significancia la investigación.

Fases

Una vez que se planteó el problema, se procedió a hacer una cita con el Jefe del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", Dr. Alfonso de la Garza, con el objeto de solicitar la autorización para llevar a cabo el estudio y cubrir los objetivos del mismo. Se seleccionó a los sujetos que reunían las características antes descritas.

Con las muestras seleccionadas se procedió a dar una breve explicación sobre las características de la investigación, se estableció un rapport para motivarlas y obtener la mejor información posible, se contó con el consentimiento verbal y/o escrito de toda la población.

Una vez que los sujetos aceptaron la propuesta, se procedió a la aplicación de los instrumentos en forma individual.

Ya reunidas todas las pruebas, se calificaron y analizaron los datos obtenidos estadísticamente, haciendo una discusión y conclusiones de los resultados.

Con base a estos resultados, se elaborará la propuesta de intervención cognitivo-conductual que estará enfocada a pacientes que se encuentren dentro de los seis primeros meses del posparto, ya que es la etapa donde se presenta el mayor impacto psicológico; se sugiere que sea después del primer mes del parto, ya que es cuando se terminan de realizar los ajustes físicos y fisiológicos de éste.

La propuesta de intervención de acuerdo a Caballo (1998), está considerada para aplicarse en doce sesiones, una vez por semana, con una duración de dos horas y contemplando de ocho a doce pacientes por grupo.

Se utilizó como escenario el cubículo de recuperación de cada paciente del área de Ginecoobstetricia en las instalaciones del Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", Estado de México.

A los dos grupos se les aplicaron las pruebas psicológicas, se midieron las respuestas de ambos grupos para posteriormente establecer una comparación y determinar si existen diferencias significativas entre ellos.

De esta manera, en el siguiente apartado, se procede a explicar cuál es la función de los instrumentos utilizados, así como la aplicación de los mismos para obtener resultados y establecer las diferencias entre ellos.

5.5 INSTRUMENTOS

Los materiales que se utilizaron son: las pruebas psicológicas tales como, a) Inventario de Depresión de Beck, b) Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma-A (AFA) y c) el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), artículos de oficina, computadora, disquetes.

Descripción de instrumentos:

Para la realización de este proyecto, se aplicó la siguiente batería de pruebas psicológicas.

Inventario de Depresión de Beck

Es una escala autoaplicable que evalúa la intensidad del cuadro depresivo de acuerdo con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas características de la depresión.

Para su aplicación, el entrevistador entrega una copia del inventario al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor lo defina en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma.

De acuerdo a la estandarización realizada para México, tiene una confiabilidad basada en el test-retest con una semana de intervalo, obteniendo un coeficiente alfa de 0.87, la validez es de constructo y concurrente (entre el de Beck y la escala de Zung) en una muestra de sujetos con diagnóstico depresivo con un análisis de correlación de Pearson, resultando un valor $r=0.70$ con un nivel de significancia $p < 0.00$, así como validez de contenido (Jurado y colaboradores, 1998).

Los rubros que se miden en esta escala van de la A a la U, y significan lo siguiente:

a) tristeza, b) pesimismo, c) sensación de fracaso, d) insatisfacción, e) culpa, f) expectativas de castigo, g) autodesagrado, h) autoacusaciones, i) ideas suicidas, j) llanto, k) irritabilidad, l) aislamiento social, m) indecisión, n) cambios en la imagen corporal, o) retardo laboral, p) insomnio, q) fatigabilidad, r) anorexia, s) pérdida de peso, t) preocupación somática, u) pérdida de la libido.

Los resultados de la escala se evalúan como sigue: de 0 a 13, no hay depresión; de 14 a 20, depresión leve o moderada; más de 20 puntos, depresión severa.

El inventario de Beck se presenta como sigue: este cuestionario consta de grupos de afirmaciones; el paciente debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación, en cada grupo, que describa de mejor manera cómo se ha sentido, ya sea LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY, y encerrar en un círculo el número al lado de la afirmación que escogió. El paciente debe LEER TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCIÓN.

La Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma A (AFA)

Elaborado por Musitu, G.; García, F. & Gutiérrez, M.; describe varios aspectos de la autoestima, cómo se desenvuelve el sujeto en el ámbito social, académico, familiar y emocional, éstos en conjunto nos dan un autoconcepto global.

La administración puede ser individual o colectiva, tiene una duración aproximada de quince minutos, a partir de segundo de secundaria.

Shavelson y colaboradores (citado en, Musitu y cols., 1997), formularon un modelo jerárquico y multifacético del autoconcepto, definiéndolo como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que él mismo realiza de su propia conducta. En este modelo se proponen como integrantes del constructo, componentes emocionales (son los más subjetivos e internos), sociales (relacionados con la significación que la conducta del individuo tiene para los demás), físicos (en los que tienen una incidencia fundamental las aptitudes y apariencia general del individuo) y académicos.

Se considera que son siete las características fundamentales en la definición del constructo. El autoconcepto puede considerarse como: organizado, multifacético, jerárquico, estable, experimental, valorativo y diferenciable. La gran diversidad de experiencias de un individuo constituye la fuente de datos sobre la que basa sus propias percepciones. Para reducir la complejidad y multiplicidad de estas experiencias, una persona las cifra en formas más simples o categorías (Bruner, citado en Musitu, 1997).

Los sistemas particulares de categorización adoptados por el individuo son, en cierto modo, un reflejo de su cultura en particular. Las categorías representan una manera de organizar las propias experiencias y de darles significado. Una *primera* característica del autoconcepto, por lo tanto, es que está organizado o estructurado.

La *segunda* característica del autoconcepto es que es multifacético; las áreas en particular reflejan el sistema de categorización adoptado por un individuo concreto y/o compartido por grupos.

El *tercer* rasgo o característica es que la estructura multifacética del autoconcepto podría ser jerárquica en una dimensión de generalidad. Es decir, las distintas facetas del autoconcepto pueden formar una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, situadas éstas en la base

de la jerarquía, hasta el autoconcepto general, situado en lo alto de la jerarquía.

La *cuarta* característica del autoconcepto es que el autoconcepto general es "estable". Sin embargo, a medida que uno desciende en la jerarquía del autoconcepto, éste va dependiendo cada vez más de situaciones específicas y así llega a ser menos estable. Además, los cambios en los niveles más bajos de la jerarquía están probablemente atenuados por los niveles más altos, haciendo al autoconcepto más resistente al cambio.

Una *quinta* característica del autoconcepto es su aspecto experimental. Al aumentar la edad y la experiencia (especialmente al adquirir los niveles verbales), el autoconcepto llega a diferenciarse cada vez más.

La *sexta* característica del autoconcepto es su carácter evaluativo. No solamente desarrolla el individuo una descripción de sí mismo en una situación particular o clase de situaciones, sino que también hace valoraciones de sí mismo en estas situaciones.

La *séptima* característica del autoconcepto es que es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado. Por consiguiente, cuanto más íntimamente relacionado esté el autoconcepto con esas situaciones, mayor será la relación.

Es pues, éste, un modelo multidimensional y jerárquico que pretende solucionar las limitaciones teóricas y metodológicas de otros modelos vigentes y en el cual se insiste en el dominio específico del autoconcepto, aún reconociendo un constructo general.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

Fue elaborado por J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel, realiza una evaluación de las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras ante distintas situaciones como ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Para hallar la confiabilidad del ISRA y de cada una de sus partes, se utilizó el método test-retest, con un intervalo de dos meses entre ellos, obteniendo índices elevados, calculado mediante el coeficiente alfa: en la subescala cognitiva 0.96, para el fisiológico 0.98, motor 0.95 y total 0.99

Tiene validez de contenido, que ha sido construido siguiendo la más recientes y contrastadas teorías o modelos de la ansiedad, tiene alta validez empírica, mostrada a la hora de discriminar entre grupos con distintos niveles de ansiedad (muestras de población clínica y de población general), y también se ha estudiado la validez estructural, siguiendo dos métodos: análisis factorial y correlación con otros tests.

El ISRA pretende ser un instrumento preciso de evaluación de las respuestas cognitivas de ansiedad y un primer detector de las respuestas psicofisiológicas y motoras ante situaciones dadas.

De cara a la evaluación, este instrumento permite la obtención de una información más detallada y completa al evaluar situaciones, respuestas, interacción entre ambas, y los tres sistemas de respuesta por separado.

Con vistas al tratamiento, ofrece la posibilidad de una exploración previa que nos dé las pautas sobre situaciones más problemáticas para el sujeto, respuestas a modificar y tratamientos más indicados para el caso.

El ISRA está formado por tres subescalas: la C, que evalúa la ansiedad de tipo cognitivo ante distintas situaciones; la F, que evalúa la ansiedad de tipo fisiológico, en idénticas situaciones y la M, que mide la ansiedad de tipo motor. Las respuestas del sistema cognitivo se refieren a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc., una serie de situaciones que llevan al individuo a un estado de alerta, desasosiego o tensión que generan en él la falta de concentración, de decisión y la idea de que las personas de su entorno observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas.

En el inventario fisiológico encontramos una serie de respuestas que son índices de activación del SNA y del SNS. Algunas de estas respuestas son: palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, tiritones, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, apnea, etc., junto con otros síntomas, tales como molestias de estómago, náuseas, mareo, dolor de cabeza, etc.

Las conductas motoras que recoge el tercer inventario o subescala, son índices de agitación motora, fácilmente observables por otra persona. Incluyen dificultades de expresión verbal, tales como bloqueos o tartamudez, movimientos torpes, respuestas de huida o evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse, hiperactividad, etc.

Del mismo modo, se requiere explicar cuál fue el procedimiento a seguir en este estudio, por lo que a continuación se le dedicará un espacio.

5.6 PROCEDIMIENTO

El presente estudio se realizó en el Área de Ginecoobstetricia del Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", en el Estado de México, dentro de los cubículos de recuperación de las pacientes que se encontraran en binomio conjunto.

El método de selección y de aplicación psicométrica se realizó de acuerdo al ingreso aleatorio de las pacientes que conformarían la muestra.

Después de elegir a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión, se aplicaron los tres instrumentos de manera individual en una sola sesión hasta conformar la muestra requerida de 40 mujeres adolescentes y 40 mujeres adultas. Posteriormente, se calificaron los instrumentos de acuerdo a las normas establecidas para cada una de las pruebas. Finalmente, utilizando el programa de computadora STAT53, se capturaron los resultados en una base de datos, para realizar después un análisis estadístico.

En el siguiente apartado, se explicará cómo se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos.

5.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

El análisis estadístico de datos se procesó en un medio electrónico, a través de la computadora por medio del paquete estadístico STAT53, para obtener las estadísticas descriptivas de cada variable como son: la frecuencia, el porcentaje, la media y la desviación estándar.

Se aplicó una prueba estadística paramétrica, basándonos en que la distribución poblacional de la variable dependiente es normal, es decir, el universo tiene una distribución normal; el nivel de medición de la variable dependiente es por intervalos o razón y porque las poblaciones en cuestión tienen una dispersión similar en sus distribuciones (Wiersma, citado en Hernández, 2000), por lo anteriormente descrito, la prueba a aplicar fue la t de Student, para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en las repercusiones psicológicas de las mujeres adolescentes y las mujeres adultas en el posparto.

Después de realizar el análisis estadístico de datos, se procede a explicar los resultados obtenidos, los cuales se ubican en el siguiente apartado.

5.8 RESULTADOS

La presentación de los resultados de esta investigación se resume de la siguiente manera:

1. Distribución de frecuencias del Inventario de Depresión de Beck del Grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes y el Grupo 2 de mujeres adultas, de acuerdo al nivel de depresión.
2. Prueba t de Student, entre el Grupo 1 de mujeres adolescentes y el Grupo 2 de mujeres adultas con los puntajes obtenidos del Inventario de Depresión de Beck, elaborado por Beck, A. T., con un nivel de significancia de 0.05
3. Realización de un Análisis Descriptivo a través de la Distribución de Frecuencias, Medidas de Tendencia Central y Medidas de Dispersión de la muestra total, de la Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma A (AFA), entre el Grupo 1 de mujeres adolescentes y el Grupo 2 de mujeres adultas, de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Ámbito Académico, Social, Emocional y Familiar, dando como resultado un Autoconcepto Global.
4. Prueba t de Student entre el Grupo de mujeres adolescentes y el Grupo de mujeres adultas, con los puntajes obtenidos de la Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma A (AFA), elaborada por Musitu G.; García, F. & Gutiérrez, M., de acuerdo a los Ámbitos Académico, Social, Emocional y Familiar, que en conjunto arrojan un Autoconcepto Global. El nivel de significancia utilizado fue de 0.05
5. Análisis Descriptivo del Sistema de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), del grupo 1 y el grupo 2, de acuerdo a la Distribución de Frecuencias, Medidas de Tendencia Central y Medidas de Dispersión, con los puntajes obtenidos referentes a lo Cognitivo, Fisiológico y Motor; así como también a los Rasgos Específicos, que se refieren a la Ansiedad ante la Evaluación (FI), Ansiedad Interpersonal (FII), Ansiedad Fóbica (FIII) y a la Ansiedad ante Situaciones Habituales o de la Vida Cotidiana (FIV).
6. Prueba t de Student, realizada tanto del grupo 1 (mujeres adolescentes) y el grupo 2 (mujeres adultas), de acuerdo a la puntuación obtenida del Ámbito Cognitivo, Fisiológico y Motor del Sistema de Respuestas; de igual manera, se analizan los resultados de la t de Student tanto del grupo 1 como del grupo 2, de los Rasgos Específicos, referidos a la Ansiedad ante la Evaluación (FI), Ansiedad Interpersonal (FII), Ansiedad Fóbica (FIII) y a la Ansiedad ante Situaciones Habituales o de la Vida Cotidiana (FIV).

A continuación se procede a esquematizar los resultados obtenidos:

1. Distribución de frecuencias del Inventario de Depresión de Beck. Con respecto a la descripción de ambas muestras se observa lo siguiente:

• TABLA NÚMERO 1

GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
a) No hay depresión	16	40	a) No hay depresión	26	65
b) Depresión leve	7	17.5	b) Depresión leve	6	15
c) Depresión severa	17	42.5	c) Depresión severa	8	20
TOTAL	40	100		40	100
MEDIA	21.4			14.57	

En la Tabla No. 1 se observa que en el grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes comprendidas por un total de 40 sujetos, el 40 % no presenta depresión, el 17.5 % muestra depresión leve o moderada y el 42.5 % presenta depresión severa, siendo la media de 21.4; mientras que en el grupo 2, correspondiente a las mujeres adultas, comprendidas por un total de 40 sujetos, el 65% no presenta depresión, el 15% posee depresión leve o moderada y el 20% muestra depresión severa, la media asciende a 14.57. En la siguiente gráfica se esquematizan los porcentajes comparativos del grupo 1 y del grupo 2.

FIGURA NÚMERO 1

COMPARACIÓN DE GRUPOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK "NO HAY DEPRESIÓN"

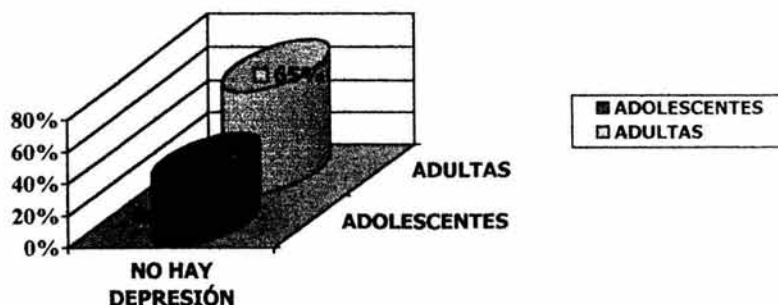


FIGURA NÚMERO 2

COMPARACIÓN DE GRUPOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK "DEPRESIÓN LEVE"

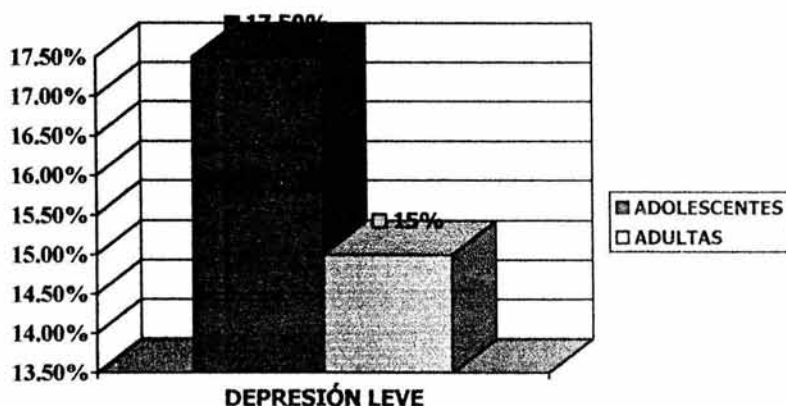
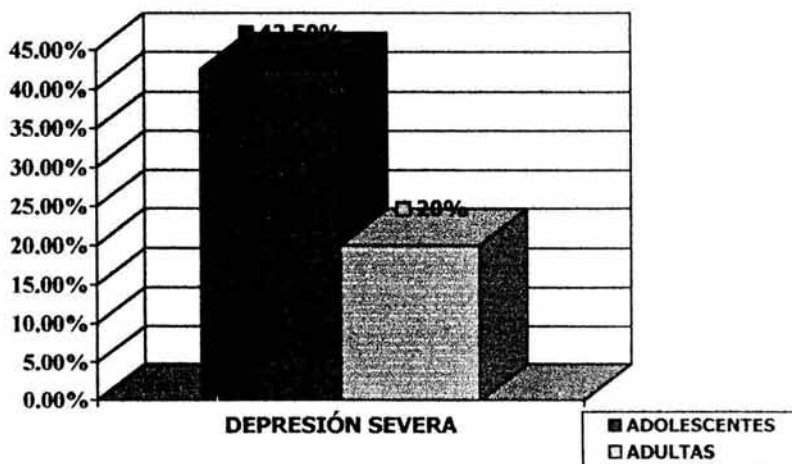


FIGURA NÚMERO 3

COMPARACIÓN DE GRUPOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK "DEPRESIÓN SEVERA"



Lo anterior nos indica que, en el Grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, en general se presentan mayores rasgos de Depresión al encontrarse dentro del binomio conjunto, lo que nos obliga a observar que en el transcurso de la obtención de resultados, encontraremos diferencias entre éstos dos grupos de estudio.

2. A continuación se hace la presentación de los resultados de la prueba t de Student entre el grupo 1 (mujeres adolescentes) y el grupo 2 (mujeres adultas), con los puntajes del Inventario de Depresión de Beck, con una significancia de 0.05

• TABLA NÚMERO 2

VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	21.4	14.88
GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	14.57	13.37
VALOR CALCULADO t			2.157
VALOR CRÍTICO t			1.671

En la Tabla No. 2, se puede observar que en el grupo 1 de mujeres adolescentes que cursan por el posparto, se obtuvo una media de 21.4, con una desviación estándar de 14.88, mientras que en el grupo 2 correspondiente a las mujeres adultas que cursan por el posparto, se obtuvo una media de 14.57, con una desviación estándar de 13.37; los resultados arrojan un valor calculado $t = 2.157$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 2.157$ el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), que enuncia que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto la Depresión presentada en las mujeres adolescentes y mujeres adultas que cursan por el posparto.

3. Se continúa con la realización del Análisis Descriptivo de la Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma A (AFA), de acuerdo a la Distribución de Frecuencias.

a) Análisis Descriptivo del AFA en el Ámbito Académico.

• TABLA NÚMERO 3

ÁMBITO ACADÉMICO					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ALTO	16	40	ALTO	29	72.5
REGULAR	13	32.5	REGULAR	7	17.5
BAJO	11	27.5	BAJO	4	10
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 3, se observa que en el grupo 1, que es el de mujeres adolescentes, comprendidas por un total de 40 sujetos, en el Ámbito Académico, el 40% presenta un Autoconcepto Alto, el 32.5% un Autoconcepto Regular y el 27.5% un Autoconcepto Bajo; mientras que en el grupo 2 de mujeres adultas, integrado por 40 sujetos, el 72.5% presenta un Autoconcepto Alto, el 17.5% un Autoconcepto Regular y el 10% un Autoconcepto Bajo.

FIGURA NÚMERO 4

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA AFA EN ADOLESCENTES DEL ÁMBITO ACADÉMICO

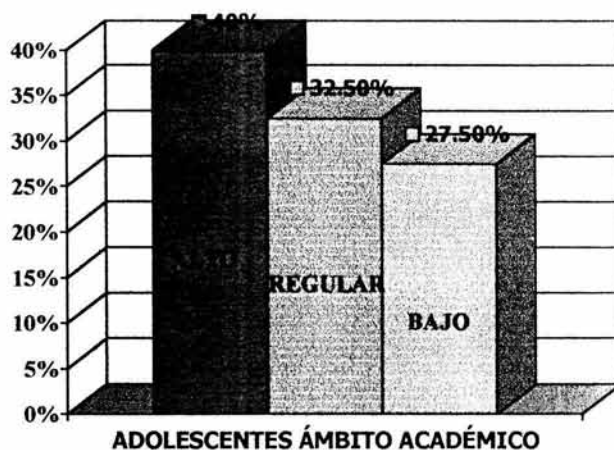
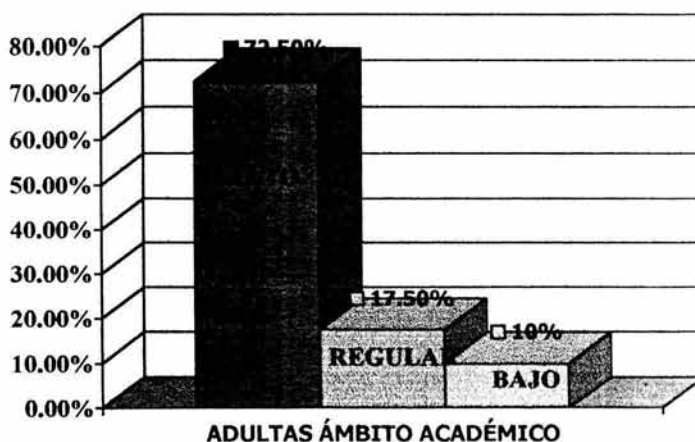


FIGURA NÚMERO 5

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA AFA EN ADULTAS DEL ÁMBITO ACADÉMICO



En las figuras 4 y 5, se puede observar que es mayor el Autoconcepto en el Ámbito Académico en las mujeres adultas en comparación de las adolescentes en el posparto.

• TABLA NÚMERO 4

GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES			GRUPO 2 MUJERES ADULTAS		
ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN	ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN
ACADÉMICO	Media	70.550	ACADÉMICO	Media	84.200
	Mediana	80		Mediana	90
	Moda	70		Moda	99
	Varianza	810.049		Varianza	407.241
	Rango	94		Rango	69
	Desv. Est.	28.461		Desv. Est.	20.180
	Error Est.	4.500		Error Est.	3.191
	Valor Mín.	5		Valor Mín.	30
	Valor Máx.	99		Valor Máx.	99

En la Tabla No. 4, pueden apreciarse las diferencias obtenidas en la puntuación del grupo 1 y el grupo 2 del Ámbito Académico de la prueba de Autoconcepto, en la cual obtenemos diferencias más o menos estables, pero que posteriormente nos servirán para aceptar o rechazar hipótesis.

b) Análisis Descriptivo del AFA, en el Ámbito Social

• TABLA NÚMERO 5

ÁMBITO SOCIAL					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ALTO	32	80	ALTO	34	85
REGULAR	8	20	REGULAR	6	15
BAJO	-	-	BAJO	-	-
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 5, se observa que en el grupo 1 (mujeres adolescentes), con un total de 40 sujetos, en el Ámbito Social, obtienen un 80% de Autoconcepto Alto, el 20% de Autoconcepto Regular y **No** presentan Autoconcepto Bajo, por otro lado, el grupo 2 (mujeres adultas), de igual número de sujetos, obtienen un 85% de Autoconcepto Alto y un 15% de Autoconcepto Regular, **No** presentando de igual manera Autoconcepto Bajo.

FIGURA NÚMERO 6

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA AFA EN ADOLESCENTES DEL ÁMBITO SOCIAL

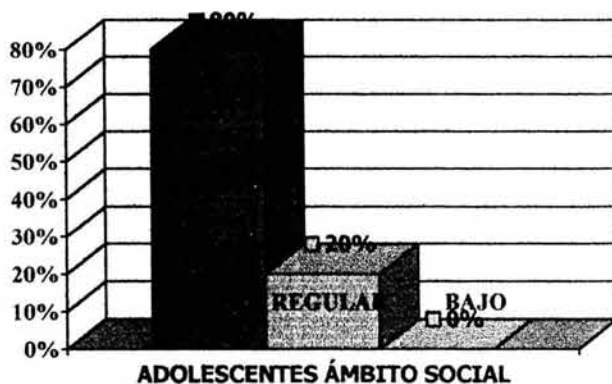


FIGURA NÚMERO 7

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA AFA EN ADULTAS DEL ÁMBITO SOCIAL



Como se puede observar en las figuras 6 y 7, en el Ámbito Social tanto adolescentes como mujeres adultas tienen un porcentaje alto de Autoconcepto en el posparto, esto se tiene que tomar en consideración, ya que este aspecto les puede ayudar a reforzar las otras áreas de Autoconcepto.

- TABLA NÚMERO 6

GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES			GRUPO 2 MUJERES ADULTAS		
ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN	ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN
SOCIAL	Media	90.975	SOCIAL	Media	92.625
	Mediana	95		Mediana	96.5
	Moda	99		Moda	99
	Varianza	106.999		Varianza	87.420
	Rango	39		Rango	39
	Desv. Est.	10.344		Desv. Est.	9.350
	Error Est.	1.636		Error Est.	1.478
	Valor Mín.	60		Valor Mín.	60
	Valor Máx.	99		Valor Máx.	99

En la Tabla No. 6, puede observarse la puntuación de acuerdo al programa STAT53, tanto del grupo 1 de mujeres adolescentes y el grupo 2 de mujeres adultas del Ámbito Social.

Con respecto al Ámbito Académico, encontramos que en el Aspecto Social hay un mayor Autoconcepto, así que continuaremos describiendo los resultados obtenidos.

c) Análisis Descriptivo del Autoconcepto Forma A, en el Ámbito Emocional.

- TABLA NÚMERO 7

ÁMBITO EMOCIONAL					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ALTO	-	-	ALTO	4	10
REGULAR	5	12.5	REGULAR	11	27.5
BAJO	35	87.5	BAJO	25	62.5
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 7, se observa que en el grupo 1 (mujeres adolescentes), con un total de 40 sujetos, en el Ámbito Emocional, **NO** obtienen porcentaje alguno de Autoconcepto Alto, el 12.5% de Autoconcepto Regular y el 87.5% corresponde a un Autoconcepto Bajo, por otro lado, el grupo 2 (mujeres adultas), de igual número de sujetos, obtienen un 10% de Autoconcepto Alto, un 27.5% de Autoconcepto Regular y un 62.5% de Autoconcepto Bajo.

FIGURA NÚMERO 8

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA AFA EN ADOLESCENTES DEL ÁMBITO EMOCIONAL

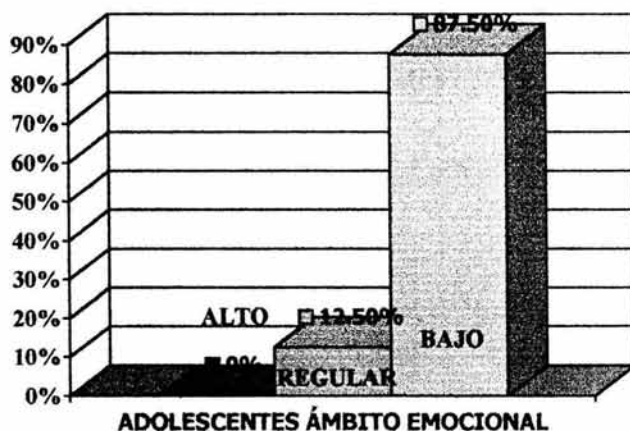
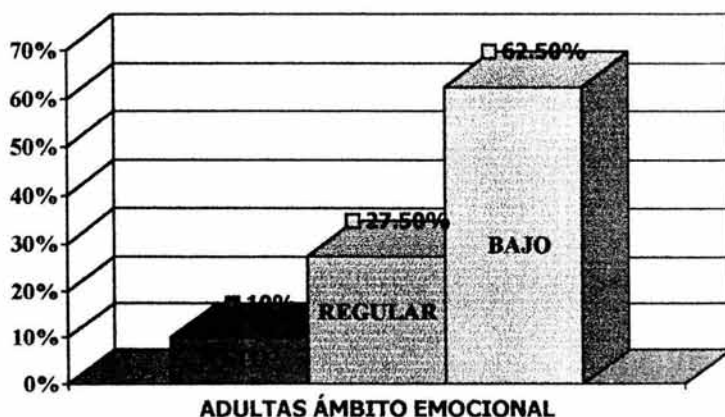


FIGURA NÚMERO 9

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA AFA EN ADULTAS DEL ÁMBITO EMOCIONAL



Las figuras 8 y 9, nos denota que es más bajo el Autoconcepto Emocional en las adolescentes, aunque también en las mujeres adultas se presenta un alto porcentaje de bajo Autoconcepto en el Aspecto Emocional, en las adolescentes ninguna presentó Autoconcepto alto en el posparto.

- TABLA NÚMERO 8

GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES			GRUPO 2 MUJERES ADULTAS		
ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN	ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN
EMOCIONAL	Media	27.975	EMOCIONAL	Media	37.875
	Mediana	25		Mediana	30
	Moda	10.30		Moda	10
	Varianza	522.076		Varianza	706.420
	Rango	79		Rango	97
	Desv. Est.	22.849		Desv. Est.	26.579
	Error Est.	3.613		Error Est.	4.202
	Valor Mín.	1		Valor Mín.	2
	Valor Máx.	80		Valor Máx.	99

Tabla No. 8, se enuncian las puntuaciones del Ámbito Emocional entre el grupo de mujeres adolescentes y el grupo de mujeres adultas del AFA.

d) Análisis Descriptivo de la Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma A (AFA), en el Ámbito Familiar.

- TABLA NÚMERO 9

ÁMBITO FAMILIAR					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ALTO	32	80	ALTO	38	95
REGULAR	6	15	REGULAR	2	5
BAJO	2	5	BAJO	-	-
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 9, se observa que en el grupo 1 (mujeres adolescentes), con un total de 40 sujetos, en el Ámbito Familiar, obtienen 80% de Autoconcepto Alto, el 15% de Autoconcepto Regular y el 5% corresponde a un Autoconcepto Bajo, por otro lado, el grupo 2 (mujeres adultas), de igual número de sujetos, obtienen un 95% de Autoconcepto Alto, un 5% de Autoconcepto Regular y **NO** obtienen porcentaje alguno de Autoconcepto Bajo.

FIGURA NÚMERO 10

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA AFA EN ADOLESCENTES DEL ÁMBITO FAMILIAR

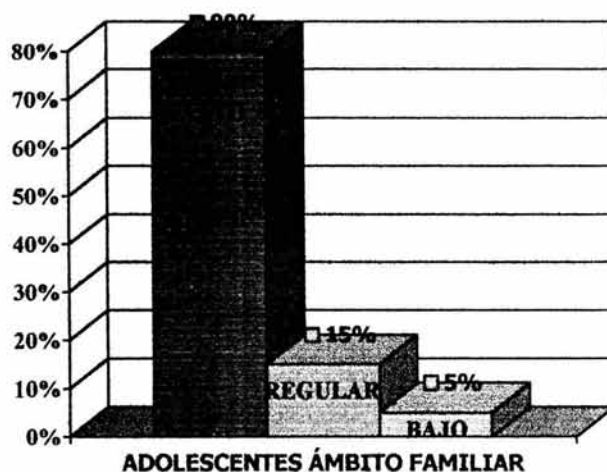
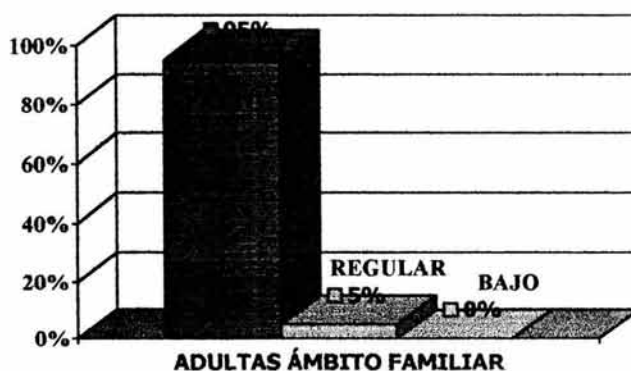


FIGURA NÚMERO 11

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA AFA EN ADULTAS DEL ÁMBITO FAMILIAR



Las figuras 10 y 11, evidencian que en las mujeres adultas es ligeramente más alto el Autoconcepto Familiar, pero también existe un porcentaje alto en las adolescentes, lo que en un momento dado puede ayudar a reforzar aspectos más bajos como el Emocional que se ilustró anteriormente.

- TABLA NÚMERO 10

GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES			GRUPO 2 MUJERES ADULTAS		
ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN	ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN
FAMILIAR	Media	90.800	FAMILIAR	Media	96.275
	Mediana	99		Mediana	99
	Moda	99		Moda	99
	Varianza	268.062		Varianza	51.333
	Rango	89		Rango	39
	Desv. Est.	16.373		Desv. Est.	7.165
	Error Est.	2.589		Error Est.	1.133
	Valor Mín.	10		Valor Mín.	60
Valor Máx.	99	Valor Máx.	99		

Tabla No. 10, aparecen las puntuaciones que describen el Ámbito Familiar del Autoconcepto, del grupo 1 y el del grupo 2.

e) Análisis Descriptivo del Autoconcepto Total

- TABLA NÚMERO 11

AUTOCONCEPTO TOTAL					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ALTO	24	60	ALTO	30	75
REGULAR	7	17.5	REGULAR	10	25
BAJO	9	22.5	BAJO	.	-
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 11, se observa que en el grupo 1 (mujeres adolescentes), con un total de 40 sujetos, en el Autoconcepto Total, obtienen 60% de Autoconcepto Alto, el 17.5% de Autoconcepto Regular y el 22.5% corresponde a un Autoconcepto Bajo, por otro lado, el grupo 2 (mujeres adultas), de igual número de sujetos, obtienen un 75% de Autoconcepto Alto, un 25% de Autoconcepto Regular y **NO** obtienen porcentaje alguno de Autoconcepto Bajo.

FIGURA NÚMERO 12

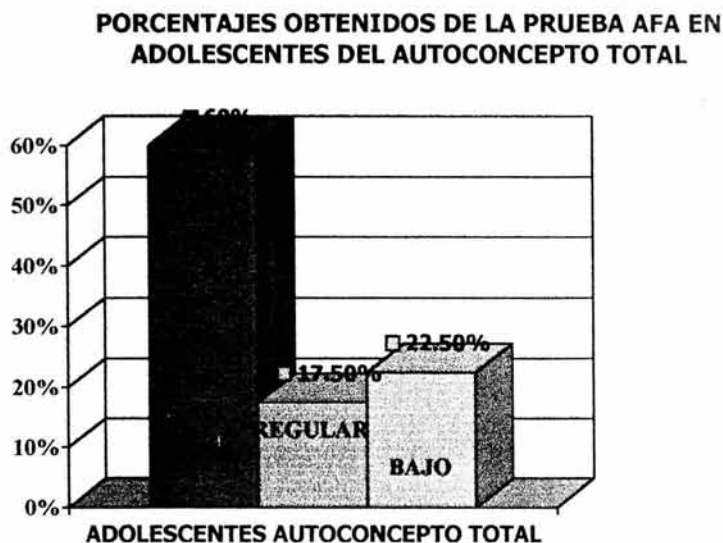


FIGURA NÚMERO 13



Como indican las figuras 12 y 13, en general las mujeres adultas presentan un mejor Autoconcepto en comparación a las adolescentes en el posparto.

• TABLA NÚMERO 12

GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES			GRUPO 2 MUJERES ADULTAS		
ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN	ÁMBITO	MEDIDAS	PUNTUACIÓN
TOTAL	Media	79.200	TOTAL	Media	91.550
	Mediana	90		Mediana	97
	Moda	99		Moda	99
	Varianza	655.600		Varianza	96.972
	Rango	97		Rango	39
	Desv. Est.	25.605		Desv. Est.	9.847
	Error Est.	4.048		Error Est.	1.557
	Valor Mín.	2		Valor Mín.	60
	Valor Máx.	99		Valor Máx.	99

En la Tabla No. 12, se presentan los resultados obtenidos del autoconcepto total, tanto del grupo 1, que corresponde a las mujeres adolescentes y del grupo 2, referente a las mujeres adultas.

4. Presentación de los resultados obtenidos de la Prueba t de Student entre el grupo 1 y el grupo 2, con los puntajes de la Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma A, con un nivel de significancia de 0.05

a) Prueba t de Student del Ámbito Académico entre el grupo 1 y el grupo 2

• TABLA NÚMERO 13

ÁMBITO	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
ACADÉMICO	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	70.55	28.461
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	84.2	20.18
VALOR CALCULADO t		2.474		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

En la Tabla No. 13, se observa que la puntuación del grupo 1, que corresponde a las mujeres adolescentes asciende a una media de 70.55, mientras que en el

grupo 2, referido a las mujeres adultas, la media es de 84.20, la desviación estándar tiene una puntuación de 28.461 para las mujeres adolescentes y de 20.18 para las mujeres adultas. Los resultados finales en el ámbito del autoconcepto académico arrojan un valor calculado $t = 2.474$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 2.474$, el cual es mayor al valor $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), que enuncia que sí existen diferencias significativas en cuanto al autoconcepto académico, presentado en las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto.

b) Prueba t de Student del Ámbito Social entre el grupo 1 y el grupo 2

• TABLA NÚMERO 14

ÁMBITO	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
SOCIAL	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	90.975	10.344
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	92.625	9.35
VALOR CALCULADO t		0.7484		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 14, presentación del puntaje obtenido del grupo 1 con una media de 90.975 y una desviación estándar de 10.344, en el grupo 2, la media es de 92.625 y la desviación estándar de 9.35; el resultado final en el ámbito del autoconcepto social arroja un valor calculado $t = 0.7484$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 0.7484$, el cual es menor al valor $t_t = 1.671$, se rechaza la Hipótesis Alternativa y se acepta la Hipótesis Nula (H_0), que nos dice que no existen diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto Social, que se presenta en las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto.

c) Prueba t de Student del Autoconcepto Emocional entre el grupo 1 de mujeres adolescentes y el grupo 2 de mujeres adultas

• TABLA NÚMERO 15

ÁMBITO	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
EMOCIONAL	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	27.975	22.849
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	37.875	26.579
VALOR CALCULADO t		1.786		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

En la Tabla No. 15, se observa que en el grupo 1 hay una media de 27.975 y una desviación estándar de 22.849, mientras que en el grupo 2, la media es de 37.875 y la desviación estándar de 26.579; el resultado del autoconcepto emocional muestra un valor calculado $t = 1.786$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 1.786$, el cual es mayor que el $t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alterna (H_i), la cual menciona que existen diferencias significativas del Autoconcepto Emocional de las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto.

d) Prueba t de Student del Autoconcepto Familiar entre las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto.

• TABLA NÚMERO 16

ÁMBITO	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
FAMILIAR	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	90.8	16.373
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	96.275	7.165
VALOR CALCULADO t		1.937		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

En la Tabla No. 16, se observa que el grupo 1 obtiene una media de 90.8 y una desviación estándar equivalente a 16.373, en el grupo 2, la media es de 96.275 y la desviación estándar de 7.165; el autoconcepto familiar arroja un resultado de valor calculado $t = 1.937$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 1.973$, el cual es mayor que $t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alterna (H_1), que dice que existen diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto Familiar entre las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto.

e) Prueba t de Student entre el grupo de mujeres adolescentes (grupo 1) y el grupo de mujeres adultas (grupo 2), de acuerdo al Autoconcepto Total

• TABLA NÚMERO 17

ÁMBITO	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
TOTAL	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	79.2	25.605
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	91.55	9.847
VALOR CALCULADO t		2.847		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 17, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 79.2 y una desviación estándar de 25.605, el grupo 2 tiene una media de 91.55 y una desviación estándar de 9.847; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 2.847$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 2.847$, el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto al autoconcepto global que presenta cada grupo.

5. Análisis Descriptivo de acuerdo a la Distribución de Frecuencias del Sistema de Respuestas (Cognitivo, Fisiológico y Motor) del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, del grupo 1 y grupo 2, así como también se realiza el Análisis Descriptivo de los Rasgos Específicos del ISRA en sus respectivas modalidades

a) Sistemas de Respuestas del Ámbito Cognitivo

• TABLA NÚMERO 18

ÁMBITO COGNITIVO					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ANSIEDAD EXTREMA	4	10	ANSIEDAD EXTREMA	-	-
ANSIEDAD SEVERA	22	55	ANSIEDAD SEVERA	10	25
ANSIEDAD MODERADA	12	30	ANSIEDAD MODERADA	21	52.5
ANSIEDAD MÍNIMA	2	5	ANSIEDAD MÍNIMA	9	22.5
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 18, correspondiente a la Distribución de Frecuencias del Ámbito Cognitivo en Sistemas de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, tenemos que, en el Grupo 1 (mujeres adolescentes) con un total de 40 sujetos, el 10% presenta Ansiedad Extrema, el 55% tiene Ansiedad Severa, el 30% posee Ansiedad Moderada y el 5% aparece con Ansiedad Mínima; por otra parte, el Grupo 2 (mujeres adultas) comprendidas por 40 sujetos en total, **NO** presentan porcentaje alguno de Ansiedad Extrema, el 25% tiene Ansiedad Severa, el 52.5% presenta Ansiedad Moderada y el 22.5% muestra Ansiedad Mínima.

FIGURA NÚMERO 14

**PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADOLESCENTES
ASPECTO "COGNITIVO"**

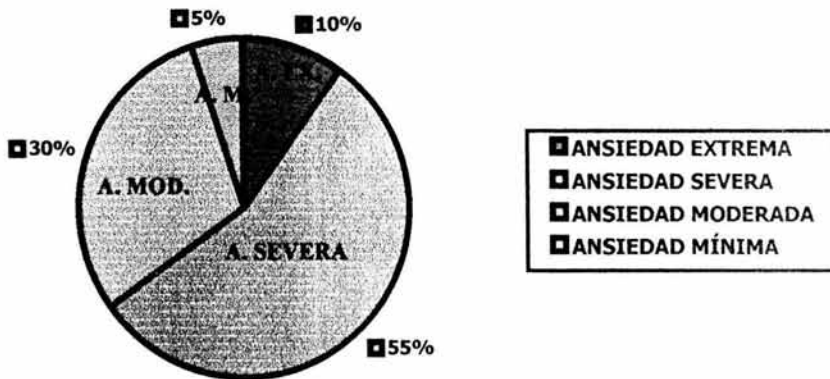
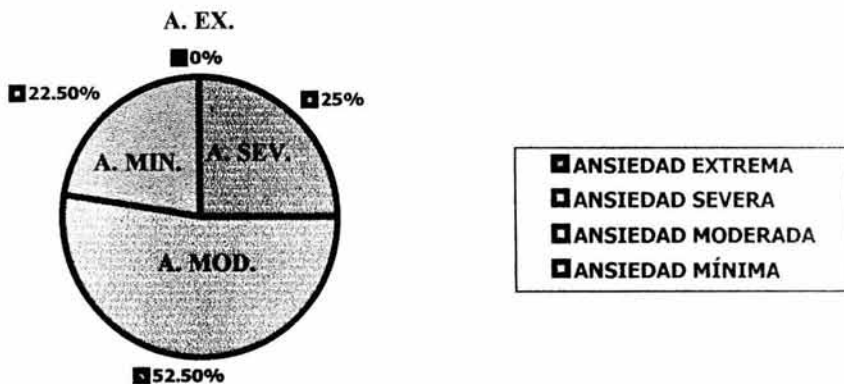


FIGURA NÚMERO 15

**PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADULTAS
ASPECTO "COGNITIVO"**



Como se puede observar en las figuras 14 y 15, la Ansiedad es mayor en las adolescentes que en las mujeres adultas en el posparto y es más alto el porcentaje que se encuentra dentro del rango de Ansiedad extrema y severa.

- TABLA NÚMERO 19

SISTEMAS DE RESPUESTAS DEL GRUPO 1 Y GRUPO 2	
C O G N I T I V O	
MEDIA	49.875
MEDIANA	50
MODA	10, 40, 65, 8
VARIANZA	799.343
RANGO	90
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	28.273
ERROR ESTÁNDAR	4.470
VALOR MÍNIMO	5
VALOR MÁXIMO	95

En la Tabla No. 19, se observan las puntuaciones obtenidas tanto del grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, como del grupo 2, de las mujeres adultas, en el Ámbito Cognitivo del Sistema de Respuestas.

b) Sistemas de Respuestas del Ámbito Fisiológico

- TABLA NÚMERO 20

ÁMBITO FISIOLÓGICO					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ANSIEDAD EXTREMA	5	12.5	ANSIEDAD EXTREMA	1	2.5
ANSIEDAD SEVERA	22	55	ANSIEDAD SEVERA	10	25
ANSIEDAD MODERADA	13	32.5	ANSIEDAD MODERADA	26	65
ANSIEDAD MÍNIMA	-	-	ANSIEDAD MÍNIMA	3	7.5
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 20, correspondiente a la Distribución de Frecuencias del Ámbito Fisiológico en Sistemas de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, tenemos que, en el Grupo 1 (mujeres adolescentes) con un total de 40 sujetos, el 12.5% presenta Ansiedad Extrema, el 55% tiene Ansiedad Severa, el 32.5% posee Ansiedad Moderada y **NO** hay un porcentaje de Ansiedad Mínima; por otra parte, el Grupo 2 (mujeres adultas) comprendidas por 40 sujetos en total, presentan 2.5% de Ansiedad Extrema, el 25% tiene Ansiedad Severa, el 65% presenta Ansiedad Moderada y el 7.5% muestra Ansiedad Mínima.

FIGURA NÚMERO 16

**PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADOLESCENTES
ASPECTO FISIOLÓGICO**

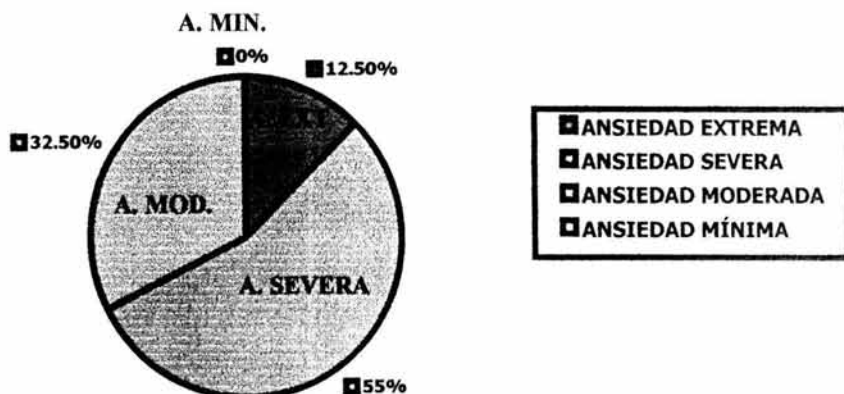
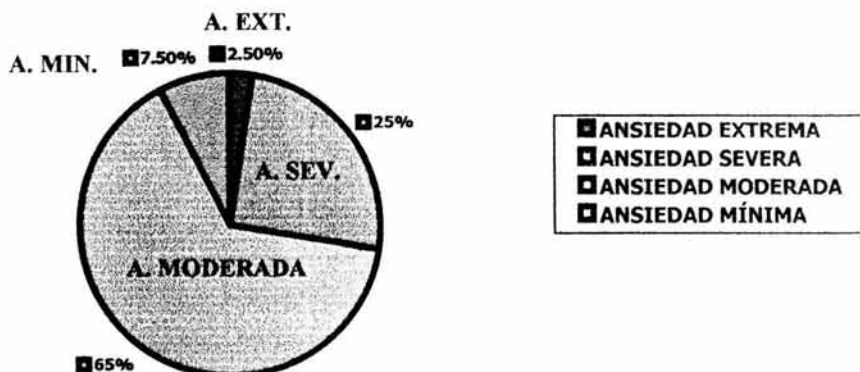


FIGURA NÚMERO 17

**PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADULTAS
ASPECTO FISIOLÓGICO**



En las anteriores figuras es evidente que las adolescentes presentan mayor Ansiedad Fisiológica, ya que en comparación con las mujeres adultas es más alto el porcentaje en ansiedad extrema y severa en el posparto.

- TABLA NÚMERO 21

SISTEMAS DE RESPUESTAS DEL GRUPO 1 Y GRUPO 2	
F I S I O L Ó G I C O	
MEDIA	58.600
MEDIANA	60
MODA	40, 55, 60
VARIANZA	658.144
RANGO	94
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	25.654
ERROR ESTÁNDAR	4.056
VALOR MÍNIMO	5
VALOR MÁXIMO	99

En la Tabla No. 21, se observan las puntuaciones obtenidas tanto del grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, como del grupo 2, de las mujeres adultas, en el Ámbito Fisiológico del Sistema de Respuestas del ISRA.

c) Sistemas de Respuestas del Ámbito Motor

- TABLA NÚMERO 22

ÁMBITO MOTOR					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ANSIEDAD EXTREMA	2	5	ANSIEDAD EXTREMA	-	-
ANSIEDAD SEVERA	21	52.5	ANSIEDAD SEVERA	9	22.5
ANSIEDAD MODERADA	11	27.5	ANSIEDAD MODERADA	22	55
ANSIEDAD MÍNIMA	6	15	ANSIEDAD MÍNIMA	9	22.5
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 22, correspondiente a la Distribución de Frecuencias del Ámbito Motor en Sistemas de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, tenemos que, en el Grupo 1 (mujeres adolescentes) con un total de 40 sujetos, el 5% presenta Ansiedad Extrema, el 52.5% tiene Ansiedad Severa, el 27.5% posee Ansiedad Moderada y el 15% tiene Ansiedad Mínima; por otra parte, el Grupo 2 (mujeres adultas) comprendidas por 40 sujetos en total, **NO** hay un porcentaje de Ansiedad Extrema, el 22.5% tiene Ansiedad Severa, el 55% presenta Ansiedad Moderada y el 22.5% muestra Ansiedad Mínima.

FIGURA NÚMERO 18

**PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADOLESCENTES
ASPECTO MOTOR**

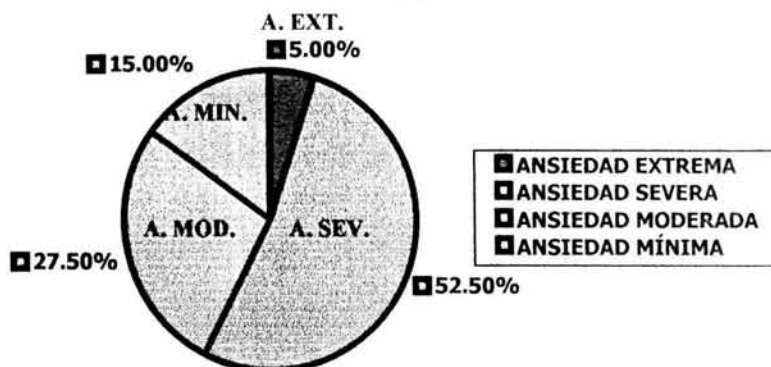
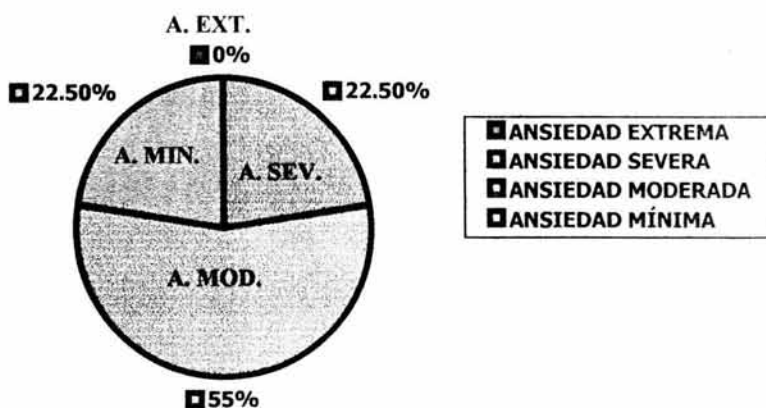


FIGURA NÚMERO 19

**PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADULTAS
ASPECTO MOTOR**



En las figuras 18 y 19, se observa que las mujeres adultas presentan mayor porcentaje de Ansiedad moderada y mínima que las adolescentes, lo que indica que nuevamente las últimas presentan más Ansiedad Motora en el posparto.

- TABLA NÚMERO 23

SISTEMAS DE RESPUESTAS DEL GRUPO 1 Y GRUPO 2	
M O T O R	
MEDIA	48.750
MEDIANA	50
MODA	5, 15
VARIANZA	866.346
RANGO	90
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	29.434
ERROR ESTÁNDAR	4.654
VALOR MÍNIMO	5
VALOR MÁXIMO	95

En la Tabla No. 23, se observan las puntuaciones obtenidas tanto del grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, como del grupo 2, de las mujeres adultas, en el Ámbito Motor del Sistema de Respuestas del ISRA.

d) Sistemas de Respuestas Total del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

- TABLA NÚMERO 24

TOTAL					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ANSIEDAD EXTREMA	5	12.5	ANSIEDAD EXTREMA	1	2.5
ANSIEDAD SEVERA	23	57.5	ANSIEDAD SEVERA	7	17.5
ANSIEDAD MODERADA	9	22.5	ANSIEDAD MODERADA	26	65
ANSIEDAD MÍNIMA	3	7.5	ANSIEDAD MÍNIMA	6	15
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 24, correspondiente a la Distribución de Frecuencias Total de Sistemas de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, tenemos que, en el Grupo 1 (mujeres adolescentes) con un total de 40 sujetos, el 12.5% presenta Ansiedad Extrema, el 57.5% tiene Ansiedad Severa, el 22.5% posee Ansiedad Moderada y el 7.5% tiene Ansiedad Mínima; por otra parte, el Grupo 2 (mujeres adultas) comprendidas por 40 sujetos en total, el 2.5% presenta Ansiedad Extrema, el 17.5% tiene Ansiedad Severa, el 65% presenta Ansiedad Moderada y el 15% muestra Ansiedad Mínima.

FIGURA NÚMERO 20

**PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADOLESCENTES
ANSIEDAD TOTAL**

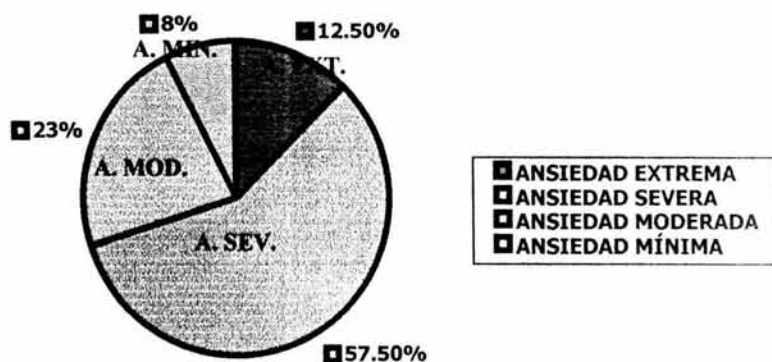
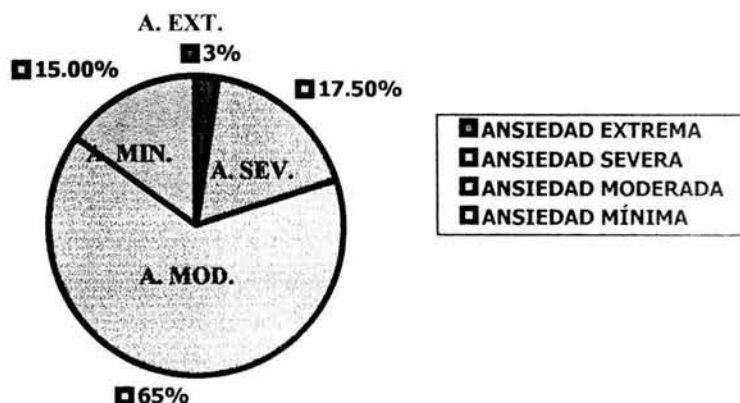


FIGURA NÚMERO 21

**PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADULTAS
ANSIEDAD TOTAL**



En general, las adolescentes presentan mayor Ansiedad extrema y severa que las mujeres adultas en el posparto, como lo muestran las figuras de Ansiedad total.

- TABLA NÚMERO 25

SISTEMAS DE RESPUESTAS DEL GRUPO 1 Y GRUPO 2	
T O T A L	
MEDIA	51.350
MEDIANA	45
MODA	30
VARIANZA	779.567
RANGO	94
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	27.921
ERROR ESTÁNDAR	4.415
VALOR MÍNIMO	5
VALOR MÁXIMO	99

En la Tabla No. 25, se observan las puntuaciones obtenidas tanto del grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, como del grupo 2, de las mujeres adultas, de acuerdo al puntaje Total del Sistema de Respuestas del ISRA.

a) Rasgos Específicos del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de acuerdo a FI, correspondiente a Ansiedad ante la Evaluación.

- TABLA NÚMERO 26

ANSIEDAD ANTE LA EVALUACIÓN (FI)					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ANSIEDAD EXTREMA	1	2.5	ANSIEDAD EXTREMA	-	-
ANSIEDAD SEVERA	18	45	ANSIEDAD SEVERA	5	12.5
ANSIEDAD MODERADA	16	40	ANSIEDAD MODERADA	20	50
ANSIEDAD MÍNIMA	5	12.5	ANSIEDAD MÍNIMA	15	37.5
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 26, correspondiente a la Distribución de Frecuencias de FI, que se refiere a la Ansiedad Ante la Evaluación de Rasgos Específicos, del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, tenemos que, en el Grupo 1 (mujeres adolescentes) con un total de 40 sujetos, el 2.5% presenta Ansiedad Extrema, el 45% tiene Ansiedad Severa, el 40% posee Ansiedad Moderada y el 12.5% tiene Ansiedad Mínima; por otra parte, el Grupo 2 (mujeres adultas) comprendidas por 40 sujetos en total, **NO** hay porcentaje alguno de Ansiedad Extrema, el 12.5% tiene Ansiedad Severa, el 50% presenta Ansiedad Moderada y el 37.5% muestra Ansiedad Mínima.

FIGURA NÚMERO 22

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADOLESCENTES DEL FACTOR F-I

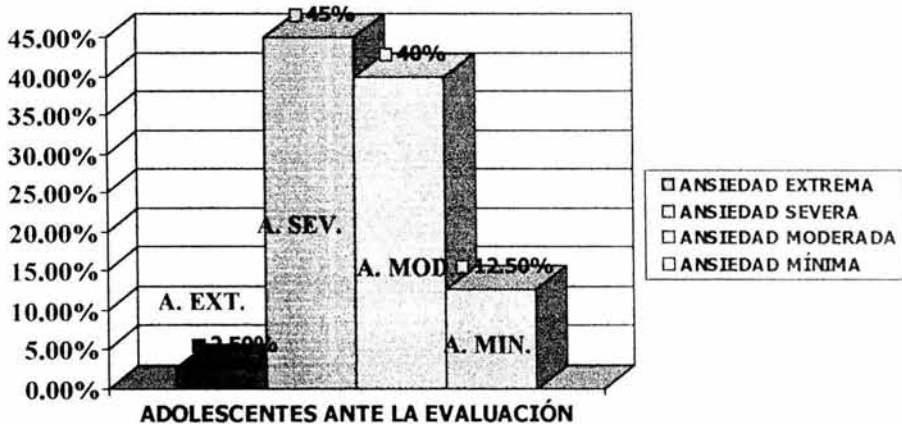
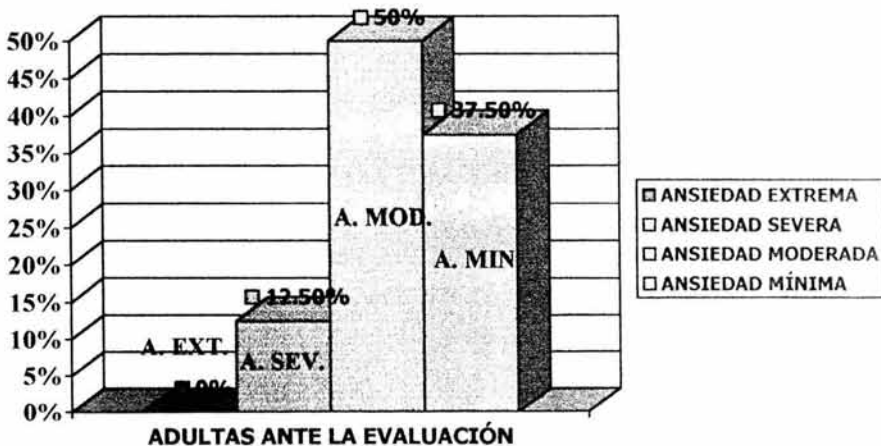


FIGURA NÚMERO 23

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADULTAS DEL FACTOR F-I



Nuevamente, las adolescentes muestran en éstas figuras elevada Ansiedad severa en comparación a los porcentajes presentados por las mujeres adultas en el posparto.

• TABLA NÚMERO 27

RASGOS ESPECÍFICOS DEL GRUPO 1 Y GRUPO 2	
ANSIEDAD ANTE LA EVALUACIÓN (FI)	
MEDIA	38.625
MEDIANA	32.5
MODA	10
VARIANZA	753.830
RANGO	90
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	27.456
ERROR ESTÁNDAR	4.341
VALOR MÍNIMO	5
VALOR MÁXIMO	95

En la Tabla No. 27, se observan las puntuaciones obtenidas tanto del grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, como del grupo 2, de las mujeres adultas, de acuerdo al puntaje obtenido de los Rasgos Específicos de Ansiedad ante la Evaluación (FI) del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

b) Rasgos Específicos del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, de acuerdo a FII, que se refiere a la Ansiedad Interpersonal.

• TABLA NÚMERO 28

ANSIEDAD INTERPERSONAL (FII)					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ANSIEDAD EXTREMA	5	12.5	ANSIEDAD EXTREMA	1	2.5
ANSIEDAD SEVERA	24	60	ANSIEDAD SEVERA	12	30
ANSIEDAD MODERADA	10	25	ANSIEDAD MODERADA	24	60
ANSIEDAD MÍNIMA	1	2.5	ANSIEDAD MÍNIMA	3	7.5
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 28, correspondiente a la Distribución de Frecuencias de FII, que se refiere a la Ansiedad Interpersonal de Rasgos Específicos, del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, tenemos que, en el Grupo 1 (mujeres adolescentes) con un total de 40 sujetos, el 12.5% presenta Ansiedad Extrema, el 60% tiene Ansiedad Severa, el 25% posee Ansiedad Moderada y el 2.5% tiene Ansiedad Mínima; por otra parte, el Grupo 2 (mujeres adultas) comprendidas por 40 sujetos en total, el 2.5% presenta Ansiedad Extrema, el 30% tiene Ansiedad Severa, el 60% presenta Ansiedad Moderada y el 7.5% muestra Ansiedad Mínima.

FIGURA NÚMERO 24

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADOLESCENTES DEL FACTOR F-II

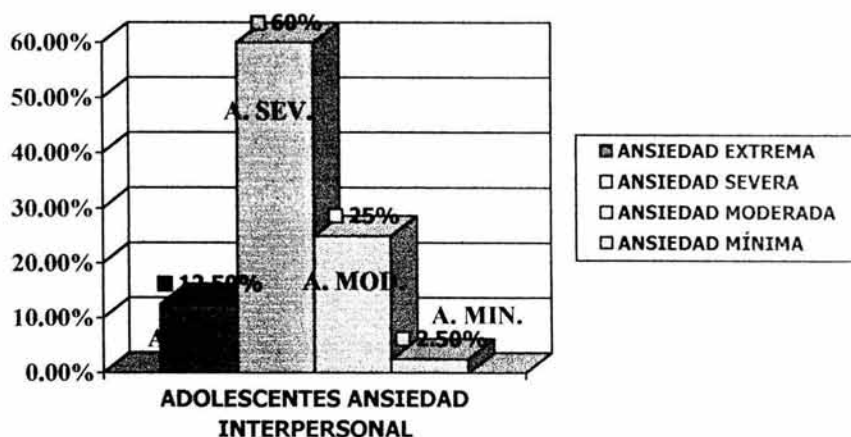
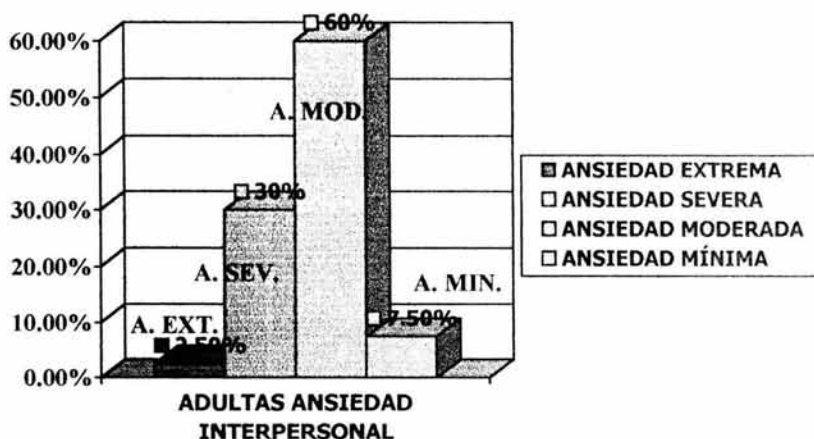


FIGURA NÚMERO 25

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADULTAS DEL FACTOR F-II



Es muy notoria la diferencia que se muestra entre adolescentes y mujeres adultas respecto a la Ansiedad, en las figuras 24 y 25 se pone de manifiesto que las adolescentes en el posparto tienen porcentajes más elevados en Ansiedad extrema y severa.

- TABLA NÚMERO 29

RASGOS ESPECÍFICOS DEL GRUPO 1 Y GRUPO 2	
ANSIEDAD INTERPERSONAL (FII)	
MEDIA	62.850
MEDIANA	67.5
MODA	45,75
VARIANZA	609.515
RANGO	94
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	24.688
ERROR ESTÁNDAR	3.904
VALOR MÍNIMO	5
VALOR MÁXIMO	99

En la Tabla No. 29, se observan las puntuaciones obtenidas tanto del grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, como del grupo 2, de las mujeres adultas, de acuerdo al puntaje obtenido de los rasgos específicos de ansiedad interpersonal (FII), del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

c) Rasgos Específicos del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, de acuerdo a FIII, que corresponde a Ansiedad Fóbica.

- TABLA NÚMERO 30

ANSIEDAD FÓBICA (FIII)					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ANSIEDAD EXTREMA	2	5	ANSIEDAD EXTREMA	1	2.5
ANSIEDAD SEVERA	29	72.5	ANSIEDAD SEVERA	9	22.5
ANSIEDAD MODERADA	8	20	ANSIEDAD MODERADA	28	70
ANSIEDAD MÍNIMA	1	2.5	ANSIEDAD MÍNIMA	2	5
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 30, correspondiente a la Distribución de Frecuencias de FIII, que se refiere a la Ansiedad Fóbica de Rasgos Específicos, del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, tenemos que, en el Grupo 1 (mujeres adolescentes) con un total de 40 sujetos, el 5% presenta Ansiedad Extrema, el 72.5% tiene Ansiedad Severa, el 20% posee Ansiedad Moderada y el 2.5% tiene Ansiedad Mínima; por otra parte, el Grupo 2 (mujeres adultas) comprendidas por 40 sujetos en total, el 2.5% presenta Ansiedad Extrema, el 22.5% tiene Ansiedad Severa, el 70% presenta Ansiedad Moderada y el 5% muestra Ansiedad Mínima.

FIGURA NÚMERO 26
PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADOLESCENTES DEL FACTOR F-III

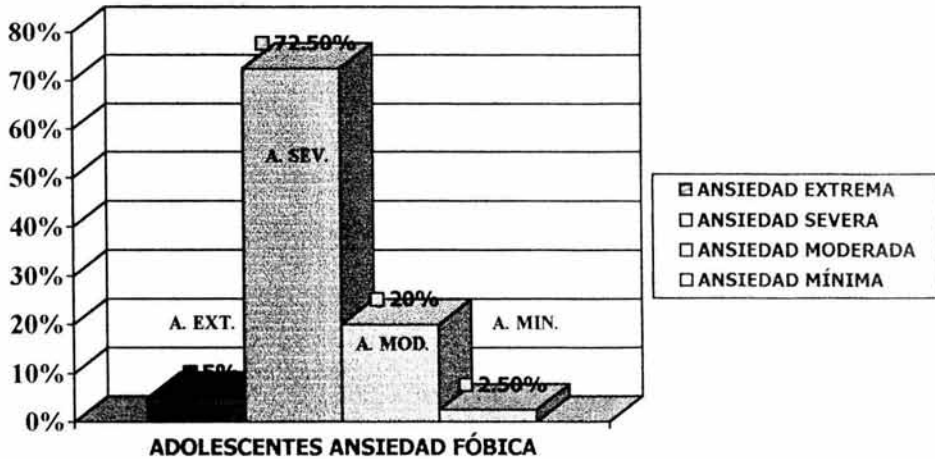
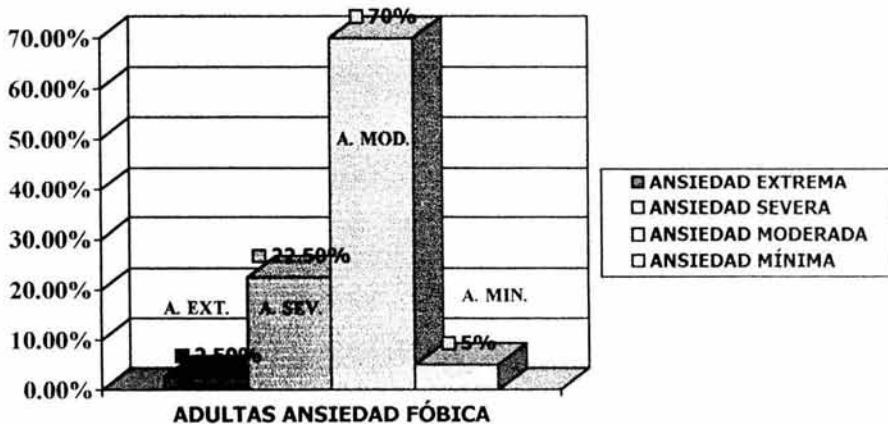


FIGURA NÚMERO 27

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADULTAS DEL FACTOR F-III



Es evidente, como lo muestran éstas dos figuras, que el factor adolescencia influye en el aspecto Emocional, ya que en comparación con las mujeres adultas presentan un porcentaje mucho mayor de Ansiedad severa fóbica en el posparto.

- TABLA NÚMERO 31

RASGOS ESPECÍFICOS DEL GRUPO 1 Y GRUPO 2	
ANSIEDAD FÓBICA (FIII)	
MEDIA	60.475
MEDIANA	60
MODA	55
VARIANZA	602.871
RANGO	94
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	24.553
ERROR ESTÁNDAR	3.882
VALOR MÍNIMO	5
VALOR MÁXIMO	99

En la Tabla No. 31, se observan las puntuaciones obtenidas tanto del grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, como del grupo 2, de las mujeres adultas, de acuerdo al puntaje obtenido de los Rasgos Específicos de Ansiedad Fóbica (FIII), del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

d) Rasgos Específicos del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, de acuerdo a FIV, correspondiente a la Ansiedad ante Situaciones Habituales o de la Vida Cotidiana.

- TABLA NÚMERO 32

ANSIEDAD ANTE SITUACIONES HABITUALES O DE LA VIDA COTIDIANA (FIV)					
GRUPO 1	FRECUENCIA	%	GRUPO 2	FRECUENCIA	%
ANSIEDAD EXTREMA	10	25	ANSIEDAD EXTREMA	1	2.5
ANSIEDAD SEVERA	22	55	ANSIEDAD SEVERA	13	32.5
ANSIEDAD MODERADA	8	20	ANSIEDAD MODERADA	24	60
ANSIEDAD MÍNIMA	-	-	ANSIEDAD MÍNIMA	2	5
TOTAL	40	100	TOTAL	40	100

En la Tabla No. 32, correspondiente a la Distribución de Frecuencias de FIV, que se refiere a la Ansiedad ante Situaciones Habituales o de la Vida Cotidiana de Rasgos Específicos, del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, tenemos que, en el Grupo 1 (mujeres adolescentes) con un total de 40 sujetos, el 25% presenta Ansiedad Extrema, el 55% tiene Ansiedad Severa, el 20% posee Ansiedad Moderada y **NO** hay porcentaje alguno de Ansiedad Mínima; por otra parte, el Grupo 2 (mujeres adultas) comprendidas por 40 sujetos en total, el 2.5% presenta Ansiedad Extrema, el 32.5% tiene Ansiedad Severa, el 60% presenta Ansiedad Moderada y el 5% muestra Ansiedad Mínima.

FIGURA NÚMERO 28

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADOLESCENTES DEL FACTOR F-IV

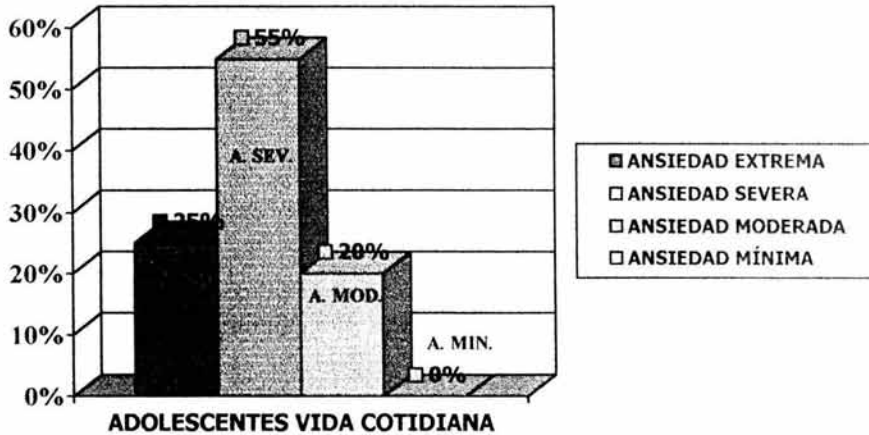
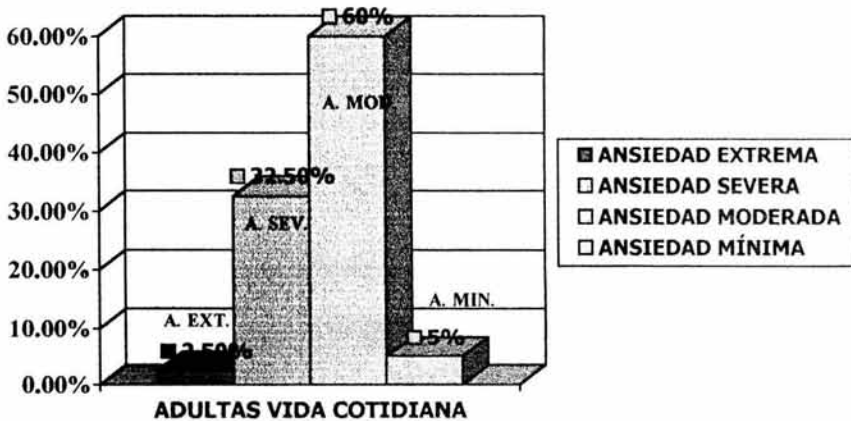


FIGURA NÚMERO 29

PORCENTAJES OBTENIDOS DE LA PRUEBA ISRA EN ADULTAS DEL FACTOR F-IV



En las figuras 28 y 29, se muestran porcentajes significativos en cuanto a la Ansiedad cotidiana, en las adolescentes predominó la Ansiedad extrema y severa en comparación a los porcentajes que presentaron las mujeres adultas en el posparto.

• TABLA NÚMERO 33

RASGOS ESPECÍFICOS DEL GRUPO 1 Y GRUPO 2	
ANSIEDAD ANTE SITUACIONES HABITUALES O DE LA VIDA COTIDIANA (FIV)	
MEDIA	66.975
MEDIANA	70
MODA	55
VARIANZA	451.922
RANGO	84
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	21.258
ERROR ESTÁNDAR	3.361
VALOR MÍNIMO	15
VALOR MÁXIMO	99

En la Tabla No. 33, se observan las puntuaciones obtenidas tanto del grupo 1, correspondiente a las mujeres adolescentes, como del grupo 2, de las mujeres adultas, de acuerdo al puntaje obtenido de los Rasgos Específicos de Ansiedad ante Situaciones Habituales o de la Vida Cotidiana (FIV), del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.

6. Prueba t de Student del Sistema de Respuestas (Cognitivo, Fisiológico y Motor) del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, de grupo 1 y grupo 2, así como también se realiza la Prueba t de Student de los Rasgos Específicos del ISRA en sus respectivas modalidades
- a) Prueba t de Student del Sistema de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en el Ámbito Cognitivo

• TABLA NÚMERO 34

ISRA	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
COGNITIVO	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	76.525	25.538
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	49.875	28.273
VALOR CALCULADO t				4.423957
VALOR CRÍTICO t				1.671

Tabla No. 34, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 76.525 y una desviación estándar de 25.538, el grupo 2 tiene una media de 49.875 y una desviación estándar de 28.273; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 4.423957$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 4.423957$, el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto al Sistema de Respuestas del ISRA Cognitivo que presenta cada grupo.

- b) Prueba t de Student del Sistema de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en el Ámbito Fisiológico

• TABLA NÚMERO 35

ISRA	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
FISIOLÓGICO	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	79.5	21.644
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	58.6	25.654
VALOR CALCULADO t		3.938159		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 35, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 79.5 y una desviación estándar de 21.644, el grupo 2 tiene una media de 58.6 y una desviación estándar de 25.654; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 3.938159$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 3.938159$, el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto al Sistema de Respuestas del ISRA Fisiológico que presenta cada grupo.

- c) Prueba t de Student del Sistema de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, en el Ámbito Motor

• TABLA NÚMERO 36

ISRA	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
MOTOR	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	68.325	30.716
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	48.75	29.434
VALOR CALCULADO t		2.91013		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 36, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 68.325 y una desviación estándar de 30.716, el grupo 2 tiene una media de 48.75 y una desviación estándar de 29.434; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 2.91013$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 2.91013$, el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alterna (H_i), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto al Sistema de Respuestas del ISRA Motor que presenta cada grupo.

- d) Prueba t de Student del Sistema de Respuestas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en el Ámbito Total

• TABLA NÚMERO 37

ISRA	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
TOTAL	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	77.25	27.235
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	51.35	27.921
VALOR CALCULADO t		4.199701		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 37, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 77.25 y una desviación estándar de 27.235, el grupo 2 tiene una media de 51.35 y una desviación estándar de 27.921; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 4.199701$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 4.199701$, el cual es mayor que $t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alterna (H_1), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto al Sistema de Respuestas del ISRA Total que presenta cada grupo.

- a. Prueba t de Student de los Rasgos Específicos del Inventario de Sistema de Respuestas de Ansiedad en FI, que se refiere a Ansiedad ante la Evaluación.

• TABLA NÚMERO 38

ISRA	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
FI ANSIEDAD ANTE LA EVALUACIÓN	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	67.6	27.45
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	38.625	27.456
VALOR CALCULADO t		4.720072		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 38, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 67.6 y una desviación estándar de 27.456, el grupo 2 tiene una media de 38.625 y una desviación estándar de 27.456; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 4.720072$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 4.720072$, el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto a los Rasgos Específicos de la Ansiedad ante la Evaluación (FI) del ISRA que presenta cada grupo.

b. Prueba t de Student de los Rasgos Específicos del Inventario de Sistema de Respuestas de Ansiedad, de acuerdo a FII, que se refiere a Ansiedad Interpersonal

• TABLA NÚMERO 39

ISRA	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
FII ANSIEDAD INTERPERSONAL	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	80.375	22.014
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	62.85	24.688
VALOR CALCULADO t		3.350864		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 39, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 80.375 y una desviación estándar de 22.014, el grupo 2 tiene una media de 62.85 y una desviación estándar de 24.688; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 3.350864$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 3.350864$, el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto a los Rasgos Específicos de la Ansiedad Interpersonal (FII) del ISRA que presenta cada grupo.

- c. Prueba t de Student de los Rasgos Específicos del Inventario de Sistema de Respuestas de Ansiedad, de acuerdo a FIII, correspondiente a Ansiedad Fóbica

• TABLA NÚMERO 40

ISRA	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
FIII ANSIEDAD FÓBICA	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	80.95	20.529
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	60.475	24.553
VALOR CALCULADO t		4.046155		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 40, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 80.95 y una desviación estándar de 20.529, el grupo 2 tiene una media de 60.475 y una desviación estándar de 24.553; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 4.046155$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 4.046155$, el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alterna (H_1), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto a los Rasgos Específicos de la Ansiedad Fóbica (FIII) del ISRA que presenta cada grupo.

- d. Prueba t de Student de los Rasgos Específicos del Inventario de Sistema de Respuestas de Ansiedad, de acuerdo a FIV, correspondiente a Ansiedad ante Situaciones Habituales o de la Vida Cotidiana

• TABLA NÚMERO 41

ISRA	VARIABLE	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
FIV ANSIEDAD ANTE SITUACIONES HABITUALES O DE LA VIDA COTIDIANA	GRUPO 1 MUJERES ADOLESCENTES	40	84.375	19.394
	GRUPO 2 MUJERES ADULTAS	40	66.975	21.258
VALOR CALCULADO t		3.824338		
VALOR CRÍTICO t		1.671		

Tabla No. 41, representa los valores que se obtienen en el grupo 1 con una media de 84.375 y una desviación estándar de 19.394, el grupo 2 tiene una media de 66.975 y una desviación estándar de 21.258; el resultado final indica que se obtuvo un valor calculado $t = 3.824338$ y un valor crítico $t = 1.671$, por lo tanto, ya que $t_c = 3.824338$, el cual es mayor que $t_t = 1.671$, se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes correspondientes al grupo 1 y las mujeres adultas del grupo 2 que cursan por el posparto en cuanto a los Rasgos Específicos de la Ansiedad ante Situaciones Habituales o de la Vida Cotidiana (FIV) del ISRA que presenta cada grupo.



5.9 DISCUSIÓN

En la mayoría de los casos, el embarazo en la adolescencia no es fruto de un proyecto; es un suceso no buscado conscientemente y, por lo tanto, inoportuno. El hijo aunque aceptado, representa una dificultad en sus posibilidades de trabajar libremente, hacer algún estudio, llevar la vida de los adolescentes de su medio y se transforma en el depositario de sus frustraciones, muchas veces expresadas como maltrato y abandono (Dulanto, 2000).

Las consecuencias y repercusiones del embarazo adolescente son muchas, tanto en el aspecto individual como familiar y social. En esta investigación se intentó conocer más sobre lo que implica asumir la responsabilidad de tener un hijo en la adolescencia, específicamente buscamos comprender el impacto emocional en el posparto para en un futuro lograr una mejor integración entre la madre y el hijo, y la adolescente logre asimilar más adecuadamente este proceso.

En la adolescencia las emociones son muy variables y tienden a la inestabilidad, esto debido a los diferentes cambios orgánicos, la salud, la presencia de sucesos excitantes y forma de vida que tiene el adolescente. Y en oposición a esto, se espera que al finalizar esta etapa se logre el equilibrio emocional. Así mismo, se ha observado que las emociones "en este periodo de la vida adquieren fuerza y complejidad. Se tornan un factor poderoso de inhibición y acción" (Carreiro, 1990, pág. 162).

De acuerdo a diversos estudios relacionados con el tema y a la propia experiencia dentro del Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada" del Área de Ginecoobstetricia, se estudió a una población de mujeres adolescentes y mujeres adultas, se consideró que es diferente la situación de las mujeres adolescentes que las mujeres adultas que cursan por el posparto, pues la primera suele experimentar mayor inestabilidad en los aspectos antes mencionados, producto de la consecuente presión social, así como la poca comprensión que se les tiene debido al aprendizaje dentro de nuestra cultura. Lo que justifica, que ante tal suceso de conflictos múltiples, se esperaría una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad, depresión y autoconcepto que presentan las mujeres adolescentes de las mujeres adultas que cursan por el posparto.

Por consiguiente, tomando en consideración la Hipótesis Alterna (H1) como punto central del presente estudio y con base en los resultados, se encontraron en general diferencias estadísticamente significativas, por lo que se acepta la Hipótesis Alterna que se refiere a que sí existen diferencias significativas entre las mujeres adultas y las adolescentes en el posparto en cuanto a las repercusiones psicológicas. Cabe mencionar que la única hipótesis que se rechazó y por consiguiente se acepta es la Hipótesis Nula, referida en cuanto al Autoconcepto Social, es decir, no existen diferencias significativas entre

mujeres adultas y adolescentes en el posparto en el AFA social, pero ambos grupos resultaron con un muy elevado Autoconcepto Social, lo que en un momento dado nos puede servir de herramienta para apoyar otros aspectos como lo es la ansiedad.

Sin embargo, los ya mencionados resultados medulares del presente estudio, sí se encontró la presencia de niveles de depresión y ansiedad altos, así como Autoconcepto Bajo en ambos grupos, pero los porcentajes más altos predominan en las adolescentes lo que indica que el embarazo en la adolescencia es determinante, pues interrumpe el proceso normal de esta etapa; y presentes estos dos eventos (es decir, embarazo y adolescencia), provocan un mayor impacto emocional y psicológico en el desarrollo humano.

Como menciona Dulanto (2000), el deterioro emocional que sufre la adolescente ocasiona confusión y favorece la presencia de una parálisis emocional y social que le impide actuar adecuadamente. Quienes viven esta experiencia, relatan que sienten y tienen la certeza de que su proyecto de vida y sus incipientes ilusiones queden frustrados y que todo lo esperado como fruto del periodo existencial que comprende el tránsito adolescente queda suspendido o cancelado y de pronto el destino los obliga a convertirse en adultos.

A continuación, se mostrarán más ampliamente los resultados obtenidos, relacionando éstos con el análisis teórico:

De acuerdo a lo que se observó en el Inventario de Depresión de Beck, en el 40% de las mujeres adolescentes No hay Depresión, sin embargo, el 65% de las mujeres adultas No presenta Depresión, esto puede ser debido a que cuentan con un adecuado apoyo familiar, ya sea de sus parientes o de su propia pareja. Según Dulanto (2000), de acuerdo a cómo vivieron el parto, presentan o no mayores dificultades en el puerperio, y a pesar de la etapa que vive la adolescente, puede mantener un equilibrio funcional de acuerdo a las experiencias que ha tenido antes y después de su embarazo.

Por otro lado, se mantuvo estable la Depresión Leve, dentro del Inventario de Depresión de Beck en ambos grupos, con un 17.5% en mujeres adolescentes y un 15% en mujeres adultas, esto puede deberse a la depresión "común o normal" que se presente en el posparto, situación ya estudiada por varios autores.

Así mismo, en el aspecto de la Depresión Severa se observa un aumento significativo porcentual en las mujeres adolescentes a comparación de las mujeres adultas, presentando las primeras un 42.5% y las mujeres adultas un 20%, confirmando lo anterior, que en las mujeres adolescentes existe mayor depresión a consecuencia de la etapa crítica por la que están atravesando o aunado a la pérdida de estatus, de la actividad social con sus pares, del alejamiento de sus amigos, la experiencia del parto, posible soledad y pérdida del objeto amoroso y afectivo como puede ser su compañero (Dulanto, 2000).

Estos resultados se justifican en investigaciones anteriormente realizadas como la de Mc Anarney (1994), que menciona la prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos que son significativamente más altos en madres adolescentes que en la población general, ya que en un estudio de adolescentes embarazadas y madres, se observó una incidencia de depresión de un 60%.

Antes de continuar, es importante mencionar y tomar en consideración que la investigación se llevó a cabo dentro de un Hospital de Salubridad, en donde, el nivel socioeconómico de los pacientes es bajo, y aunque tengan el apoyo familiar, no es el más idóneo para su futuro desarrollo y sus expectativas quedan limitadas al cuidado de su hijo, a colaborar en casa o trabajar para el sustento de ambos. Por lo que se sugiere trabajar conjuntamente con trabajadores sociales para brindarles el apoyo necesario y en un momento dado impulsarlas a asistir a programas de atención terapéuticas que promuevan una mejor adaptación a su entorno.

Con respecto a la prueba t de Student del Inventario de Depresión de Beck, aceptamos la Hipótesis Alterna (H₁), que enuncia que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la Depresión presentada en las mujeres adolescentes y mujeres adultas que cursan por el posparto. Esto indica que existe mayor depresión en la adolescente que se encuentra cursando el posparto, y como ya se mencionó anteriormente, la sola presencia del embarazo es un factor favorecedor para que el estado emocional de la adolescente se altere, asimismo, intervienen las alteraciones del proceso de la etapa adolescente, lo cual justifica la presencia de adolescentes embarazadas deprimidas en la presente investigación.

Tales resultados sugieren, que es de suma importancia ofrecer apoyo terapéutico a las adolescentes en el posparto, pues el paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo, da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas y a él mismo cuando no está deprimido les parezcan inverosímiles. Los grandes cambios producidos en su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas. Una de las principales características del paciente depresivo es su relativa inconsciencia o falta de atención con respecto a los estímulos ambientales (Beck, 1993).

De acuerdo a lo anterior, al llevar a cabo nuestra investigación, pudimos observar que las características mencionadas estaban presentes en algunas de las madres adolescentes en el momento en que se les aplicaron las pruebas psicológicas, ya que era evidente la diferencia del estado de ánimo presentado entre unas pacientes y otras, de hecho, algunas no percibían la maternidad como un evento inconveniente en sus vidas, sino que representaba una expectativa diferente en su futuro, pero en algunas otras se pudo observar lentitud en sus movimientos, desgano al hablar, mirada ausente y actitud indiferente.

Así mismo, cabe mencionar que la depresión suele ser episódica, pero a pesar de la naturaleza temporal de la depresión, es determinante el diagnóstico oportuno, por la complicación letal casi exclusiva de este síndrome, es decir, el suicidio (Beck, 1993).

Por otro lado, se reafirma que la depresión es un estado de ánimo característico de la adolescencia, la cual emerge de necesidades sexuales abrumadoras y del deseo ambivalente de proximidad e independencia y aunado al posparto, ésta suele intensificar su aparición.

Con respecto al Autoconcepto, Paik (1982; citado en Duarte, 1997), refiere que en el embarazo adolescente es frecuente la presencia de un Bajo Autoconcepto, sin embargo, este Bajo Autoconcepto con sentimientos de impotencia y bajo ciertas condiciones pueden ser los favorecedores del riesgo de embarazo en esta etapa. Es decir, el que las mujeres adolescentes presenten un Bajo Autoconcepto y no se sientan autoafirmadas, además de que carezcan de asertividad en la toma de decisiones, tiene relación con el temprano inicio de relaciones sexuales, sin protección anticonceptiva y por lo tanto, de tener embarazos no planeados ni deseados. La literatura ha mostrado que la sola presencia del embarazo es un factor para que el estado emocional de la adolescente se altere, encontrando que es mayor el impacto si no cuenta con el apoyo familiar adecuado y un entorno social no represivo.

En cuanto a los resultados de la Prueba Psicológica de Autoconcepto Forma A (AFA), se pudo observar lo siguiente:

En el **Ámbito Académico**, el 40% de las mujeres adolescentes presenta un Autoconcepto Alto; el 32.5% un Autoconcepto Regular y el 27.5% un Autoconcepto Bajo; mientras que en las mujeres adultas, el 72.5% presentó un Autoconcepto Alto; el 17.5% un Autoconcepto Regular y el 10% un Autoconcepto Bajo; a pesar de que es mayor el Autoconcepto Académico en las mujeres adultas, las mujeres adolescentes presentaron un buen porcentaje de Alto Autoconcepto en este ámbito. Este apego a lo Académico es debido a que en la adolescencia hay una búsqueda de la identidad y de autoafirmarse dirigiéndose principalmente a los amigos, ya que éstos adquieren una gran importancia y significación en esta etapa. Sin embargo, también es importante resaltar el porcentaje de Autoconcepto Bajo que presentaron las mujeres adolescentes, ya que esta tendencia puede evolucionar en futuras tomas de decisiones poco asertivas que tengan consecuencias adversas en su vida cotidiana. El resultado de la prueba t de Student en el **Ámbito Académico**, nos arrojó que sí existen diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto Académico presentado en las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto, lo que nos señala que éste en la adolescente es determinante, pues interrumpe el proceso normal en esta etapa.

Respecto al resultado del AFA en el **Ámbito Social**, ambos grupos presentaron porcentajes estables; ninguno de los dos grupos presentó Autoconcepto Bajo y la prueba t de Student arroja que **NO** existen diferencias significativas en

cuanto al Autoconcepto Social de las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto, cabe mencionar que de toda la investigación, es la única Hipótesis Nula que se Acepta, lo que quiere decir que **NO** existe variabilidad en cuanto al Autoconcepto Social que presentan ambos grupos. Esto es importante de subrayar, ya que en un momento dado, nos puede servir de herramienta para reforzar otros aspectos en la adolescente, en caso de una intervención terapéutica. El hecho de que la adolescente haya presentado un Alto Autoconcepto Social, puede deberse a la búsqueda de una integración con sus coetáneos en este proceso, aunque también está condicionada por el contexto social en que se desenvuelve ésta, pero independientemente de esto es una etapa en la cual tratan de independizarse de los padres y tienen habilidad para establecer relaciones de amistad, además de que desarrollan un determinado rol social con diferencias y similitudes entre otros jóvenes de diferente sexo.

Por otro lado, referente al AFA en el Ámbito Emocional, en ambos grupos hubo altos porcentajes de Autoconcepto Bajo, pero cabe destacar el hecho de que las mujeres adolescentes **NO** obtienen porcentaje alguno de Autoconcepto Alto y a pesar de que también en las mujeres adultas se presentó un Autoconcepto Bajo, es mayor en las mujeres adolescentes, esto confirma que el posparto es un factor determinante de adaptación para la mujer en general, pues como menciona Pritchard (1993), puede existir el temor de haber dejado de ser atractiva para su pareja, y acaban de reducir una fuerte tensión emocional que experimentan durante el parto.

Y además de lo anteriormente mencionado, en las mujeres adolescentes aún es una preocupación extra la aceptación o el rechazo de su propia familia y de las personas en su alrededor. Finalmente, la prueba t de Student en el Ámbito Emocional, muestra que se Acepta la Hipótesis Alterna (Hi), la cual menciona que existen diferencias significativas del Autoconcepto Emocional en las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto, evidenciando esto que definitivamente las mujeres adolescentes en el posparto presentan menor impacto en el Autoconcepto Emocional.

En cuanto a los resultados obtenidos de la prueba AFA en el Ámbito Familiar, se evidenció que en las mujeres adultas es ligeramente más Alto del Autoconcepto Familiar y a pesar de que existe un porcentaje Alto en las mujeres adolescentes, lo cual indica que poseen una buena identidad con la familia; la prueba t de Student Aceptó la Hipótesis Alterna (Hi), que dice que existen diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto Familiar entre las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan por el posparto, esto nos indica que a pesar del porcentaje Alto presentado en las mujeres adolescentes, las mujeres adultas perciben una mejor aceptación y aprobación familiar, que confirma su condición de madre. Según Breen (1975, citado en Salvatierra, 1989), la imagen de la propia madre y las relaciones con la misma troquelan muchas veces la adaptación materna, las mujeres que se adaptan bien, consideran a su madre de forma positiva, presentándose dificultades cuando

existe una discordancia entre una imagen idealizada de la madre y la propia conducta de la mujer.

Así mismo, existen factores familiares predisponentes que pueden incidir para que se deteriore este Autoconcepto Familiar, como puede ser una familia disfuncional con ausencia de figura paterna estable, hacinamiento y promiscuidad, crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales, enfermos crónicos en la familia y normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos que las rodean, y a pesar de que la familia la apoye puede percibir la mortificación que produce a los adultos por tener un hijo a tan corta edad, y sabe que fundamentalmente tendrá que depender del ambiente familiar, y a menudo las familias manifiestan con recelo y con lógica indignación, que no les quedó otra alternativa que la de aceptar el hecho, pues esta nueva situación cambia totalmente la forma de ver la vida en la casa.

Ahora bien, en cuanto al Autoconcepto Total, cabe destacar que las mujeres adolescentes presentaron un Autoconcepto Bajo en un 22.5% y las mujeres adultas **NO** obtienen porcentaje alguno de Autoconcepto Bajo y en la prueba t de Student, se encontró que sí hay diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes y las mujeres adultas en el posparto, en cuanto al Autoconcepto Total, es decir, nuevamente se Acepta la Hipótesis Alterna (H₁). Como se puede constatar, la situación de la adolescente en el posparto es diferente, pues finalmente, la mujer adulta tiene un mejor conocimiento de sí misma y por consecuencia un Autoconcepto mejor establecido. El logro de un Autoconcepto es lo que conforma el Yo, desde de un punto de vista psicológico no psicoanalítico, tomando en cuenta que en este proceso el sujeto va cambiando y se va integrando de acuerdo a lo que piensa y sobre lo que él percibe de las demás personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social. Es por ello que, se va formando este sentimiento de identidad con una verdadera experiencia de "autoconocimiento" (Aberastury y Knobel, en Duarte, 1997).

Sin embargo, el parto es solo un factor precipitante que opera dentro de la púérpera, pero además el deterioro emocional que sufre la adolescente ocasiona confusión y favorece la presencia de una parálisis emocional y social que le impide actuar adecuadamente, el rechazo por parte del grupo de amigos proviene, más que de los propios adolescentes, de sus familias que, enteradas del embarazo, suelen emitir críticas demoledoras, juicios valorativos descalificadores sobre las jóvenes afectadas e impiden hasta donde pueden que la relación de amistad continúe. Esto lastima mucho a las adolescentes, pues es el rechazo de los pares (Dulanto, 2000).

Del mismo modo, este Bajo Autoconcepto puede deberse a que la adolescente describe su embarazo como un síndrome de fracaso: Fracaso para cumplir sus funciones como adolescente, permanecer en la escuela, limitar a su familia, establecer valores equilibrados, ser capaz de ganarse la vida y tener bebés

sanos (Zeiguer, 1993). Las madres adolescentes deben reorientar toda su vida y asumir unas responsabilidades de adulto.

Por otra parte, como se puede apreciar en los resultados de la presente investigación, se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad dentro de los grupos de adolescentes cursando el posparto y mujeres adultas. Cabe destacar que el grupo de las mujeres adolescentes, en más de un 50%, tanto en el Sistema de Respuestas como en Rasgos Específicos, presentaron Ansiedad Severa y en más de un 10%, presentaron Ansiedad Extrema, y de acuerdo al ISRA, es aconsejable que cuando las puntuaciones de un sujeto se sitúen en estos niveles de ansiedad, se lleve a cabo una intervención terapéutica.

Sin embargo, también las mujeres adultas se situaron en estos niveles de ansiedad, pero con porcentajes mucho menores, pues no pasaron del 25% en Ansiedad Severa, ni del 2.5% en Ansiedad Extrema, esto es importante tomarlo en cuenta ya que en nuestra investigación no queremos enfatizar que solamente el adolescente requiere apoyo terapéutico, es este caso, el porcentaje de mujeres adultas también lo requieren, pero nuestro punto es, que dada la crisis de la adolescencia es más evidente la incidencia de la ansiedad en la adolescencia, y además en esta etapa es dónde se empiezan a tomar las primeras decisiones en el desarrollo ulterior de la vida, por lo que si se toma una decisión errónea, ésta trae consecuencias en el futuro.

Como ya lo mencionamos, además de la Depresión, los adolescentes manifiestan altos niveles de Ansiedad, es decir, cierta incertidumbre e inquietud emocional ante las exigencias internas y demandas sociales, debido a todo este proceso evolutivo y a no saber en determinado momento qué es lo que va a pasar en su vida, a qué se van a dedicar o qué desean hacer en un futuro que no se encuentra alejado de este proceso; por lo que no nos sorprenden los resultados obtenidos.

Siguiendo el orden del análisis estadístico, de acuerdo a los resultados, se pudo observar que tanto en el Ámbito Cognitivo como Fisiológico de la prueba ISRA, las mujeres adolescentes obtuvieron un 55% en Ansiedad Severa en comparación con un 25% que obtuvieron las mujeres adultas en ambos aspectos de Ansiedad Severa, en el resultado de Ansiedad Extrema, en el Aspecto Cognitivo, las mujeres adolescentes obtuvieron un 10% y las mujeres adultas 0% y en el Aspecto Fisiológico, las mujeres adolescentes obtuvieron un 12.5% de Ansiedad Extrema y las mujeres adultas un 2.5%. Esto nos hace deducir que de acuerdo a estos puntajes obtenidos, al manifestar las mujeres adolescentes ésta elevada Ansiedad tanto Cognitiva como Fisiológica, puede provocar niveles bajos de Autocontrol, manifestaciones fisiológicas severas, que a la larga, pueden causar enfermedades orgánicas y crónicas, y a nivel Cognitivo puede interferir en una buena toma de decisiones, lo que puede traer como consecuencia tener una baja Autoestima e Inseguridad para desenvolverse adecuadamente en el entorno en el que vive, por lo que, como

ya lo mencionamos anteriormente, es necesaria una adecuada intervención terapéutica.

Ahora bien, en el Aspecto Motor, las mujeres adolescentes obtuvieron un 52.5% de Ansiedad Severa y un 5% en Ansiedad Extrema y las mujeres adultas un 22.5% en Ansiedad Severa y un 0% en Ansiedad Extrema.

Estas diferencias significativas se pudieron comprobar con la Prueba t de Student, tanto en el Ámbito Cognitivo, Fisiológico y Motor, se Acepta la Hipótesis Alterna (Hi), que refiere que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adultas y las mujeres adolescentes en el posparto. Es importante considerar lo que implica manifestar altos grados de Ansiedad a nivel Motor, ya que esto está relacionado con la conducta observable y la consecuencia final que realiza el individuo de acuerdo a lo que piensa y siente, en relación con el ISRA "la conducta actual es función del proceso continuo de interacción entre el individuo y la situación en que se encuentra. Respecto a la persona, los factores cognitivos y motivacionales son los principales determinantes de la conducta" (Pág. 7).

Antes de continuar, mencionaremos la definición de Ansiedad de acuerdo al ISRA "Se denomina Ansiedad a la respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos Cognitivos displacenteros, de atención y aprensión; aspectos Fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del SNA (Sistema Nervioso Autónomo) y aspectos Motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de Ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos, tales como pensamientos, ideas, etc., que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes (Miguel Tobal, 1985; citado en el ISRA, 1994, pág. 9).

La referencia antes mencionada, nos comprueba que dada la alta Ansiedad manifestada en las mujeres adolescentes en el posparto, pueden presentar una poca adaptabilidad para enfrentar situaciones de la vida cotidiana o un manejo poco asertivo en situaciones estresantes, como se pudo comprobar en los porcentajes obtenidos de la prueba ISRA en Ansiedad Total, ya que las mujeres adolescentes obtuvieron un 57.5% en Ansiedad Severa y un 12.5% en Ansiedad Extrema, en comparación con el 17.5% que obtuvieron las mujeres adultas en Ansiedad Severa y un 2.5% en Ansiedad Extrema; lo que implica que las mujeres adolescentes tienen mayor Ansiedad en todos los aspectos, tanto en lo que se refiere a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, es decir, a una serie de situaciones que llevan al individuo a un estado de alerta, desasosiego o tensión, que generan en él falta de concentración, de decisión y la idea de que las personas de su entorno observan su conducta y se den cuenta de sus problemas y torpezas; como en una serie de respuestas que son índices de activación del SNA y del SNS, algunas de éstas respuestas son: palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, tensión muscular, respiración agitada, apnea, etc., junto con otros síntomas, tales como molestias de estómago, náuseas,

mareo, dolor de cabeza, etc., también presentan índices de agitación motora, fácilmente observables por otra persona. Incluyen dificultades de expresión verbal, tales como bloqueo o tartamudez, movimientos torpes, respuestas de huida o evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse, hiperactividad, etc. (Tobal, 1994).

Como ya se mencionó, la sola presencia del posparto es un factor favorecedor para que el estado emocional del adolescente se altere, así mismo, intervienen las alteraciones del proceso de la etapa adolescente, lo cual justifica la presencia de adolescentes cursando el posparto con altos niveles de Ansiedad en los resultados obtenidos en el presente análisis.

Por otra parte, las mujeres adolescentes también obtuvieron altos niveles de Ansiedad de acuerdo a la prueba ISRA ante los Rasgos Específicos como lo es el Factor I, el cual se refiere a la Ansiedad ante situaciones que implican evaluación o asunción de responsabilidades, la cual comprende situaciones en las que el sujeto realiza alguna actividad por la que puede ser evaluado o criticado, ya que las mujeres adolescentes obtuvieron un 45% en Ansiedad Severa y un 2.5% en Ansiedad Extrema, y las mujeres adultas solamente obtuvieron un 12.5% en Ansiedad Severa y 0% en Ansiedad Extrema.

Esto se correlaciona de acuerdo a la literatura, ya que se menciona que, un aspecto importante que interviene es el psicosocial, en el cual interactúan los esfuerzos psicológicos del individuo con las demandas del medio social, a través de exigencias que el individuo debe afrontar con un trabajo interno de aceptación y el logro de una definición de sí mismo, logrando el papel de adulto que se espera de él según su cultura, por lo que, el cumplimiento con éxito de las tareas propias de la etapa por la cual está atravesando, dependerá para el reconocimiento del contexto social en el que se desenvuelve, por lo que este aspecto es de suma importancia para que el adolescente tenga una adecuada adaptabilidad que le proporcione herramientas útiles que pueda aplicar en su etapa adulta.

Lo anterior se encuentra ligado al F II, que se refiere a las situaciones sexuales y de interacción social, llamada Ansiedad Interpersonal, las mujeres adolescentes obtuvieron un 60% en Ansiedad Severa y un 12.5% en Ansiedad Extrema, y las mujeres adultas un 30% en Ansiedad Severa y un 2.5% en Ansiedad Extrema, esto es justificable ya que, en la adolescencia, apenas está el proceso que conduce a la madurez sexual, este periodo está repleto de cambios físicos como hormonales, por lo que le falta alcanzar su madurez social y emocional. En esta etapa la búsqueda de la identidad es muy importante, pues tiene que ver con un proceso psicosocial, en el cual el individuo es reconocido por el otro, por lo cual la aceptación de sus pares es crucial, por lo que la correlación de lo anteriormente mencionado y la alta Ansiedad que presentan a nivel interpersonal es aceptable, ya que el adolescente está en constante búsqueda de la aceptación, sobre todo de sus compañeros y le preocupa establecer relaciones interpersonales óptimas y duraderas, la

Ansiedad puede manifestarse por sentir miedo a ser rechazado o sentirse inseguro por pensar que va a ser criticado por los demás.

Como ya se mencionó anteriormente, una de las características que define a la adolescencia es la ambivalencia de sentimientos y deseos, ya que, por un lado quieren estar solos, aislados, adquirir independencia, y por otro lado, desean integrarse a grandes grupos y amistades, el adolescente se encuentra en el proceso de la búsqueda del sí mismo, es un poco más difícil tomar decisiones, interpretar su propia realidad y sobre todo comportarse de acuerdo a lo que la sociedad dicta como lo correcto, por lo que es comprensible que presenten altos índices de Ansiedad en el Aspecto Interpersonal, ya que como menciona Erikson (Cueli, 1998), a raíz del intento por definir la Identidad, surgen estados de Ansiedad y confusión, debido a los esfuerzos psicológicos y demandas sociales a las que el individuo se ve sometido.

De acuerdo a la Prueba estadística t de Student, nos corroboró que tanto en el Sistema de Respuestas de Ansiedad ante la Evaluación e Interpersonal, sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes cursando el posparto y las mujeres adultas, por lo que se Aceptan las Hipótesis Alternas (Hi), y finalmente se interpreta como que existen mayores repercusiones en la mujer adolescente en el posparto.

Así mismo, en el Factor III, que se refiere a la Ansiedad ante Situaciones Fóbicas, las mujeres adolescentes obtuvieron un 72.5% de Ansiedad Severa y 5% en Ansiedad Extrema, con contraste con las mujeres adultas que obtuvieron un 22.5% en Ansiedad Severa y 2.5% en Ansiedad Extrema, lo que nos permite deducir que las mujeres adolescentes presentan mayor temor ante situaciones tales como: viajar en avión, los lugares altos o las aguas profundas, observar escenas violentas, las multitudes y espacios cerrados, etc., y puede ser debido a que: en la transición sufrida por las mujeres adolescentes, atraviesan por desequilibrios e inestabilidad, perciben incongruencias acerca de sí mismas, lo que explica un estado de alerta y ansiedad constantes, así como miedo ante ciertas situaciones que pudieran ser aprendidas por el contexto familiar y social en que se desenvuelve y posiblemente puede ser una estrategia para sentirse más segura y no enfrentarse ante ciertas tareas que le exige la sociedad.

Por otra parte, los resultados del Factor IV, que se refieren a la Ansiedad de Situaciones Habituales o de la Vida Cotidiana, en el cual también las mujeres adolescentes obtuvieron altos porcentajes, ya que en Ansiedad Severa tienen un 55% y en Ansiedad Extrema un 25% y las mujeres adultas presentaron un 32.5% en Ansiedad Severa y un 2.5% en Ansiedad Extrema, estos resultados son muy importantes, ya que estamos hablando de que la adolescente presenta altos índices de Ansiedad ante Situaciones tales como: a la hora de dormir, por nada en concreto, en situaciones de trabajo o estudio, etc., es decir, destacan situaciones que tienen que ver con el contexto y el quehacer diario o habitual del individuo, lo que implica que la adolescente diariamente presentará altos niveles de Ansiedad, lo que puede traer como consecuencia un bajo

Autocontrol, en el aspecto tanto Cognitivo como Conductual en el desarrollo diario de las actividades.

De igual manera, la Prueba t de Student, tanto en el Factor III como el Factor IV, nos indica que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres adolescentes y las mujeres adultas que cursan el posparto, esto quiere decir, que sí existe mayor impacto emocional en la adolescente en el posparto, en comparación con una mujer adulta.

No obstante, es importante recordar que los ajustes emocionales y físicos del embarazo, junto con los que se requieren para la paternidad o maternidad, causan diversos niveles de estrés y ansiedad, por lo que se justifican los porcentajes obtenidos de alta Ansiedad también en mujeres adultas, ya que en el posparto, los cambios en el estado de ánimo son comunes por la declinación rápida de algunas hormonas, lo que contribuye a las alteraciones emocionales, aunado a los conflictos del papel de maternidad y la inseguridad personal de la mujer, y como ya vimos, el traer a un niño al mundo, genera un desequilibrio, incluso en la edad adulta, por lo que es comprensible que el posparto en las mujeres adolescentes, precisamente por las características que se dan durante esta etapa, cause mayor conflicto y repercusiones psicológicas, a causa de las presiones que muchos soportan ya descritas anteriormente, ya que compromete el presente y futuro psicosocial de la joven madre y el de su producto, por lo que en definitiva, es más difícil tener un hijo en la adolescencia, porque conlleva superar dos crisis: la adolescencia misma y la crisis del posparto.

Finalmente, los resultados obtenidos en la presente investigación, sólo ofrece el conocimiento de una realidad parcial de la mujer adolescente en el posparto, debido a que la muestra, constituye a una parte de la población del Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", por lo que se propone ampliar este tipo de investigaciones en poblaciones y estratos socioeconómicos altos, pues podrían tener un significado del posparto y alteraciones emocionales distintas.

5.10 CONCLUSIONES

- Ψ Es urgente y necesaria una atención prenatal adecuada con el fin de que la mujer adolescente y su familia se integren en un esfuerzo responsable para poner en acción conductas de contención y protección que beneficien a todos.
- Ψ Es necesaria una atención interdisciplinaria del embarazo adolescente.
- Ψ De acuerdo a la investigación se evidenció que la maternidad adolescente es un problema de salud pública, por las consecuencias adversas que se tiene

en muchos casos sobre las jóvenes y sus familias, ya que interrumpe su proyecto de vida.

- Ψ En opinión de los autores (Dra. Ana Coll; Dulanto, 2000), todo tratamiento inicial de este problema debe dirigirse a los siguientes objetivos si en verdad se desea proporcionar un horizonte de crecimiento biopsicosocial a la madre, o a la pareja y a su hijo:
1. Brindar atención perinatal adecuada.
 2. Fortalecer los vínculos familiares.
 3. Favorecer el vínculo madre-hijo.
 4. Facilitar la integración de la pareja.
 5. Lograr una atención institucional abarcadora.
- La única manera de lograr estos objetivos consiste en integrar las estrategias adecuadas de tipo interdisciplinario y multidisciplinario; por ésta razón se sugiere que se trabaje institucionalmente los siguientes factores:
1. Enfoque interdisciplinario.
 2. Participación de la familia y la pareja.
 3. Sensibilización del personal de la institución que debe atenderla.
- Ψ Adolescencia y posparto provocan un aumento significativo en la incidencia de Ansiedad, Depresión y bajo Autoconcepto.
- Ψ En base a la literatura, se tiene conocimiento de que la Ansiedad, Depresión y Autoconcepto, son estados emocionales multideterminados, tanto por factores culturales y familiares como de significado que se tenga del embarazo y posparto, específicamente de las mujeres adolescentes.
- Ψ La presencia de repercusiones psicológicas en el posparto adolescente nos habla de dos factores que pueden estar influyendo: uno, la etapa por la cual están atravesando y otra, la situación posparto que complica más aún esta fase.
- Ψ Todo lo anterior nos hace deducir que: es necesario implementar una intervención terapéutica adecuada a las necesidades de la adolescente en el posparto, por lo que más adelante se presenta una Propuesta de Intervención Cognitivo-Conductual, estructurada de tal manera que provea de las habilidades y capacidades que la adolescente necesita para enfrentar la vida cotidiana y desenvolverse en el contexto social en que se desarrolla.
- Ψ Así mismo, debemos resaltar que la Depresión es un estado emocional que de por sí se presenta en el posparto, tanto en mujeres adolescentes como en mujeres adultas, por lo que ambas necesitan un adecuado apoyo ante tal situación, pero como lo evidenciaron los resultados, es mayor la incidencia de Depresión en las mujeres adolescentes, lo que tenemos que tomar en consideración al brindarle cualquier tipo de apoyo a las mismas.
- Ψ Respecto al Autoconcepto, las mujeres adolescentes obtuvieron altos porcentajes en bajo Autoconcepto Académico, Emocional y Total, esto es

importante, ya que el Autoconcepto es un recurso psicosocial, ya que se encuentra ligado a la Autoestima, al aprendizaje de valores, a la aceptación social de la familia y amigos, así como tiene influencia en la percepción de sí mismo, lo cual repercute en la seguridad y toma de decisiones.

- Ψ Existieron muy pocas diferencias en el Autoconcepto Familiar y no hubo diferencias en el Ámbito Social entre mujeres adolescentes y mujeres adultas, lo que se tiene que tomar en cuenta, ya que en un momento dado, se puede utilizar como herramienta para ayudar a reforzar aspectos más débiles, ya que en ambos Ámbitos, las mujeres adolescentes tuvieron un elevado porcentaje de Autoconcepto alto, lo que sugiere que en estos aspectos tienen una percepción adecuada de aceptación.
- Ψ Por otra parte, es de suma importancia poner atención al elevado índice de Ansiedad, que presentan las mujeres adolescentes en el posparto, ya que en más del 50%, éstas se ubicaron en las categorías de Ansiedad Severa y Extrema, siendo así porque en todos los factores calificados, el mismo manual (ISRA), indica una intervención terapéutica urgente, ya que esta Ansiedad elevada provoca repercusiones principalmente a nivel cognitivo y conductual, lo que a su vez ocasiona una inadecuada adaptación a su entorno.
- Ψ La conducta es moldeada y mantenida por sus consecuencias, pero sólo por consecuencias ya pasadas. Uno hace lo que hace por lo que ha sucedido, no por lo que ocurrirá, es decir, la conducta es el resultado de un largo proceso de aprendizaje. Aprender no es lo mismo que hacer; es modificar la manera de hacer (Skinner, 1991).

Parte de lo que se experimenta depende de las circunstancias en que manifieste la conducta. Todo lo aprendido puede modificarse, y esto puede ser a través de la Terapia Cognitivo-Conductual, ya que esto es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar diferentes alteraciones emocionales, como lo son la Depresión, la Ansiedad, las Fobias, etc. Esta se basa en que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El adolescente aprende, a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos; esta terapia se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales, las cognitivas modifican las formas de pensamiento que lo predisponen a tener conductas disfuncionales y poco adaptativos, las técnicas conductuales no sólo modifican la conducta, sino también se emplean para producir cogniciones asociadas a conductas específicas. En conclusión, esta terapia es objetiva, activa, directiva y se

obtienen resultados a corto plazo, por lo que nos pareció la más adecuada para las adolescentes que requieren una intervención más inmediata, ya que sus estructuras cognitivas influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta por lo que necesitan reforzar y aprender habilidades que les den una adecuada capacidad de toma de decisiones, soluciones y de su relación con su entorno.

- Ψ Finalmente, son mayores las repercusiones psicológicas de las mujeres adolescentes que cursan por el posparto, por lo que es necesario abordar este fenómeno de manera interdisciplinaria para lograr una mejor adaptabilidad en este proceso que conlleve a una mejor calidad de vida en las mujeres adolescentes.

5.11 SUGERENCIAS

- Ψ Como se pudo observar, la presente investigación se llevó a cabo con mujeres adolescentes y mujeres adultas de un nivel socioeconómico bajo, por lo cual se sugiere ampliar la investigación realizándola en otros estratos económicos y comparando mujeres adolescentes en posparto con mujeres adolescentes que se encuentren en una preparatoria, sin presentar la situación de embarazo o posparto, para ampliar más la muestra poblacional y obtener una mayor correlación con los resultados ya obtenidos.
- Ψ Todo lo anteriormente expuesto, indica que el posparto adolescente es un problema a nivel biológico, social y psicológico, por lo que se recomienda tomar medidas preventivas en estos tres niveles, comenzando con la prevención del embarazo precoz, pues las consecuencias como ya se pudo observar pueden alterar el proceso normal de la adolescencia y del embarazo y posparto.
- Ψ De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, sugerimos llevara cabo una intervención terapéutica, dada la Depresión, Ansiedad y bajo Autoconcepto que presentaron las mujeres adolescentes, nuestra propuesta de Intervención está basada en la Terapia Cognitivo-Conductual, sugerida por ser objetiva, activa y a corto plazo, ya que los adolescentes requieren de soluciones rápidas y aplicables a su vida cotidiana.
- Ψ En la presente investigación, no se llevó a cabo la Intervención, debido a que no encontramos las condiciones adecuadas en las Instalaciones del Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", y además el punto básico de nuestra investigación era evidenciar si existían mayores repercusiones psicológicas en la mujer adolescente cursando el posparto, que en las mujeres adultas y en un momento dado, que otros investigadores lleven a cabo la Intervención, para corroborar si efectivamente logra

modificaciones conductuales más adaptativas y funcionales, para que las adolescentes tengan una mejor calidad de vida.

- Ψ Cabe mencionar, que debe tomarse en consideración que como cualquier tipo de Terapia, la Cognitivo-Conductual tiene críticas, por lo que sugerimos tomar en cuenta las siguientes consideraciones: Una de las críticas más explosivas y emocionales contra la Terapia, se centra en la manipulación y control. El punto central parece ser que las terapias conductistas representan ataques insidiosos y a menudo directos sobre la capacidad del paciente para tomar decisiones, asumir responsabilidad y mantener su dignidad e integridad. Pero es común que las personas busquen ayuda profesional voluntariamente y con ello han reconocido su necesidad de ayuda y guía para alterar sus vidas. Otra crítica particular dañina en contra de varias formas de terapia Cognitivo-Conductual, tiene que ver con su efectividad en ambientes diferentes a aquellos en los cuales se ejecuta. En otras palabras, ¿los efectos de los programas de Terapia Cognitivo-Conductual se generalizan más allá de las situaciones en las que se practican?, el interés de la justicia debe señalarse que gran parte de las formas de psicoterapia están sujetas a la misma duda. Por ejemplo, algunos pacientes muestran una notable mejoría o adaptación en la situación terapéutica, aunque esta adaptación no se generaliza a entornos fuera de la terapia.

Además, ver sólo la conducta y apegarse al lema: "Cualquier cosa que se pueda aprender, puede modificarse", ha parecido evitar que el terapeuta se empantane en cuestiones de ética o con debates acerca de qué es lo que se debe cambiar, sin embargo, es necesario señalar que todas las prácticas terapéuticas implican principios éticos. Por otro lado, es importante considerar todos los aspectos positivos de la Terapia Cognitivo-Conductual, como lo es su eficiencia, pues cuenta con una serie de técnicas que tienen una duración corta y efectiva, hace énfasis en el presente y es pragmática para utilizar técnicas específicas para problemas específicos; cuenta con un amplio conjunto de técnicas por lo que el terapeuta puede incrementar la probabilidad de tomar la decisión correcta para intervenir de mejor manera a su paciente, son muy activos sus procedimientos, los cuales requieren de evaluación, planificación, decisión y técnicas, y una de las contribuciones más importantes ha sido la extensión del rango de aplicación de la Terapia, pues la Psicoterapia se había reservado para clases media y alta, que tenían el dinero para dedicarlo a sus pesares psicológicos y para estudiantes universitarios con buenas capacidades expresivas y conductas de enfrentamiento. Ahora, la Terapia Cognitivo-Conductual, ha cambiado esto, incluso el sujeto con retraso mental con dotes deficientes y el esquizofrénico crónico-regresivo, pueden recibir ayuda terapéutica, y en terapia grupal hasta de los niveles socioeconómicos bajos pueden acudir, pues el costo disminuye considerablemente (Phares, 1996).

- Ψ Finalmente, existen muchos estudios que versan sobre las implicaciones emocionales en las mujeres adolescentes embarazadas, pero con la

presente investigación surge un diferente cuestionamiento ¿qué pasa con la adolescente cuando ya enfrenta la vida cotidiana con su hijo?, por lo que consideramos que los resultados obtenidos son de suma importancia para tomar en cuenta como sociedad todas las implicaciones que conlleva tener un hijo en la adolescencia, asumiendo la responsabilidad de éste y tratando de llevar ambos a una buena adaptación en su entorno, por lo que nuestra aportación en el presente trabajo, es tratar de dar una posible solución a la mujer adolescente en el posparto, de tener un conocimiento más amplio de su persona y poder realizar un mejoramiento de su estado afectivo de acuerdo a las necesidades de cada estrato socioeconómico para que así logre cambios que proporcione nuevas conductas más funcionales para ella.

- Ψ A continuación, se presenta nuestra Propuesta de Intervención Cognitivo-Conductual, específicamente estructurada para las mujeres adolescentes que se encuentran cursando el posparto, con la finalidad principal de que éstas logren definir un proyecto de vida propio con planes a futuro para que reconozcan y definan sus problemáticas, puedan generar un mejoramiento afectivo así como expectativas alternas y por consiguiente, le brinde una mejor calidad de vida a su hijo.

CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

El trece es anómalo -ni esto, ni aquello-:
no es un capullo cerrado u ola que acaricia una playa,
ni la conocida transformación de la larva en mariposa.
Es una edad que derrota la metáfora.
No es un pueblo, como la infancia, fuertemente amurallado
pero sí rodeado con facilidad; no es una ciudad.
No, una vez abandonada, puede ser recordada lo
suficiente -ni siquiera con piedad-.

Phyllis McGinley, "Cierta edad", 1956 (Papalia y Olds 1996).

En el capítulo anterior se describieron ampliamente los resultados obtenidos de la investigación, como se pudo comprobar, el grupo de adolescentes presenta mayor impacto psicológico en el posparto, por lo que es evidente que necesitan apoyo terapéutico en esta etapa, para poder lograr una mejor adaptación en su entorno y un mejor desarrollo en su vida cotidiana.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la terapia conductual es un conjunto muy activo de procedimientos. Requiere de evaluación, planificación, decisión y técnicas (Phares, 1996).

Por otra parte, la terapia cognoscitiva fue diseñada para ayudar a los pacientes a modificar el pensamiento negativo y pesimista (Davidoff, 1997).

El terapeuta cognitivo adopta como un principio directriz, a lo largo de toda la terapia, la idea de que la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia, estructuran el mundo es lo que determina sus emociones y su conducta (Beck, citado en Caballo, 1998).

En el presente capítulo se realiza una propuesta de intervención grupal, con orientación cognitivo-conductual. Hollander y Kazaoka (1988, citados en Caballo, 1998), definen la terapia de grupo conductual, : "cualquier intento, por parte de una persona o personas, para modificar la conducta de, por lo menos, dos ó más personas que se reúnen como grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos validados empíricamente, dentro de un marco que permita la recogida de datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo" (Pág. 819).

Así mismo, la terapia de grupo cognitivo-conductual, aplica los principios y técnicas de la misma a grupos. Combina las suposiciones y procedimientos de la terapia cognitivo-conductual individual con los procesos encontrados en la

terapia de grupo. Cualquier técnica desarrollada para la terapia cognitivo-conductual individual puede utilizarse en los grupos (Caballo, 1998).

Por otro lado, el formato grupal ofrece ciertas ventajas. La terapia de grupo proporciona oportunidades para observar las interacciones de los pacientes y para administrar retroalimentación de sus interacciones. El formato grupal proporciona oportunidades para examinar los sistemas de creencias y las conductas de los pacientes, especialmente en las conductas interpersonales. Una terapia de grupo es un lugar ideal para aprender a relacionarse y a interactuar con la gente de formas diferentes; es un contexto seguro en el que practican nuevas conductas (Op. cit.).

De tal manera, que los pacientes llegan a la terapia, con una amplia variedad de expectativas, alguna de ellas, contrarias a la terapia de conducta cognitiva. La tarea del terapeuta consiste, en proporcionar un marco común de referencia. Esto puede hacerse por medio de la instrucción directa o del aprendizaje a través de las experiencias. El mensaje fundamental es que los pensamientos están implicados en el afecto y en la acción y que por medio de la comprensión y modificación de los propios pensamientos habrá también una modificación del afecto y de las acciones. Los esfuerzos que se hagan deberán presentar el marco de un modo positivo, con el fin de establecer expectativas positivas sobre el proceso de cambio y el propio potencial para el cambio (Op. cit.).

Por ello, la intervención es recomendada para un grupo de ocho a doce miembros, las sesiones tienen lugar una vez a la semana, a lo largo de doce semanas, con una duración de dos horas por sesión, considerando un grupo cerrado y es un tratamiento alterno o multielemento (Op. cit.).

Cabe mencionar que es recomendable que las pacientes acudan a las sesiones sin sus hijos, ya que eso puede ser un factor de distracción, por lo que es importante que cuenten con el apoyo familiar para que aproveche de la mejor manera los beneficios de la terapia.

A continuación se realiza la presentación sintetizada de nuestra Propuesta de Intervención Cognitivo-Conductual, para posteriormente explicar ampliamente la manera de aplicación a grupos.



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL			
SESIÓN	DINÁMICA	OBJETIVO	DURACIÓN
I. INTEGRACIÓN GRUPAL Y TÉCNICA DE RELAJACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Integración Grupal • Entrenamiento en Relajación • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Logrará reconocer la diferencia entre Tensión y Relajación muscular y de esta manera disminuir los niveles de ansiedad en su vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
II. MOTIVACIÓN Y AUTOESTIMA	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de Ideas • Línea de Vida • El Espejo • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar en sí mismas, cualidades y habilidades positivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
III. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de Ideas • Una Presentación Especial • El Navío • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer en las participantes el conocimiento de la etapa por la que están atravesando y establecer los conceptos de Habilidades Sociales y Asertividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
IV. AUTOCONTROL, RELAJACIÓN E INICIO DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de Autorregistro • ¿Quieres una galleta? • Entrenamiento en Relajación • Inicio de Desensibilización Sistemática • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes comiencen a identificar componentes básicos de la Desensibilización Sistemática. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
V. SEGUIMIENTO DE AUTOCONTROL Y DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, ENSAYO CONDUCTUAL Y MODELAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol • Desensibilización Sistemática • El cuento: "El Mundo al Revés" • Dinámica del Pan con Mantequilla • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer más claramente en las participantes el Concepto de Autocontrol, así como el Modelamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas

VI. INOCULACIÓN DEL ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Los dos caminos • Inoculación del Estrés • Ensayo de Habilidades (Sociodrama) • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconsiderar y conceptualizar los problemas y preocupaciones de las participantes para aplicar las Habilidades de Afrontamiento necesarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
VII. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • La decisión de Rosa • Solución de problemas • Aprendiendo a ciegas • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar en las participantes la búsqueda de las alternativas de solución más adecuadas a un problema particular. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
VIII. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Habla mi Yo • Conocerse Mejor (Reestructuración Cognitiva) • Aprendiendo a Identificar el Género • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que las integrantes aprendan a analizar las situaciones de modo más realista para que puedan, al final, obtener mayores satisfacciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
IX. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y CONCLUSIÓN DE AUTOCONTROL	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación Funcional y Disfuncional en la Familia • Terapia Racional Emotiva • Conclusión de Autocontrol • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar a que las adolescentes empleen los procesos de sus pensamientos conscientes en su propio beneficio, solucionando sus problemas y replanteando las suposiciones autoderrotistas sobre la supuesta perfección propia y la de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
X. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CONCLUSIÓN DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando Riesgos • El Árbol (Afrontamiento) • Conclusión de Desensibilización Sistemática • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificará qué es el Afrontamiento y hará conciencia de las propias capacidades y limitaciones, detectando cuáles son factibles de desarrollo y cambio. • Incrementar el conocimiento de sí misma, a través del reconocimiento de Habilidades y Limitaciones, para afrontar de mejor manera las situaciones de la vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas

<p>XI. TERAPIA SEXUAL Y BIBLIOTERAPIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí para mí, No para mí • Jugando con platilina • Lectura • Lectura (Biblioterapia) • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer y reforzar el apego a la lectura y a la reflexión de la misma, para que este aprendizaje sea aplicado en sus conductas posteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas
<p>XII. RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos valemos • Opiniones y Agradecimientos • Lectura del pensamiento: "Tú Decides" • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes expresen cuál fue el aprendizaje obtenido, así como las Sugerencias que crean convenientes para el desarrollo de una posterior Intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas



6.1 SESIÓN I: INTEGRACIÓN GRUPAL Y TÉCNICA DE RELAJACIÓN

1. Presentación Tiempo: 20 minutos
 - a) Objetivo: Se identificará al terapeuta que dirigirá la terapia grupal y el alcance de la misma.
 - b) Material: Tarjetas blancas, plumones, seguros.
 - c) Descripción: El terapeuta se presentará y dirá su nombre, la finalidad de la intervención, explicará la importancia de su asistencia durante las doce sesiones y brevemente qué es lo que aprenderán en ellas. Posteriormente, les entregará las tarjetas blancas, los plumones y los seguros para que cada quien escriba su nombre y se coloque como gafete.

2. Integración Grupal Dinámica: Cocktail de Frutas Tiempo: 30 minutos
 - a) Objetivo: Presentación del grupo para propiciar una adecuada integración.
 - b) Material: Tarjetas de cartulina blanca de 12.5 cm. x 7.5 cm., con imágenes de frutas hechas en computadora (piña, manzana, naranja, plátano, uvas, sandía).
 - c) Descripción: Sentados en círculo, se le reparten a cada uno de los integrantes una tarjeta blanca con una fruta diferente a cada quién, el juego consiste en que una persona queda parada con una fruta sin silla, se menciona el nombre de una fruta, los que tengan esa fruta se tienen que mover de silla y el que está parado trata de quedar sentado, la persona que quede parada tiene que decir su nombre completo y sus pasatiempos favoritos. Las personas que al decir su fruta no se muevan de su asiento pierden, al decir "cocktail de frutas" todos se tienen que mover de su asiento, de igual forma el que quede parado es el que tiene que dar a conocer sus generalidades. Se repite la acción hasta que cada integrante pase y diga qué actividades le gusta realizar.

3. Entrenamiento en Relajación Tiempo: 50 minutos
 - a) Objetivo: Logrará reconocer la diferencia entre tensión y relajación muscular, y de esta manera disminuir los niveles de ansiedad en su vida cotidiana.
 - b) Material: Copias de la descripción del Entrenamiento en Relajación de Arnold Lazarus, grabadora, cassette o CD de música instrumental.
 - c) Descripción: Se les explicará a las participantes el objetivo de la Técnica y en qué consiste ésta. Se les indicará que se sienten de la forma más cómoda posible para ellas y se inicia con las indicaciones descritas de la técnica en el capítulo 4, teniendo de fondo la música instrumental. Al finalizar, se les invitará de manera voluntaria a que expresen cómo se sintieron. Se les repartirá una copia de la descripción del Entrenamiento a cada una de ellas, para que entre semana la lean y la practiquen, se les sugiere que la graben para que la escuchen periódicamente.

4. Cierre

Tiempo: 20 minutos

- a) Objetivo: Propiciará que se establezcan mejores relaciones entre el grupo y motivarlos a participar en las demás actividades.
- b) Descripción: Se les preguntará a cada una de las participantes, refiriéndose a ellas por su nombre, los comentarios y dudas que tengan hasta ese momento y si tienen algo más que agregar. Se finaliza la sesión recordándoles su tarea.



6.2 SESIÓN II: MOTIVACIÓN Y AUTOESTIMA

A partir de esta sesión, al inicio de todas, se les preguntará cómo les fue en la semana y se hará revisión de la tarea, duración 15 minutos.

1. Lluvia de ideas

Tiempo: 15 minutos

- a) Objetivo: Que cada una de ellas participe diciendo con sus palabras como definen y que representa el concepto de motivación y autoestima, anotando las ideas en el pizarrón.
- b) Material: pizarrón, gises.
- c) Descripción: Se inicia preguntando ¿para ustedes, qué es la motivación? Y se les invita a que digan lo que piensan, y se va anotando en el pizarrón cualquier idea, se concluye presentando una definición de motivación: es el trasfondo, impulsor que sostiene la fuerza de la acción y señala su dirección. Posteriormente se les pregunta qué es la autoestima, se anotan las ideas y se presenta una definición: es la capacidad de tener confianza y respeto por uno mismo. Es la estima que tenga sobre sí mismo.

2. Línea de vida. Collage de situaciones que les motivan Tiempo: 40 minutos
- a) **Objetivo:** Lograr la aceptación de las etapas por las que han atravesado y proyectarse al futuro. Representación familiar, escuela, amigos, sí mismo (que les gusta, que no), reflexionar sobre el presente, pasado y futuro, detectando cuales son los aspectos que más los motivan y visualizar sus logros y éxitos.
- b) **Material:** Revistas diversas (vanidades, cosmopolitan, tv notas, etc), tijeras, cartulina blanca, resistol, plumones o colores.
- c) **Descripción:** Se les pide que se formen equipos de dos, esto con la finalidad de que se presten material y recortes de las revistas, se les indica que se corte la cartulina a la mitad en forma horizontal, con los plumones se divide la cartulina en tres, es decir, se les pide marquen dos líneas de forma vertical para tener tres espacios separados, al primer espacio se le escribirá en la parte superior **presente**, al segundo espacio **pasado**, y al tercer espacio **futuro**. Posteriormente se explica que en cada uno de los espacios colocarán recortes de las revistas que sean representativos o simbolizen esa etapa de su vida, es decir, algo de su infancia que sería de su pasado, algo del presente qué es lo que están viviendo en este momento, y algo de lo que piensan en un futuro, que sean motivantes y que nos daría un indicio de lo que proyectan para más adelante. Cuando se termine de realizar la lámina, se les pedirá a cada uno de los integrantes que nos expresen verbalmente el significado del collage que realizaron en cada uno de los espacios, que están tratando de plasmar y qué simboliza para ellos.



3. El Espejo Tema: Autoestima Tiempo: 40 minutos
- a) **Objetivo:** Identificar en sí mismas cualidades y habilidades positivas.
- b) **Material:** Lápices y hoja impresa de apoyo didáctico (ver anexos).
- c) **Descripción:** Describir y explicar a las adolescentes los principales factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la autoestima durante la adolescencia, empleando para ello de 10 a 15 minutos. Iniciar posteriormente la actividad indicando el objetivo a cumplir en este ejercicio. Distribuir una hoja de apoyo didáctico a cada adolescente y un lápiz. Indicar que la actividad a realizar consiste en colocar en la sección del espejo que corresponda, qué cualidades o características positivas se reconocen en sí mismos, empleando para ello dibujos o palabras (por ejemplo adjetivos).

Dar 10 minutos para esta actividad. Después, se divide al grupo en parejas y se les indica que comenten entre sí el ejercicio. Algunos puntos que se les pueden sugerir son: 1) qué habilidades o cualidades les costó más trabajo identificar, 2) por qué creen que tienen tales características, 3) cómo creen que pueden mantener o aumentar la imagen positiva que les refleja cada espejo acerca de sí mismos. Dar 10 minutos para esta actividad. Integrar al grupo pidiendo que alguna voluntaria exprese lo que sintieron y/o pensaron durante la realización del ejercicio. Concluir la técnica comentando que la clave de la autoestima está en identificar y desarrollar las características positivas que cada uno posee (Pick y colaboradores, 1995, págs. 286-287).

4. Cierre

Tiempo: 10 minutos

Se les preguntará como se sienten y si quieren agregar algo. Se les deja de tarea seguir repasando la relajación.



6.3 SESIÓN III: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD

1. Lluvia de ideas

Tiempo: 30 minutos

- a) Objetivo: Favorecer en los participantes el conocimiento de la etapa por la que están atravesando, y establecer los conceptos de habilidades sociales y asertividad.
- b) Material: Pizarrón, gises.
- c) Descripción: Se coloca al grupo en círculo, se inicia preguntando qué es para ellas la adolescencia y el embarazo, se realiza una pequeña discusión y se reflexiona sobre lo que significa ahora tener ya a su hijo. Se continúa preguntando qué representa para ellas, las habilidades sociales y la asertividad, se anotan las ideas en el pizarrón, se finaliza concluyendo con una definición general.

El *comportamiento socialmente hábil*, se define como una serie de patrones conductuales interpersonales controlados que permiten a un sujeto comunicarse con los demás de forma eficiente, en base a sus intereses y bajo el principio de respeto mutuo; lo que implica ejercer los derechos personales sin negar los de los demás, defenderse sin ansiedad y expresar opiniones, sentimientos y deseos, arriesgándose a la pérdida de reforzamiento social o incluso al castigo.

Entre las conductas propias de las habilidades sociales (HS), se encuentran: decir y aceptar cumplidos; hacer y rechazar peticiones; comunicar amor, agrado, afecto; iniciar y mantener conversaciones; defender derechos; expresar opiniones generales incluido el desacuerdo; manifestar justificadamente la ira, desagrado o disgusto; petición de cambio o de disculpa del otro; disculparse o admitir ignorancia; manejar las críticas, etc. (León Parra, 1998).

La asertividad se refiere a defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa y clara y en un momento oportuno. No se debe confundir la asertividad con la agresividad. La asertividad consiste en hacer valer los derechos propios diciendo de manera abierta y clara lo que uno piensa, quiere y siente, respetando a las otras personas. Ser asertivo implica la habilidad de saber decir "no" y "sí" de acuerdo con lo que realmente se quiere decir. Por ejemplo, "no quiero tener relaciones sexuales", "sí quiero tener relaciones sexuales pero sólo si usas un condón", "no me importa lo que otros piensen, yo estoy seguro de no querer ir a esa fiesta", "no voy a probar la marihuana aunque todos los demás la prueben".

La agresión se refiere a la expresión hostil, frecuentemente poco honesta, fuera de tiempo y con el objetivo de ganar o de dominar, haciendo que el otro pierda o se sienta mal. La conducta agresiva generalmente rompe la comunicación mientras que la asertividad la fomenta (Pick y colaboradores, 1998).

Por otro lado está la pasividad, que se refiere a dejar que los demás digan, o decidan por uno; implica falta de lucha, falta de control, mucha frustración e impotencia; produce coraje y obstaculiza el logro de metas (Op. cit.).

2. Una presentación especial Tema: Favorecer relaciones Interpersonales Tiempo: 30 minutos

- a) Objetivo: Propiciar y favorecer la adaptación social y el acercamiento con las personas.
- b) Material: Sillas
- c) Descripción: Se dividen en parejas y se cuentan uno a otro cosas de sí, en donde cada uno debe tratar de indagar más sobre el otro (pasatiempos, comidas, colores favoritos, etc). , o algo que es muy importante para ellas. Después se presentan de manera grupal, diciendo cada una de ellas lo que le gusta a su compañera que le tocó.

3. El Navío

Tiempo: 30 minutos

- Objetivo:** Aprender a responder clara y rápidamente ante la presión de los demás.
- Material:** Una pelota de alambre, unicel o tela, premios (por ejemplo: dulces, galletas, paletas, etc). Sección de apoyo didáctico.
- Descripción:** Explicar a las participantes que la actividad a realizar será responder de manera asertiva ante las líneas de presión que se les digan, lo cual requerirá mucha atención de su parte (ver la sección de apoyo didáctico). Indicar a las adolescentes que formen un círculo dentro del cual se ubicará el instructor. Iniciar el juego arrojando la pelota a alguno de los adolescentes, al mismo tiempo que se le dice la línea de presión. La adolescente tendrá que contestar rápidamente y de manera asertiva ante la presión y devolverá después la pelota al instructor. Si no contesta asertivamente tendrá que salir del círculo. El educador repetirá esta secuencia con todas las adolescentes, de tal manera que al final se quedarán los que sean más asertivos, quienes serán las ganadoras. Cerrar el ejercicio comentando la importancia de la comunicación asertiva para lograr relaciones constructivas.

4. Cierre

Tiempo: 15 minutos

Se les preguntará cómo se sienten y si quieren agregar algo. De tarea, se les deja elaborar un autorregistro, en este punto solamente se les deja que anoten cuando estén tristes o enojadas para que empiecen como ejercicio, se les indica que es como si fuera un diario, cada día que noten cualquiera de estos dos estados de ánimo, lo describirán poniendo la hora del día y la fecha y la siguiente semana se revisarán.

6.4 SESIÓN IV: AUTOCONTROL, RELAJACIÓN E INICIO DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

- Revisar el Autorregistro y analizarlo, discutiendo los datos obtenidos. Se les explicará en que consiste el AUTOCONTROL y se les pide que realicen una lista de cosas que les gustan y cosas que no les gustan para posteriormente usarlos como reforzadores.

El próximo autorregistro ya debe contener: ¿qué piensan? ¿qué sienten? y ¿qué hacen? Cuando se les presentan situaciones de enojo o tristeza y el orientador dará un ejemplo.

Tiempo: 20 Minutos

2. ¿Quieres una galleta?

Tiempo: 20 minutos

- Objetivo:** Fomentar la capacidad de autocontrol en las participantes.
- Material:** Pizarrón, gises, una caja de galletas.
- Descripción:** El ponente distribuirá a los participantes en parejas y les repartirá una galleta a cada uno, les indicará que por turnos se la antojen (el instructor indicará los tiempos), se la impongan en base a lo que se les

ocurra y que finalmente violenten al otro para que se la coma. Finalizará pidiéndoles compartan en pareja lo que sintieron y luego grupalmente (Tech Palewi S.C., 2002).

3. Entrenamiento en relajación Tiempo: 30 minutos
- a) Objetivo: Reforzar y practicar el aprendizaje de la relajación muscular de Lazarus.
 - b) Material: Sillas, grabadora, cassette o CD de música instrumental.
 - c) Descripción: Se repetirá todo el procedimiento del entrenamiento en relajación muscular de Arnold Lazarus, haciendo énfasis al final si les queda claro todo, ya que ésta se ocupará continuamente.
4. Inicio de Desensibilización Sistemática Tiempo: 20 minutos
- a) Objetivo: Que las participantes comiencen a identificar componentes básicos de la desensibilización sistemática.
 - b) Material: Hojas blancas, lápices, gomas, sacapuntas.
 - c) Descripción: El ponente explicará en que consiste la desensibilización sistemática, enfatizando el concepto de ansiedad. Se discutirán en grupo ejemplos de situaciones de ansiedad y cada una de ellas escribirá en sus hojas una jerarquía tomando en consideración los eventos recientes, como son el embarazo y el posparto. Finalmente se establecerá una jerarquía de situaciones de ansiedad a nivel grupal.
5. Cierre Tiempo: 15 minutos
- Se aclaran dudas y se les pide que si tienen algo que agregar lo digan. Se les repite la tarea de Autocontrol y se les pide sigan practicando la Relajación.

6.5 SESIÓN V: SEGUIMIENTO DE AUTOCONTROL Y DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, ENSAYO CONDUCTUAL Y MODELAMIENTO

1. Autocontrol Tiempo: 20 minutos
- a) Objetivo: Establecer más claramente en las participantes el concepto de autocontrol.
 - b) Material: Hojas, lápices.
 - c) Descripción: Se les explicará qué es un autorreforzador y cómo se manejan. Se revisará el autorregistro que se dejó de tarea y se introducen los autorreforzadores. Se les sigue dejando de tarea el autorregistro.

2. Desensibilización Sistemática

Tiempo: 20 minutos

- a) **Objetivo:** Que las participantes aprendan a manejar y controlar situaciones de ansiedad.
- b) **Material:** Jerarquía de situaciones de ansiedad a nivel grupal, sillas.
- c) **Descripción:** Se les pide a las integrantes que se sienten cómodamente, que cierren los ojos y se concentren en las descripciones que se les harán, en el momento que ellas perciban ansiedad, manejen la relajación que anteriormente se les enseñó. Las situaciones se describen de la menor hasta llegar a la más alta, para que ellas puedan manejar la ansiedad que les causa esa situación.

A continuación el ponente les explicará en qué consiste el ensayo conductual y se hará una dinámica relacionada a éste.

3. El cuento "El Mundo al Revés"

Tiempo: 25 Minutos

- a) **Objetivo:** Identificar los estereotipos más comunes en hombres y mujeres y su repercusión en las relaciones interpersonales.
- b) **Material:** Copias del cuento "El Mundo al Revés" (ver anexos).
- c) **Descripción:** Pida a 2 voluntarias que pasen a leer el cuento y propicie la discusión sobre el significado de ser hombre y ser mujer de acuerdo a lo que la sociedad y la cultura establecen. Pídales imaginen cómo se sentirían con una realidad como la antes contada. Pídales propongan cómo podrían hacerle para crear otros modelos de ser persona fomentando un enriquecimiento de nuestras potencialidades (Tech Palewi S. C., 2002).

En este punto también se les explicará en qué consiste el Modelamiento y que la siguiente dinámica está relacionada con éste.

4. Dinámica del Pan con Mantequilla

Tiempo: 30 Minutos

- a) **Objetivo:** Lograr que las participantes identifiquen la importancia de seguir modelos positivos para aplicarlos en su vida cotidiana.
- b) **Material:** Pan, mantequilla, cuchillo, plato, mesa, papel y lápiz para cada participante.
- c) **Descripción:** El instructor indicará lo siguiente: cada una de ustedes escriba sus propias instrucciones de "cómo" preparar un pan con mantequilla y denme la hoja cuando terminen (cuando todas hallan terminado). Se le pide a una voluntaria que tome una hoja cualquiera de las instrucciones de sus compañeras, y la otra voluntaria hará lo que lee su compañera, imaginando que nunca ha preparado un pan con mantequilla.

La finalidad de esta dinámica, es integrarla con respecto a su vida, tal como saber si les cuesta trabajo expresar sus ideas o pensamientos, así como identificar los problemas que presentan al expresarse.

5. Cierre

Tiempo: 10 Minutos

Se aclaran dudas y además se les pregunta si tienen algo más que agregar. De tarea se les pide practicar Relajación y Asertividad, así como continuar con el Autorregistro.



6.6 SESIÓN VI: INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Se inicia revisando los autorregistros analizándolos y corrigiendo errores, evaluando la eficacia de los autorreforzadores.

1. Los dos caminos

Tiempo: 30 Minutos

- a) **Objetivo:** Aprender a evaluar las ventajas y desventajas de tomar una determinada decisión.
- b) **Material:** Pizarrón, gises, sección de apoyo didáctico.
- c) **Descripción:** Dibujar en el pizarrón una ruta con dos caminos como la que se muestra en la sección de apoyo didáctico (A) (si prefiere el educador podrá traerla dibujada en una cartulina) y explicar que para cualquier decisión hay dos o más caminos que se pueden tomar y que cada uno tiene ventajas y desventajas. Explicar el uso de los dos caminos a los adolescentes y pedir que digan en voz alta las ventajas y desventajas de alguna decisión, como tener relaciones sexuales a su edad, usar anticonceptivos, etc. Escribir todas las ventajas y desventajas de la otra opción en el otro. El educador tratará de que quede el mismo número de ventajas y desventajas en ambos caminos y tendrá mucho cuidado de no tomar una decisión y de no anticipar el resultado que se pueda derivar del uso de alguno de los caminos. Hacer énfasis en la importancia de que cada quien tome sus propias decisiones, obtenga información y analice los pros, contras y otras alternativas de la decisión, antes de decidirse por una

opción. Pedir a cada quien que anote en un papel su decisión privada (que no tendrá que comunicar al grupo), habiendo usado los dos caminos. Desarrollar una discusión con base en la preguntas siguientes: * ¿Qué tan difícil fue tomar la decisión? *¿Qué disposición hay de hacer uso de lo que se vio en la sesión, para la toma de decisiones en el futuro? *¿Qué se puede hacer para no dejarse presionar para tomar una decisión? *¿Por qué a veces es muy difícil tomar decisiones? *¿Cómo practicar estas preguntas cada vez que se tenga que tomar una decisión y cuál es la importancia de hacerlo? *¿Cómo se puede aplicar este ejercicio cuando hay más de dos alternativas? (Respuesta: haciendo una ruta con el número de caminos equivalente al número de alternativas; véase dibujo B del apoyo didáctico). Practicarlo con los alumnos (Pick y colaboradores, 1998, págs. 301-302).

2. Inoculación del Estrés Tiempo: 30 Minutos
 - a) Objetivo: Reconsiderar y conceptualizar los problemas y preocupaciones de las participantes para aplicar las habilidades de afrontamiento necesarias.
 - b) Material: Cartulinas, plumones, tela adhesiva.
 - c) Descripción: Se lleva a cabo el entrenamiento en inoculación del estrés, en esta fase se le indica a las participantes que definan los problemas con una visión positiva, en términos de déficit en habilidades, distorsiones cognitivas, falta de habilidades conductuales, etc. Se divide al grupo en dos equipos, se les pide que los escriban en las cartulinas y lo peguen en la pared, posteriormente se discuten en grupo y se analizan.

3. Ensayo de Habilidades (Sociodrama) Tiempo: 30 Minutos
 - a) Objetivo: Que las participantes ensayen habilidades en situaciones estresantes escenificadas, simuladas o imaginadas, para que en un futuro puedan aplicar los esfuerzos de afrontamiento a las situaciones problema en su vida cotidiana.
 - b) Material: Sillas, pizarrón y gises.
 - c) Descripción: Se les pide a las integrantes que se dividan en equipos de tres y escojan una situación problema de las que se concluyeron anteriormente. Se les pide que inventen una historia y lo representen ante el grupo tratando de encontrar la mejor solución posible. Se finaliza anotando en el pizarrón las conclusiones de todas las habilidades que se emplearon y las alternativas que existen.

4. Cierre Tiempo: 15 Minutos

Se concluye aclarando dudas y reiterando la práctica de la relajación. Se continuará con el autorregistro y evaluando las situaciones presentadas.

6.7 SESIÓN VII: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. La decisión de Rosa Tiempo: 30 Minutos
 - a) **Objetivo:** Analizar las consecuencias de la falta de conciencia al tomar una decisión.
 - b) **Material:** Pizarrón, gises, sección de apoyo didáctico.
 - c) **Descripción:** Explicar que se leerá una historia en la cual hay tres personajes que toman decisiones de diferentes maneras. Anotar en el pizarrón los nombres de los personajes (ver sección de apoyo didáctico). Después de leer la historia pedir que en forma individual analicen la toma de decisión de cada uno de los personajes. Dividir al grupo en equipos de 5 ó 6 personas e indicarles que discutan sus comentarios acerca de cada personaje. Dar 15 minutos para esta actividad. Solicitar que un representante de cada equipo exponga ante el grupo las conclusiones a las que llegaron en su equipo. Cerrar el ejercicio comentando la existencia de diferentes formas de tomar decisiones y que, aun cuando se crea que no se está tomando ninguna decisión, habrá consecuencias de los actos realizados.

2. Solución de Problemas Tiempo: 40 Minutos
 - a) **Objetivo:** Propiciar en las participantes la búsqueda de las alternativas de solución más adecuadas a un problema particular.
 - b) **Material:** Tarjetas blancas, lápices, gomas, sacapuntas.
 - c) **Descripción:** De forma individual se le sugiere que piensen en un problema que realmente sea significativo y les cause suma ansiedad, se anota en la tarjeta y de manera voluntaria se les pide que lo digan al grupo, entre todos se escoge uno para tomarlo como ejemplo para dar alternativas de solución. Lo desglosamos en los puntos principales que señala el entrenamiento de solución de problemas que son: Orientación hacia el problema, origen del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación: se deja de tarea llevar a cabo la solución que se eligió y se establece una semana para ponerla a prueba y verificar su eficacia.

3. Aprendiendo a Ciegas Tiempo: 20 Minutos
 - a) **Objetivo:** Fomentar la capacidad de confianza en sí mismos y en los demás.
 - b) **Material:** Paliacates o pañoletas, pañuelos desechables.
 - c) **Descripción:** Se realiza en parejas, en donde una participante va con los ojos tapados y el otro como guía para evitar que se tropiece, irán en silencio, se dan aproximadamente 10 minutos para esto. Luego, se pregunta qué papel les gustó más, qué les parece el mundo sin verlo, qué pensaron de sus guías.

4. Cierre

Tiempo: 15 Minutos

Se concluye la sesión, aclarando dudas y se recuerda que tienen que practicar el Entrenamiento en Solución de Problemas, la Relajación y continuar con el Autorregistro.



6.8 SESIÓN VIII: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Se evalúa la práctica en la vida cotidiana de Solución de Problemas.

1. Habla mi yo

Tiempo: 40 Minutos

- a) **Objetivo:** Aprender a hablar en primera persona, usando la palabra "yo". Asumir la responsabilidad de nuestros actos usando la palabra "yo". Aprender a expresar los deseos, sentimientos y pensamientos propios usando la palabra "yo".
- b) **Material:** Canasta, bolsa, caja o cualquier recipiente cóncavo donde poner papeles; pizarrón, gises. Frases con peticiones vagas escritas en papeles que se habrán recortado y doblado con anterioridad (ver sección de apoyo didáctico). (Ver anexos).
- c) **Descripción:** Exponer el objetivo del ejercicio y la importancia de aprender a hablar con seguridad y responsabilidad. Pedir al grupo que se divida en dos equipos y se asignen los nombres que deseen. Escribir los nombres en el pizarrón. Indicar a los adolescentes que el ejercicio a realizar va a tener como base el juego de timbiriche. Exponer las reglas del juego: 1) una adolescente de cada equipo, alternadamente, pasará al frente a sacar un papel de la canasta (caja o bolsa), que contiene una frase escrita de manera vaga. La tarea consiste en decir la frase en voz alta ante todo el grupo usando el pronombre yo. 2) El educador será el juez que determine si la forma en que se cambió la frase de vaga a específica usando la palabra "yo" es correcta. 3) En caso de que la evaluación del educador sea positiva se

tendrá derecho a poner una rayita en el timbiriche, el cual previamente se habrá dibujado en el pizarrón. 4) El equipo que llene más cuadritos con la inicial de su nombre será el ganador. Continuar con esta actividad hasta que se acaben las frases o el tiempo lo permita. Premiar con un fuerte aplauso al equipo ganador. Cerrar el ejercicio resaltando la importancia de aprender a hablar expresando nuestros verdaderos sentimientos y deseos (Pick y colaboradores, 1998, págs. 246-248).

2. Conocerse mejor (Reestructuración Cognitiva) Tiempo: 40 Minutos
 - a) **Objetivo:** Lograr que las integrantes aprendan a analizar las situaciones de modo más realista para que puedan, al final, obtener mayores satisfacciones.
 - b) **Material:** Una caja o canasta, hojas de colores con preguntas impresas, hojas blancas, lápices, gomas, sacapuntas. Las preguntas son: ¿Quién eres? ¿Quién quieres ser? ¿Dónde estás? ¿Para qué estás aquí? ¿Cuáles han sido hasta hoy el propósito y sentido de tu vida? ¿Qué objetivos te planteas? ¿Qué plan seguirás? ¿Cómo usarás tu tiempo-vida? ¿Estoy dispuesto (a) a cometer errores? ¿Cuál es tu búsqueda? ¿Qué voy a hacer hoy? ¿Por qué no?
 - c) **Descripción:** Dentro de la canasta se colocan la hojas impresas con las preguntas y ésta se encontrará en medio de un círculo en que se acomodarán a las participantes. A cada una de ellas se les entrega una hoja en blanco y un lápiz, una por una pasarán y sacará una hoja de la canasta, leerán la pregunta y de forma individual la contestarán. Al final, se hará una discusión en relación a las respuestas obtenidas, se evalúa el tipo de pensamiento y se trabaja en conjunto para recoger evidencias a favor y en contra de las cogniciones empleando preguntas socráticas (¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Qué? ¿Cómo?, etc.). Se concluye desarrollando una lista de pensamientos funcionales de afrontamiento con ayuda del autorregistro.

3. Aprendiendo a identificar el género Tiempo: 20 Minutos
 - a) **Objetivo:** Facilitar a los adolescentes la exploración y análisis de su propio concepto de género.
 - b) **Material:** Tarjetas con recortes de revistas (láminas o pósters), en los que se representan diferentes oficios. Sección de apoyo didáctico.
 - c) **Descripción:** Introducir el ejercicio señalando lo que significa la palabra género y cómo las frases "los hombres no lloran", "las mujeres no juegan así", etc. Dan una idea falsa de lo que significa ser hombre o mujer. Decir al grupo que a continuación les va a presentar una serie de láminas y su tarea será identificar qué sexo las realiza comúnmente y por qué. Utilice el apoyo didáctico para lograr el objetivo. Promover la discusión apoyándose en la sección de premisas y contenido.

4. Cierre

Tiempo: 10 Minutos

Continuar con autorregistro y practicar la relajación. Escribir en una hoja los pensamientos automáticos que la adolescente detecte, así como sus creencias.



6.9 SESIÓN IX: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y CONCLUSIÓN DE AUTOCONTROL

1. Comunicación funcional y disfuncional en la familia. Tiempo: 30 Minutos
 - a) Objetivo: Identificar las diversas formas de comunicación familiar.
 - b) Material: Pizarrón y gises, sección de apoyo didáctico. (Ver anexos).
 - c) Descripción: El educador dividirá al grupo en equipos de 4 a 5 personas. Distribuirá a cada equipo un juego de tarjetas de actitudes familiares. (Ver sección de apoyo didáctico). Explicará a las adolescentes que les leerá un enunciado (ver en la sección de apoyo didáctico los enunciados para el educador). Un miembro de cada equipo sacará una tarjeta que le indicará con qué actitud responder al enunciado leído por el educador. Conceder dos minutos para la discusión y acuerdo entre los miembros de cada equipo para responder al enunciado leído. El educador leerá uno o dos enunciados, según el tiempo disponible, fomentando la participación de los equipos. Cerrar el ejercicio reuniendo al grupo y fomentando los comentarios sobre la funcionalidad y disfuncionalidad de la comunicación en la familia. El término "funcionalidad" se refiere a si la comunicación fue clara para las partes (dos o más personas) y si permitió que se obtuviera el resultado deseado

2. Terapia Racional Emotiva

Tiempo: 50 Minutos

- a) **Objetivo:** Fomentar a que las adolescentes empleen los procesos de sus pensamientos conscientes en su propio beneficio, solucionando sus problemas y replanteando las suposiciones autoderrrotistas sobre la supuesta perfección propia y la de los demás.
- b) **Material:** Terapia de la TRE, sillas, pizarrón y gises.
- c) **Descripción:** Se inicia explicando a las participantes los objetivos de la TRE y se lleva a cabo la terapia como sigue: los objetivos de la TRE consisten en cambiar la conducta y las emociones perturbadas y afrontar casi cualquier acontecimiento desafortunado que pudiera surgir en la vida del paciente, el resultado ideal en la TRE es que la persona adopte una actitud de autoaceptación, en vez de autocondena, y que acepte la realidad reconociendo su existencia, en vez de evitar los acontecimientos negativos o intentar evitarlos con pensamientos mágicos y acciones supersticiosas. Se intenta ayudar a la gente a reducir o eliminar las fuertes emociones negativas, identificando las creencias que proceden y sostienen las conductas y experiencias emocionales disfuncionales. La valoración de uno mismo, de otras personas y del mundo son los principales objetivos de cambio (Caballo, 1998).

La TRE se resume en la Teoría ABC de Ellis en las perturbaciones. En pocas palabras, A es un acontecimiento o experiencia activante que se interpreta según las propias creencias o cogniciones evaluadoras (B). Juntas producen C, las consecuencias conductuales y emocionales. De este modo, las respuestas conductuales y emocionales de una persona se deben a las creencias sobre sus percepciones de un acontecimiento o a sus cogniciones sobre lo que ha ocurrido en el pasado o pudiera ocurrir en el futuro. Ellis supone que las conductas y emociones disfuncionales se deben a creencias irracionales y que otras emociones y conductas, incluyendo aquellas que son negativas aunque no disfuncionales, se deben a creencias racionales. Ambas creencias racionales son altamente evaluadoras pero, además, las creencias irracionales son "expresiones de tener que"; es decir, expresan qué tiene o no tiene que existir de manera absoluta, incluyendo la propia perfección. Cuando la realidad amenaza con violar una "expresión de tener que", el resultado es una fuerte reacción emocional, por ejemplo ansiedad, ira, depresión (Op. cit.).

El proceso de la TRE en grupos es similar al de la terapia individual. Cada persona es el centro del cambio y por consiguiente, es necesaria una evaluación de las creencias irracionales, de las emociones disfuncionales y de los patrones de conducta desadaptativos, más importantes de una persona sobre el individuo son de poca importancia en la TRE; incluso los problemas prácticos de la vida de una persona (la A en la Teoría ABC) son menos importantes que las creencias. Los miembros del grupo a menudo se afician a identificar las creencias irracionales de los demás, sin embargo, existe el riesgo de que los miembros del grupo se pongan tácitamente de acuerdo en no enfrentarse a las creencias del otro, si no simplemente ofrecer sugerencias prácticas. Un terapeuta con experiencia reconocerá

esas acciones, las comentará e intentará evitar que vuelvan a ocurrir (Op. cit.).

Tanto el terapeuta como los miembros del grupo deberán de forma activa, hacer preguntas, ofrecer comentarios y comprobar hipótesis sobre las creencias irracionales. Estas hipótesis pueden inferirse a partir de la conducta del paciente en el grupo y de los autoinformes sobre los pensamientos, sentimientos y acciones. El paciente sobre el que se centra la sesión en un determinado momento empieza, normalmente, presentando algún problema personal y habla de un acontecimiento, situación o relación personal (A). Luego se busca y se clarifica la C o consecuencias emocionales, a veces tanto la A como la C se presentan juntas, por ejemplo: "Me enfadé mucho con mi jefe cuando me pidió que trabajase hasta tarde la noche pasada". Las preguntas sobre A y C clarifican y añaden riqueza al informe y son útiles en el caso de que la persona tenga dificultades para reconocer e informar sobre las experiencias emocionales. Luego el terapeuta hace que el grupo se centre en el sistema de creencias, haciendo preguntas que revelen "expresiones de tener que" y expresiones de culpa, intolerancia y grandiosidad. Gradualmente, se descubre el pensamiento evaluador de la persona, se le pide que rebata la verdad de sus autoverbalizaciones y los miembros del grupo ofrecen razones por las cuales las autoverbalizaciones no son ciertas. Ellis frecuentemente preguntaba, "¿Dónde está la evidencia de que lo que estás diciendo a ti mismo es verdad?". El terapeuta normalmente termina su trabajo con el paciente que está siendo el centro de la terapia recomendándole tareas para casa, con la intención de que fortalezcan el pensamiento racional que se supone reemplazará al irracional (Op. cit.).

3. Conclusión de Autocontrol

Tiempo: 20 minutos

- a) **Objetivo:** Reafirmar el aprendizaje sobre la técnica de autocontrol y reconocer la importancia de éste en las habilidades conductuales.
- b) **Material:** autorregistros, autirreforzadores.
- c) **Descripción:** Siguiendo la técnica del autocontrol ya anteriormente descrita, se valora la eficacia de los autorreforzadores y los cambios de conducta positivos en su vida. Los grupos de autocontrol tienen como objetivo explícito proporcionar un conjunto de habilidades que permita al individuo controlar las conductas que le son problemáticas. El objetivo específico consiste en proporcionar a la persona las habilidades necesarias para modificar su propia conducta. La persona objetivo es el paciente mismo y la atención se centra en los problemas de la conducta individual y en la variedad de habilidades y técnicas que son necesarias para afrontar los problemas objetivo.

4. Cierre

Tiempo: 10 minutos

Se aclaran dudas y se les pregunta si quieren agregar algo, se les deja de tarea seguir practicando la relajación.

6.10 SESIÓN X: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CONCLUSIÓN DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

1. Identificando riesgos

Tiempo: 30 Minutos

- a) **Objetivo:** Identificar las conductas y actitudes asociadas con la sexualidad responsable en las adolescentes. Evaluar en qué grupo se ubica (él) la adolescente (de alto, bajo riesgo o sin riesgo) en función de su potencialidad para encontrarse en una situación de embarazo.
- b) **Material:** Pizarrón, gises, sección de apoyo didáctico (ver anexos).
- c) **Descripción:** El educador hablará sobre la variedad de conductas sexuales que usualmente presentan los adolescentes. Aclarar que cada adolescentes puede tener diferentes formas de expresión y que es una decisión individual el tener o no una relación sexual. Escribir en el pizarrón: Alto riesgo de embarazo, Bajo riesgo de embarazo, Sin riesgo de embarazo. Preguntar a los asistentes las características de las personas que caen en cada categoría. Hacer énfasis en que un muchacho o muchacha puede tener una experiencia sexual casual y rápida, aunque a veces sea difícil de admitir por ellos mismos. Cuando los jóvenes piensan que pueden tener una relación sexual y no están preparados con ningún método anticonceptivo, serán ubicados en el grupo de alto riesgo. Alto Riesgo de embarazo se refiere a personas que están indecisas respecto a tener o no tener relaciones sexuales, que sólo a veces o nunca usan anticonceptivos, o bien que usan métodos poco eficaces, como el retiro o el ritmo. Bajo riesgo de embarazo incluye a personas que usan métodos anticonceptivos efectivos cada vez que tienen relaciones sexuales. Sin riesgo de embarazo se refiere a individuos que no tienen relaciones sexuales o a personas que practican sólo la homosexualidad. Preguntar a los asistentes su propia estimación del porcentaje de sus amigos adolescentes, compañeros de escuela o de ellos mismos, que caigan en cada categoría de riesgo, registrar 5 ó 6 estimaciones para cada categoría en el pizarrón y discutir lo resultados. Escribir en el pizarrón el siguiente objetivo: Evitar el embarazo no planeado. Cada adolescente desea obtener el conocimiento y las habilidades para estar en el grupo de bajo riesgo y sin riesgo. Discutir el significado es este objetivo con los asistentes, haciendo evidente la necesidad de informarse sobre los métodos anticonceptivos, las diferentes situaciones riesgosas en la que se pueden involucrar, etcétera. Dividir al grupo en pequeños equipos de 3 ó 4 personas y distribuir una copia de la sección *Identificando riesgos* a cada una. Conceder 20 minutos para realizar la actividad.

Respuestas correctas: La información que se da en los diferentes casos es muy limitada. Esto puede causar en los grupos polémica y desacuerdo en la elección de la categoría asignada a cada caso. Permitir la construcción de los antecedentes en cada uno amplía las posibilidades en el análisis de los jóvenes para determinar las conductas riesgosas que propicien un embarazo no deseado. Las siguientes son las respuestas que generalmente se consideran correctas.

Alto riesgo de embarazo: 1, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 17, 19,

Bajo riesgo de embarazo: 2, 8, 10, 13, 15, 16, 20, 21, 22,

Sin riesgo de embarazo: 6, 11, 18.

Reunir al grupo total y solicitar voluntarios para resolver cada situación expuesta en la sección *Identificando riesgos de embarazo*. Cerrar el ejercicio permitiendo a los adolescentes dudas o comentarios que tengan respecto a las situaciones evaluadas.

2. Afrontamiento. El árbol Tiempo: 40 Minutos

- a) Objetivo: Identificará qué es el afrontamiento, y hará conciencia de las propias capacidades y limitaciones, detectando cuáles son factibles de desarrollo y cambio. Incrementar el conocimiento de sí mismo a través del reconocimiento de habilidades y limitaciones, para afrontar de mejor manera las situaciones de la vida cotidiana.
- b) Material: Pliegos de papel bond, plumines, cinta adhesiva.
- c) Descripción: Teoría:

Lazarus (1986) (citado en Hernández, 1999), define el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Se consideran tres aspectos principales dentro de este planteamiento:

- 1) El que se refiere a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el sujeto realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas situaciones.
- 2) Lo que el sujeto realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Para entender el afrontamiento y evaluarlo, se necesita conocer aquello que el sujeto afronta.
- 3) Un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio de pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

Se puede observar que la dinámica que caracteriza al afrontamiento como proceso, va acompañada de cambios que son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación sujeto-entorno (Op. cit.).

La dinámica del árbol consiste en: A cada participante se le entrega un pliego de papel bond y plumines, se les pide que lo peguen en la pared y posteriormente se les indica que dibujen un árbol grande que abarque casi todo el pliego, después van a poner su nombre con letras grandes en el tronco del árbol, en cada raíz del mismo colocarán las habilidades, fuerzas o capacidades que ellas consideran que tienen. En cada rama escribirán sus logros y sus éxitos y al final escribirán del lado izquierdo del árbol sus debilidades, limitaciones o cosas que no les gustan de sí mismo. Al final de manera voluntaria se analizará lo que escribieron haciendo énfasis en lo positivo y de qué manera lo pueden utilizar para superar sus limitaciones.

3. Conclusión de Desensibilización Sistemática Tiempo: 25 Minutos
- Objetivo: Lograr la disminución de ansiedad de situaciones específicas para el grupo.
 - Material: Jerarquía de ansiedad anteriormente revisada.
 - Descripción: Se introduce nuevamente la jerarquía de ansiedad junto con la técnica de relajación, siguiendo todas las indicaciones de la desensibilización sistemática ya anteriormente mencionada.

4. Cierre

Tiempo: 10 Minutos

6.11 SESIÓN XI: TERAPIA SEXUAL Y BIBLIOTERAPIA

1. Sí para mí, No para Mí Tiempo: 20 Minutos
- Objetivo: Reconocer la importancia de expresar lo que se quiere y no se quiere en el aspecto sexual.
 - Material: Cartulinas blancas, plumones, tarjetas blancas con frases escritas referente al aspecto sexual (a criterio del ponente).
 - Descripción: Coloca en un extremo del salón un letrero con las frases "Sí para mí" y en el otro extremo otro que diga "No para mí". Diseñe unas tarjetas con frases referentes a la sexualidad y vaya leyéndolas de una por una, pidiendo a los participantes se coloquen en el extremo correspondiente. Pídales expliquen su postura sin que nadie trate de interpretarlas, no se vale responder por otro, ni descalificar su postura. Pídales que inviertan sus posturas y que traten de argumentar imaginariamente esa postura. Al finalizar pida que los participantes expresen cómo se sintieron en cada momento y qué finalidad creen que tiene el ejercicio. Enfatice la importancia que juegan: la autonomía, la libertad sexual, el consentimiento, el respeto, la dignidad, el placer y la tolerancia a la diversidad sexual. Trate de desnaturalizar grupalmente el fenómeno de la violencia sexual en la familia (Tech Palewi, 2002).
2. Jugando con plastilina Tiempo: 30 Minutos
- Objetivo: Identificar los órganos sexuales en la anatomía del cuerpo humano.
 - Material: Una caja de plastilina (o las que se requieran), con barras de diferentes colores.
 - Descripción: Pedir a las adolescentes que se dividan en equipos de 3 ó 4 personas. Distribuir el material existente a cada equipo. Pedir que se moldeen los órganos sexuales masculinos y femeninos, internos y externos. Conceder 15 minutos para esta actividad. Una vez concluidas las figuras, pedir que las comenten entre los equipos. Elegir por votación aquella figura que represente más fielmente los órganos sexuales masculinos y femeninos

mostrando los aciertos y fallas de todas ellas. Felicitar al equipo ganador (Pick y colaboradores, 1998, pág. 70).

3. Lectura

Tiempo: 20 Minutos

- a) Objetivo: Que las participantes conozcan y aclaren sus dudas con respecto al tema de sexualidad.
- b) Material: Copias de la lectura ¿Es verdad qué? (ver anexos).
- c) Descripción: Se van leyendo las frases y se hace una pequeña discusión con respecto al tema que se vaya tocando para conocer su opinión de éste, cuando todas hayan opinado, se les explica y se les dice cuál es la mejor opción, concluyendo y tomando en cuenta sus opiniones (Pick y colaboradores, 1998, págs. 73-75).

4. Lectura (Biblioterapia)

Tiempo: 30 Minutos

- a) Objetivo: Favorecer y reforzar el apego a la lectura y a la reflexión de la misma, para que este aprendizaje sea aplicado en sus conductas posteriores.
- b) Material: Copias del libro: "Tú puedes ser el mejor", Autor: Héctor Tassinari, págs. 68-80.
- c) Descripción: Se coloca a las participantes en mesa redonda, indicándoles que cada una de ellas leerá un párrafo de la siguiente lectura (ver anexos), al finalizar se analizará el mensaje de ésta invitando a todas las integrantes a expresar sus opiniones y qué aprendizaje les deja a ellas.

Biblioterapia: Este término se refiere al empleo de materiales escritos (manuales de autoayuda) para ayudar a los pacientes a modificar su conducta, sus pensamientos o sus sentimientos. Los requisitos para una utilización con éxito de la biblioterapia incluyen unas habilidades de lectura que sean parejas al nivel de lectura necesario para abordar el manual y un conjunto de habilidades de autocontrol que comprendan las siguientes: 1) Autodiagnóstico (habilidades en el uso del material escrito para definir claramente los resultados deseados y planificar cómo alcanzarlos; esto necesitará de habilidades en la recogida de información útil; 2) Habilidades de autorregistro para reunir información referente a la evaluación y valorar el progreso; 3) Habilidades para arreglar los incentivos, de forma que tengan lugar nuevas habilidades; 4) Habilidades para realizar nuevos pasos cuando se obtengan ganancias positivas; 5) Habilidades de solución de problemas para vencer obstáculos cuando no funciona la intervención, y 6) Habilidades para generalizar y mantener los cambios (Gabbrill, 1985; citado en Caballo, 1998).

5. Cierre

Tiempo: 10 Minutos

Se concluye el tema de esta sesión aclarando dudas y preguntando si tienen algo que agregar. Se les deja de tarea leer algún libro de su elección.

6.12 SESIÓN XII: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

1. Todos valemos Tiempo: 25 Minutos
 - a) Objetivo: Simbolizar la percepción que la adolescente tiene de sí misma.
 - b) Material: Plastilina
 - c) Descripción: El educador explicará a las participantes que deberán reflexionar acerca de sí mismas. Dar a cada adolescente una barra de plastilina y pedir que se represente a sí misma positivamente a través de un símbolo (por ejemplo, si una participante desea representar que es libre puede diseñar una paloma). Dar un tiempo de 10 minutos para la elaboración de la tarea. Al terminar, solicitar a las participantes que de manera individual y voluntaria expresen sus sentimientos acerca del trabajo realizado. Comentar con todo el grupo la importancia de la auto percepción en el incremento de la autoestima. El educador cuidará que todas las participantes del grupo ejecuten la tarea y se representen de forma positiva. Es importante promover la ayuda mutua, si alguna participante tiene dificultad para realizar el trabajo (Pick y colaboradores, 1998, pág. 285).

2. Opiniones y Agradecimientos Tiempo: 30 Minutos
 - a) Objetivo: Que las participantes expresen cual fue el aprendizaje obtenido así como las sugerencias que crean convenientes para el desarrollo de una posterior intervención.
 - b) Material: Hojas blancas tamaño carta, lápices, gomas, sacapuntas.
 - c) Descripción: Se les proporciona una hoja y lápiz a cada integrante y se les indica que escriban que les agrado más del taller, si quieren agregar alguna dinámica, si pueden sugerir alguna modificación y se les agradece su participación. Es conveniente que se les avise que los escritos se entregarán de manera anónima y solamente son para que los ponentes se guíen para mejorar en la aplicación de la intervención. Posteriormente en grupo se comparten ideas y opiniones que quieran expresar voluntariamente, reflexionando lo aprendido.

3. Lectura del pensamiento "Tú Decides" Tiempo: 30 Minutos
 - a) Objetivo: Sensibilizar a las adolescentes a responsabilizarse de sí mismas y de las tomas de decisiones.
 - b) Material: Copias del poema "Tú Decides" (Ver anexos), música de Raúl Di Blassio, grabadora y toallas.
 - c) Descripción: Se les invita a las adolescentes a que se sienten lo más cómodamente en el piso sobre su toalla, se coloca como música de fondo alguna melodía de Di Blassio, se les indica que cierren los ojos y respiren relajadamente y se procede a leer lentamente el pensamiento "Tú decides". Enseguida se les pide que abran los ojos lentamente y sentadas sobre la toalla se les pregunta que les pareció y como se sintieron durante el ejercicio.

4. Cierre

Tiempo: 20 Minutos

Se aclaran posibles dudas y se clausura la intervención entregándoles un reconocimiento por su asistencia y participación.



7. ANEXOS

ANEXO 1

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

C) Inventario de Beck

DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO YA SEA LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY. LEA TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION Y MARQUE UNA.

- A. 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.
- B. 0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro.
 1 Estoy desilusionado (a) del futuro.
 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro.
 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.
- C. 0 No siento que fallé.
 1 Siento que fallo más que una persona normal.
 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado.
 3 Siento una falla completa como persona.
- D. 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 1 No disfruto de las cosas como antes.
 2 No encuentro ya satisfacción real de nada.
 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.
- E. 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable buena parte del tiempo.
 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo.
 3 Me siento culpable todo el tiempo.
- F. 0 No siento que he sido castigado (a).
 1 Siento que podría ser castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que he sido castigado.
- G. 0 No me siento desilusionado (a) de mí.
 1 Estoy desilusionado (a) de mí.
 2 Estoy disgustado (a) conmigo.
 3 Me odio.
- H. 0 No me siento peor que nadie.
 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores.
 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- I. 0 No tengo pensamientos de suicidarme.
 1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría.
 2 Me gustaría matarme.
 3 Me mataría si pudiera.
- J. 0 No lloro más de lo usual.
 1 Lloro más que antes.
 2 Lloro ahora todo el tiempo.
 3 Podría llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.
- K. 0 No soy más irritable de lo que era antes.
 1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes.
 2 Me siento irritado (a) todo el tiempo.
 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
- L. 0 No he perdido el interés en otra gente.
 1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes.
 2 He perdido mi interés en otra gente.
 3 He perdido todo mi interés en otra gente.
- M. 0 Tomo decisiones igual que siempre.
 1 Evito tomar más decisiones que antes.
 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora.
 3 No puedo tomar decisiones por completo.
- N. 0 No siento que me vea peor que antes.
 1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a).
 3 Creo que me veo feo (a).

ANEXO 2***LA PRUEBA PSICOLÓGICA DE AUTOCONCEPTO FORMA A (AFA)***

A F A

Autoconcepto Forma A

Apellidos y nombre

Colegio

Edad Curso Clase

En este cuestionario no existen preguntas correctas o incorrectas, NO ES UN EXAMEN. Tan sólo queremos conocer tu opinión. Te pedimos por ello que leas las preguntas detenidamente antes de contestar.

A continuación encontrarás una serie de frases. Lee cada una de ellas con detenimiento y señala con un aspa la contestación que tú creas más apropiada.

1. Significa que sucede **SIEMPRE**.
2. Significa que sucede **ALGUNAS VECES**.
3. Significa que **NUNCA** sucede.

Ejemplo:

En la pregunta:	Si marcas:	Tu contestas:
Soy simpático	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3	Siempre soy simpático.
	1 <input checked="" type="checkbox"/> 3	Algunas veces soy simpático.
	1 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Nunca soy simpático.



ANEXO 3***INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (ISRA)***

Apellidos y nombre Edad Sexo
 (V o M)
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan situaciones en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la frecuencia con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces si y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	1. Me desconcierto; no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito.	
1. Si un problema me preocupa mucho.						
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima.						

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).



Autores: J.J. Miquel Tobal y A.R. Cano Vindel.

Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este e insertar esta impresión en tinta azul. Si le crecientan como en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Agence Camarero, Dapazna, 15 dpto., 28002 MADRID - Depósito legal: M. - 5.757 - 1986.

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

- RESPUESTAS**
1. Libro con facilidad.
 2. Realizo movimientos repetitivos (frascarme, tocarme, moviéndome rítmicos con pies o manos, etc.)
 3. Fumo, como o bebo demasiado.
 4. Trato de evitar o reducir la situación.
 5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.
 6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
 7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.

0	1	2	3	4
0	1	2	3	4

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

ANEXO 4

SESIÓN I

"TERAPIA DE RELAJACIÓN"

"Acomódese lo mejor que pueda, cierre los ojos y escuche lo que voy a ir diciéndole, para que tome conciencia de ciertas sensaciones corporales. Después le enseñaré a reducir esas sensaciones. Primero dirija la atención a su brazo izquierdo, su mano izquierda en particular. Cierre el puño izquierdo. Apriételo con fuerza y observe la tensión que se crea en la mano y en el antebrazo. Observe esas sensaciones de tensión. Y ahora aflójese. Relaje la mano izquierda y déjela descansar sobre el brazo del sillón. Observe la diferencia entre la tensión y la relajación. (Pausa de 10 segundos.) Ahora, una vez más, cierre el puño izquierdo, fuerte, y sienta las tensiones de la mano y el antebrazo. Estúdielas y, ahora, afloje. Deje que sus dedos se distiendan, relajados, y note una vez más la diferencia entre tensión muscular y relajación. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora hagamos lo mismo con la mano derecha. Cierre el puño derecho. Sienta la tensión (pausa de 5 segundos) y ahora relájese. Relaje el puño derecho. Observe una vez más la diferencia entre tensión y relajación. Disfrute del contraste. (Pausa de 10 segundos.) una vez más, cierre el puño derecho, ciérrelo fuerte. Observe las tensiones. Siéntalas. Ahora relaje el puño derecho. Haga que los dedos se distiendan cómodamente. Vea si puede aflojarse algo más. Aunque le parezca que se ha aflojado todo lo posible, siempre queda un cierto grado de relajación extra. Observe una vez más la diferencia entre tensión y relajación. Observe la distensión que comienza a desarrollarse a partir de las manos y los brazos. Tanto la mano y el brazo izquierdo como la mano y el brazo derechos están ahora algo más relajados.

Ahora lleve las manos hacia atrás, flexionándolas en las muñecas de modo que los músculos del dorso de las manos y de los antebrazos queden en tensión. Los dedos deben apuntar hacia el cielo raso. Observe la tensión, y ahora relájese. Vuelva las manos a la posición de descanso y sienta la diferencia entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer: que los dedos apunten hacia el cielo raso. Sienta la tensión en el dorso de las manos y los antebrazos. Y ahora relájese. Aflójese. Más y más. (Una pausa de 10 segundos.)

Ahora cierre los puños y llévelos hacia los hombros como para poner en tensión los bíceps, los grandes músculos de los brazos. Sienta la tensión. Ahora relájese. Deje caer los brazos junto a los flancos y observe la diferencia entre los bíceps en tensión y la relativa relajación que experimenta ahora. Ponga en tensión los bíceps elevando ambos brazos y tratando de tocar los respectivos hombros con los puños. Observe la tensión. Manténgala, estúdiela. Y ahora relájese. Una vez más deje caer los brazos y observe la sensación de relajación,

el contraste entre tensión y relajación. Afloje esos músculos más y más. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora podemos dirigir la atención a la zona de los hombros. Encójase de hombros, llévelos hacia arriba como si quisiera tocarse las orejas con ellos. Y observe la tensión de los hombros y el cuello. Observe esa tensión. Manténgala. Y ahora relájese. Deje que ambos hombros vuelvan a la posición de descanso. Siga aflojándose más y más. Vuelva a observar el contraste entre la tensión y la relajación que ahora se expande por la zona de los hombros. (Pausa de 10 segundos.) Hágalo una vez más. Lleve ambos hombros hacia arriba como si fuera a tocarse las orejas. Sienta la tensión en los hombros, en la parte superior de la espalda, en el cuello. Observe la tensión de esos músculos. Y ahora relájese. Afloje esos músculos. Que los hombros vuelvan a la posición de descanso y observe una vez más el contraste entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.)

También se puede aprender a relajar más completamente los músculos de la cara. Así que ahora quiero que arrugue la frente y la región superciliar. Arrúguela hasta que sienta la frente muy arrugada, los músculos tensos y la piel surcada. Y ahora relájese. Que la frente se le suavice. Que esos músculos se le aflojen. (Pausa de 10 segundos.) hágalo una vez más. Arrugue la frente. Observe la tensión de los músculos sobre los ojos en la región de la frente. Y ahora, distienda la frente. Relaje esos músculos. Y una vez más observe el contraste entre la tensión y la relajación. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora cierre los ojos con mucha fuerza. Ciérrelos tan fuertemente que sienta la tensión en torno a ellos y en los muchos músculos que controlan su movimiento. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relaje esos músculos, deje que se relajen, sienta la diferencia entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer. Cierre fuertemente los ojos y observe la tensión. Manténgala. (Pausa de 5 segundos.) Y relájese, aflójese y deje que sus ojos permanezcan plácidamente cerrados. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora cierre con fuerza las mandíbulas, apriete los dientes. Observe la tensión de las mandíbulas. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relájelas. Haga que los labios se separen ligeramente y observe la diferencia entre la tensión y la relajación de la zona de la mandíbula. (Pausa de 10 segundos.) Una vez más, cierre las mandíbulas. Observe la tensión. (Pausa de 5 segundos.) Y ahora aflójese más y más. Siga relajándose. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora apriete los labios. Así está bien, apriételes con fuerza y sienta la tensión alrededor de la boca. Ahora relájese, relaje esos músculos de alrededor de la boca y deje que la barbilla repose cómodamente. Ahora, una vez más, apriete los labios entre sí y observe la tensión alrededor de la boca. Manténgala. (Pausa de 5 segundos.) Y ahora relájese. Afloje esos músculos más y más, cada vez más. (Pausa de 10 segundos.) Observe cuánto más distendidos están los músculos de las partes del cuerpo que sucesivamente hemos ido poniendo en tensión y relajando. Las manos, los antebrazos, los brazos, los hombros y los diversos músculos faciales.

Ahora nos concentraremos en el cuello. Presione la cabeza contra la superficie sobre la que se apoya. Presiónela de modo tal que pueda sentir la tensión, sobre todo en la nuca y en la parte superior de la espalda. Manténgala, obsérvela. Aflójese, que la cabeza descansa cómodamente, y disfrute del contraste entre la tensión que antes provocó y la mayor relajación que ahora puede experimentar. Aflójese más y más, cada vez más, hasta donde pueda. Vuelva a hacerlo, presione la cabeza, sienta la tensión, manténgala, (pausa de 5 segundos) y ahora aflójese, relájese, distiéndase más y más. (Pausa de 10 segundos)

Otro paso: llevar la cabeza hacia delante y tratar de hundir la barbilla en el pecho. Sienta la tensión, especialmente en la parte anterior del cuello. Y ahora relájese, aflójese más y más. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer. La barbilla hundida en el pecho; manténgala así. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relájese, relájese más y más. (Pausa de 10 segundos.)

Concentrémonos en los músculos de la parte superior de la espalda. Arquee la espalda, arquéela llevando pecho y estómago hacia delante hasta sentir tensión en la espalda, sobre todo en la parte superior. Observe la tensión y ahora relájese. Que el cuerpo vuelva a reposar contra el respaldo de la silla (o sobre la cama), y observe la diferencia entre tensión y relajación, haciendo que los músculos se aflojen más y más. (Pausa de 10 segundos.) vuelva a arquear la espalda. Observe las tensiones. Manténgalas. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relaje la espalda una vez más, disipando toda tensión en esos músculos. (Pausa de 10 segundos.)

Inspire profundamente, llene de aire los pulmones y consérvelo. Consérvelo y observe la tensión que se desarrolla en el pecho y desciende hacia la región del estómago. Observe la tensión, y relájese, aflójese. Exhale y siga respirando normalmente. Observe la diferencia entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.) Hagámoslo una vez más. Respire profundamente y mantenga el aire en los pulmones. Manténgalo. Observe la tensión. Siéntala. Observe cómo se ponen tensos los músculos. Y ahora exhale y siga respirando normalmente, con toda comodidad, dejando que los músculos del pecho y algunos del estómago se relajen, más y más, cada vez que exhala. (Pausa de 10 segundos.)

Ponga en tensión los músculos del abdomen. Manténgalos así. Que el abdomen se ponga muy duro. Ahora relájese. Distienda los músculos. Aflójese y relájese. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer, ponga en tensión los músculos del abdomen, sienta la tensión. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relájese, aflójese, más y más, cada vez más. Líbrese de la tensión. Deshágase de ella y observe el contraste entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.)

Ahora estire las dos piernas. Estírelas de modo que sienta tensión en los muslos. Estírelas por completo (pausa de 5 segundos), y ahora relájese. Haga

que se le relajen y observe la diferencia entre la tensión de los músculos de los muslos y la relajación que experimenta. (Pausa de 10 segundos.) Vuélvalo a hacer, estire ambas piernas uniendo las rodillas hasta que sienta los muslos muy duros y tensos. (Pausa de 5 segundos.) Ahora relájese, relaje esos músculos. Deshágase de la tensión que siente en los músculos de los muslos. (Pausa de 10 segundos.)

Ponga en tensión los músculos de las pantorrillas, apuntando a la cabeza con los dedos de los pies. Si lo hace así, podrá sentir el tirón, la tensión, la contracción de los músculos de las pantorrillas y también de la parte anterior de las piernas. Observe esa tensión. Relájese. Relaje las piernas y observe la diferencia entre tensión y relajación. (Pausa de 10 segundos.) Una vez más lleve los pies hacia atrás apuntando a la cabeza con los dedos y sienta la tensión. Manténgala, obsérvela. Y ahora aflójese, relaje esos músculos más y más, una relajación cada vez más pronunciada. (Pausa de 10 segundos.)

Así como ha dirigido sus músculos para ponerlos en tensión, los ha dirigido también para relajarlos o aflojarlos. Ha observado la diferencia que existe entre la tensión y la relajación muscular. Es capaz de advertir si hay tensión en sus músculos y, si la hay, puede concentrarse en esa parte y enviar mensajes para que esos músculos se distiendan y relajen. Si piensa en aflojar los músculos, de hecho podrá lograrlo, aunque sólo sea en parte.

Ahora, mientras permanece sentado, pasará revista a los diversos grupos de músculos sobre los que hemos trabajado. A medida que los voy nombrando, trate de sentir si hay tensión en ellos. Si la hay, procure concentrarse en esa parte y envíe el mensaje de que se distiendan, de que se aflojen. (Pausa de 5 segundos.) Espinilla, rodillas y muslos. (Pausa de 5 segundos.) Nalgas y caderas. (Pausa de 5 segundos.) Afloje los músculos de la parte inferior del cuerpo. (Pausa de 5 segundos.) Relaje el abdomen, la cintura y la parte inferior de la espalda. (Pausa de 5 segundos.) Parte superior de la espalda, pecho y hombros. (Pausa de 5 segundos.) Relaje la parte superior de los brazos, los antebrazos y las manos hasta la punta de los dedos. (Pausa de 5 segundos.) Afloje los músculos de la garganta y el cuello. (Pausa de 5 segundos.) Relaje los músculos faciales y de las mandíbulas. (Pausa de 5 segundos.) Haga que se le aflojen los músculos de todo el cuerpo. (Pausa de 5 segundos.) Ahora permanezca sentado tranquilamente con los ojos cerrados. (Pausa de 5 segundos.) No haga sino eso. Permanezca sentado tranquilamente con los ojos cerrados durante unos minutos. (Pausa de 2 minutos.)

Piense ahora en esa escala que va de 0 a 100, en la que 0 representa relajación completa, y 100, un máximo de tensión. Considere dónde se ubicaría aproximadamente usted en esa escala, y recuerde el número para apuntarlo cuando abra los ojos. Muy bien, voy a contar de 5 a 1. Cuando llegue a 1, abra los ojos, desespérese, recupérese por completo y desconecte el grabador. 5....4....3.....2.....1: abra los ojos, recupérese”.

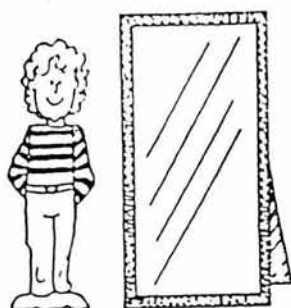
ANEXO 5

SESIÓN II

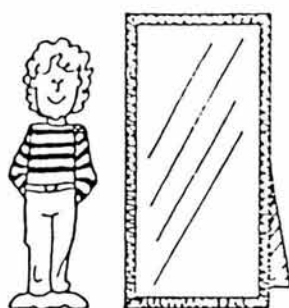
"EL ESPEJO"

Apoyo didáctico: Piensa que estás en una sala llena de espejos y cada uno refleja una imagen positiva y especial de ti. Esa imagen es lo que tú reconoces como cualidades en ti misma. Ahora haz un dibujo y/o describe las cualidades que poseas de acuerdo con el espejo al que te asomas (Pick y colaboradores, 1998).

Mi físico es



Mi carácter es



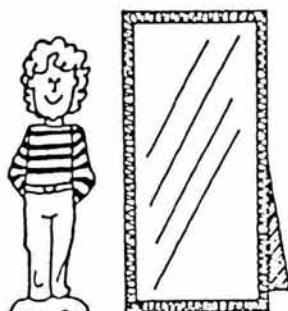
como amigo(a) soy



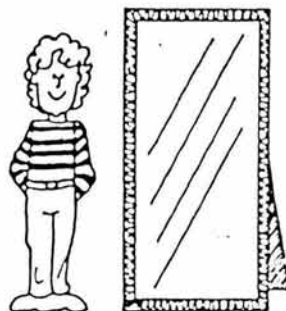
como hijo(a) soy



como pareja soy



como estudiante soy



como hermano(a) soy



ANEXO 6
SESIÓN III
"EL NAVÍO"

Apoyo didáctico

Líneas de Presión:

- Si no haces el amor conmigo voy a creer que eres inmadura.
- Anda, prueba un poquito de droga, el que no arriesga no gana.
- Sólo los maricones no fuman, prueba un poquito.
- Si ensayas desde ahora a hacer el amor serás más popular entre los amigos.
- Tus papás no saben lo que dicen, una emborrachadita a todos nos cae bien.
- Fuma un poco; si no, voy a creer que no me tienes confianza.
- Me perderás si no te acuestas conmigo.
- Nadie usa condón, no sé por qué quieres que yo use.
- Es divertido tomar riesgos, no usemos anticonceptivos.
- Mucha gente tiene bebés a nuestra edad, deberías aventarte, a ver qué pasa.
- ¿Quieres que usemos condón porque crees que tienes SIDA?.
- No quieres acostarte conmigo porque eres homosexual.

Nota: El instructor podrá reconstruir las frases según el lenguaje utilizado por los jóvenes en su región, y les dará la entonación necesaria para que ellos (as) puedan reaccionar (Pick y colaboradores, 1998, págs. 242-243).

ANEXO 7

SESIÓN V

"EL MUNDO AL REVÉS"

- Buenos días señora, vengo por lo del trabajo que ofrecen.
 - Buenos días - contestó la encargada de personal- Siéntese, ¿Cómo se llama Usted?.
 - Juan
 - ¿Señor o señorito?.
 - Señor, porque soy casado.
 - Déme su nombre completo por favor.
 - Juan de Dios Pérez de Rodríguez.
 - Debo informarle Señor de Rodríguez, que esta empresa no prefiere hombres casados porque se incapacitan mucho por paternidad. No estamos en contra de que las parejas jóvenes tengan hijos, pero los trabajadores que tienen hijos pequeños faltan mucho al trabajo cuando se enferman o cuando no tienen quien los cuide. Usted sabe, cuando faltan se producen muchos problemas en la empresa.
 - Yo la entiendo señora, pero ya tenemos dos niños y no pensamos tener más
 - el Sr. Rodríguez bajó la cabeza y dijo en voz baja:- Yo estoy tomando la píldora y pienso operarme para no embarazar a mi mujer.
 - Muy bien, continuemos entonces ¿Qué estudios tiene Usted?.
 - Tengo el certificado de Estudios Primarios y llegué hasta el cuarto año de Educación Secundaria. Yo hubiera querido terminar el Bachillerato, pero en mi familia fuimos cuatro hermanos y mis papás decidieron que era más importante que las mujeres estudiaran, lo que es muy normal. Tengo una hermana mecánica y otra que es técnica en producción porcina.
 - ¿En qué ha trabajado Usted en los últimos dos años?.
 - Pues casi sólo sustituciones, Usted sabe, trabajos temporales porque así me fue más fácil cuidar a los niños mientras eran pequeños.
 - ¿Y en qué trabaja su esposa?.
 - Ella es Administradora de la finca "El Manantial".
 - Volvamos a Usted. Cuénteme ¿cuánto pretende ganar si le damos el puesto?.
 - Pues...
 - Con un puesto como el que tiene su esposa y que su deseo es el de ayudar económicamente, lo que Usted seguramente desea es un sueldo que complemente lo que Ella gana. Usted sabe, ganar un poco de dinero para sus gastos personales y no tener que estar pidiendo todo el tiempo, y además ayudar con la educación de los niños y tener un dinero para arreglos de la casa, comprar muebles y todas esas cosas que les preocupan a Ustedes los hombres.
- Le podemos ofrecer dos mil pesos, para empezar, seguro social y una bonificación al final del año, si Usted no falta al trabajo. Tuvimos que establecer este incentivo para conseguir que el personal masculino no

faltara por tonterías. Hemos logrado reducir el ausentismo a la mitad. ¿Cuántos años tienen sus hijos?.

- La niña tiene seis y el niño cuatro; los dos van a la escuela. Los recojo por la tarde cuando salgo del trabajo, antes de ir al mercado.
- Y si se enferman, ¿Tiene Usted quien los cuide?.
- Sí, su abuelo que vive cerca de nosotros.
- Muy bien, gracias Señor Rodríguez. Le comunicamos nuestra propuesta al final de la semana.

El Señor Rodríguez salió de la oficina muy alegre pensando que había causado una buena impresión en la encargada de Personal.

La encargada de Personal se fijó en él cuando salía. Vio que tenía las piernas cortas, que estaba un poco pasado de peso y que apenas tenía pelo en la cabeza. Ella pensó: "Que va, si la jefa de oficina detesta a los calvos". Además, bien sabía que para el puesto de oficinista se requiere una persona guapa, de buena presentación, alta y de preferencia rubia. Y eso de tener niños tan pequeños...

Juan de Dios Pérez de Rodríguez recibió, al final de la semana, una comunicación que empezaba así:

"Lamentamos no poder ofrecerle....."

Preguntas Guía:

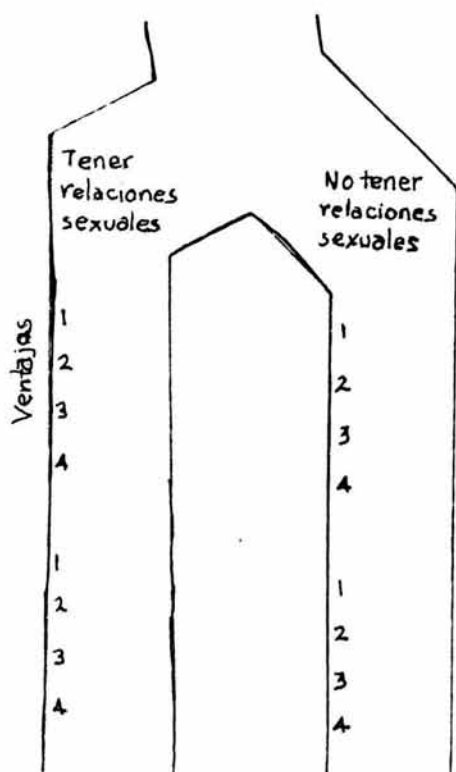
- ¿Cómo se sintieron conforme se fue leyendo el relato?.
- ¿Por qué creen que se sintieron así?.
- ¿Por qué se nos hace tan difícil aceptar una situación al revés de cómo estamos acostumbrados y acostumbrados a vivirla?.
- ¿Cuáles estereotipos aparecen en el cuento?, ¿Cuáles tienen que ver con lo que hacen los hombres?, ¿Cuáles son las actividades y comportamientos de las mujeres?.

ANEXO 8
SESIÓN VI
"LOS DOS CAMINOS"

Apoyo didáctico

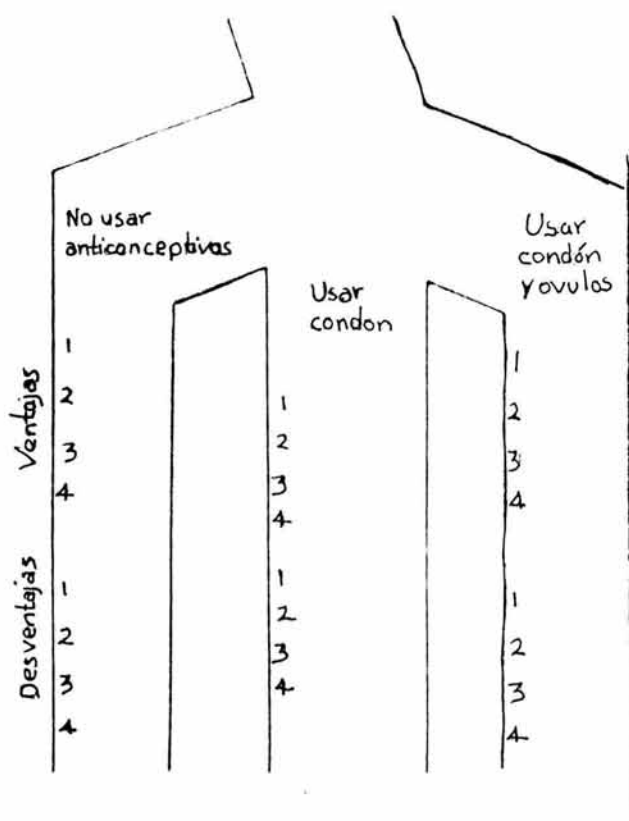
Dibujo A

Ejemplo de los dos caminos



Dibujo B

Ejemplo de más de dos caminos



ANEXO 9**SESIÓN VII*****"LA DECISIÓN DE ROSA"***

Apoyo didáctico:

Raúl -novio de Rosa,

Rosa -novia sin experiencia sexual,

Lupita -amiga de Rosa y con experiencia sexual.

Rosa se encuentra platicando con Lupita acerca de sus relaciones con Raúl. Raúl y Rosa se hicieron novios hace 2 meses, él le ha pedido en varias ocasiones "hacer el amor". Rosa lo quiere y le gustaría experimentar, pero está temerosa e indecisa de cómo y cuándo hacerlo. Ella piensa que sería importante usar algún método anticonceptivo, pero Raúl le ha dicho que él nunca usará alguno pues le restaría sensibilidad. Lupita le cuenta a Rosa que ella decidió desde hace 2 años usar anticonceptivos durante sus relaciones y esto no ha alterado su relación de pareja, por lo que le recomienda a Rosa que piense muy bien su decisión. Ha pasado el tiempo y Rosa está embarazada (Pick y colaboradores, 1998, págs. 304-305).

ANEXO 10**SESIÓN VIII**

Apoyo didáctico:

"HABLA MI YO"

Frases Vagas	Frases Claras
Es posible que si estoy de humor vaya contigo a la fiesta.	Yo no quiero ir a la fiesta contigo.
Tal vez si hacemos algo para que no me embarace, voy a acostarme contigo.	Sólo si usas un condón tendremos relaciones sexuales.
Muchas personas me dicen que soy guapa pero no sé si lo soy.	Quiero saber tu opinión acerca de mi apariencia física.
Como que lo de probar drogas me hace dudar.	Yo no quiero probar las drogas.
He pensado en la posibilidad de que algún día tú y yo tengamos relaciones sexuales.	Yo quiero tener relaciones sexuales contigo.
No estoy tan segura de que sea buena idea tener relaciones sexuales.	Yo no quiero tener relaciones sexuales contigo.
He pensado que aunque soy bueno en la escuela, tal vez no está bien que te haga tu trabajo.	Yo no te voy a hacer tu trabajo.
Estoy confundido acerca de si aceptar o no el regalo.	Yo no puedo aceptar ese regalo, muchas gracias.
He pensado que si me llamaras con más frecuencia probablemente iría mejor la relación.	Yo quiero que me llames con más frecuencia.
Tal vez si me quisieras no serías tan agresiva.	Yo necesito que ya no seas agresiva conmigo.
Ya sé que no te importo.	Yo quiero que me digas lo que sientes por mí.

Juego de timbiriche

- Para el juego de timbiriche se dibuja un cuadrado de puntos (figura 1) en el pizarrón y cada persona que acierte va poniendo una rayita de punto a punto en sentido vertical u horizontal, procurando no dar oportunidad al equipo contrario de formar cuadritos. Cada vez que se cierra un cuadrito se pone dentro la inicial del equipo que lo cerró y se tiene la oportunidad de hacer otra rayita.

Dibujar en el pizarrón la figura 1.

Figura 1

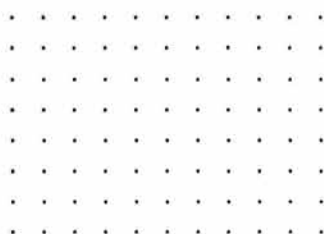
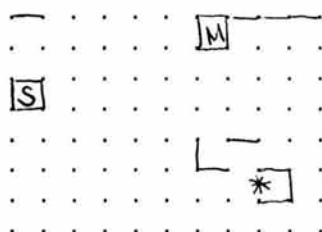


Figura 2. Ejemplo de situación de juego.



En la figura 2 se muestra que a la siguiente persona que participe le convendrá trazar una línea vertical donde está el asterisco cerrando así un cuadrito y colocando dentro la inicial del nombre de su equipo. Cuando haya varias situaciones como éstas podrá cerrar varios cuadros simultáneamente (por ejemplo, donde están las letras M y S, son cuadritos que cerraron los equipos que llevan cada una de esas iniciales en su nombre).

ANEXO 11
SESIÓN VIII
"CONOCERSE MEJOR"

Las preguntas son:

- ¿Quién eres?
- ¿Quién quieres ser?
- ¿Dónde estás?
- ¿Para qué estás aquí?
- ¿Cuáles han sido hasta hoy el propósito y sentido de tu vida?
- ¿Qué objetivos te planteas?
- ¿Qué plan seguirás?
- ¿Cómo usarás tu tiempo-vida?
- ¿Estoy dispuesto (a) a cometer errores?
- ¿Cuál es tu búsqueda?
- ¿Qué voy a hacer hoy?
- ¿Por qué no?

ANEXO 12**SESIÓN VIII*****"APRENDIENDO A IDENTIFICAR EL GÉNERO"***

Apoyo didáctico:

Las siguientes preguntas le ayudarán a propiciar la reflexión que se espera por parte de los adolescentes. Elija las que considere que aún no han respondido o cuestionado ellos.

- ¿Qué ven en esta lámina?
- ¿Quién desempeña esta tarea con mayor frecuencia en nuestro medio? ¿Por qué?
- ¿Siempre ha sido así?
- ¿Por qué existen tareas diferentes para hombres y para mujeres?
- ¿Estas diferencias son biológicas o culturales?
- ¿Quiénes nos enseñan lo que no podemos y lo que podemos hacer?
- ¿En qué forma nos enseñan lo que no podemos y lo que podemos hacer?
- ¿De qué manera influye en las decisiones que tomamos y en lo que queremos para el futuro (expectativas), lo que nos enseñan?
- ¿Qué cosa les gustaría hacer, pero piensan que por ser hombres o mujeres no deberían hacerlo? ¿Por qué?
- ¿Cómo podemos solucionar esto? (Pick y colaboradores, 1998, págs. 172-173).

ANEXO 13**SESIÓN IX*****"COMUNICACIÓN FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL EN LA FAMILIA"***

Apoyo didáctico:

Tarjetas de actitudes familiares:

1. Responder con enojo.
2. Responder con indiferencia.
3. Responder con comprensión.
4. Responder con evasión.
5. Responder con nerviosismo.

Enunciados para el educador (escoger 5)

1. Papá, tengo una fiesta hoy en la noche. ¿Me das permiso para ir y llegar tarde?
2. María (hermana), estoy en un problema; parece que Rosa se embarazó.
3. Mamá, tuve un problema en la escuela y el maestro me sacó de clase. Tienes que ir mañana a hablar con él.
4. Papá, creo que debo ir al médico. Es que me fui con mis amigos "por ahí" y creo que me pegaron una enfermedad.
5. Patricia (hermana), no sé qué hacer, hace un mes me fui con Javier y no sé si estoy embarazada.
6. ¿Mamá, puedo quedarme a dormir en casa de mi amiga Blanca?
7. Papá, van a hacer una excursión en la escuela este fin de semana, ¿me das permiso para ir? (Pick y colaboradores, 1998, págs.43-44).

ANEXO 14**SESIÓN X*****"IDENTIFICANDO RIESGOS"***

Apoyo didáctico:

Instrucciones: Lee los siguientes casos que describen variaciones en la conducta sexual entre adolescentes. Enseguida de cada caso, escribe la categoría a la que pertenecen:

AR = alto riesgo de embarazo

BR = bajo riesgo de embarazo

SR = sin riesgos de embarazo

1. Daniel piensa tener relaciones sexuales sólo para divertirse y quedar bien con sus amigos, así que no piensa usar anticonceptivos.
2. Roberto siente que es importante conocer bien a una muchacha antes de involucrarse sexualmente con ella. Aunque nunca ha tenido una relación sexual, cuando la tenga usará condón.
3. Luisa ha tenido relaciones sexuales una vez y como no cree que vuelva a tenerlas porque está molesta con el muchacho, aunque le gusta mucho, no piensa usar anticonceptivos.
4. Gloria ha estado saliendo con un muchacho durante un año. Ella siente que tendrán una relación sexual pronto, pero como no está segura cuándo, no ha hecho planes para evitar el embarazo.
5. Dora está muy enamorada de Aurelio y para no perderlo cree que debe tener relaciones sexuales con él; él considera que no deben usar anticonceptivos porque sólo lo van a hacer una vez.
6. Las relaciones que ha sostenido Pedro no incluyen el acto sexual y no piensa tener relaciones sexuales hasta que se case.
7. Enrique tuvo una relación sexual una vez. Usó el retiro del pene antes de eyacular como método anticonceptivo.
8. Margarita tiene relaciones sexuales rara vez, ha tenido ya un aborto. Ahora su pareja usa condón cada vez que tienen relaciones sexuales.
9. Lupita ha tenido una relación estrecha por 2 años y ha tenido coito frecuentemente. Ella toma píldoras anticonceptivas algunos días y se siente protegida.
10. Arturo está más interesado en las actividades de la escuela que en tener una relación íntima con una muchacha. Él nunca ha tenido una relación sexual. No obstante sabe cómo usar el condón en caso necesario.
11. Una muchacha está empezando a salir con un muchacho que no le gusta lo suficiente como para hacer el amor y no piensa tener relaciones sexuales con él.
12. Juan y Sofía se excitan mucho cuando están juntos y han decidido tener relaciones sexuales y cuando él empieza a eyacular retirará el pene de la vagina.

13. Lina María ha tenido relaciones sexuales pocas veces. Piensa ya empezar a tomar pastillas anticonceptivas en forma regular.
14. Jorge ha sostenido relaciones sexuales durante los cuatro meses pasados. No ha usado algún anticonceptivo.
15. Raymundo tuvo una relación sexual que resultó en un embarazo no deseado. El niño fue dado en adopción y su novia usa ahora la píldora.
16. Rosa no ha tenido relaciones sexuales y decidió que sólo las tendrá si su novio usa un condón.
17. Sandra nunca ha tenido relaciones sexuales y piensa que se sentiría culpable si las tuviera, pero está viendo a ver qué pasa.
18. Un chico se siente atraído por muchachos de su mismo sexo. No está interesado en tener relaciones sexuales con una mujer.
19. Yolanda ha tenido relaciones sexuales de vez en cuando durante seis meses sin usar anticonceptivos.
20. A Carmen le gusta muchísimo un muchacho, pero aún no se siente lista para hacer el amor con él. Ha decidido esperar.
21. Juan ha tenido relaciones con varias compañeras. Él siempre usa un condón y se siente protegido.
22. Ana Elena ha tenido relaciones sexuales una vez y aunque no está segura de lo que pase ha empezado a tomar diariamente pastillas anticonceptivas (Pick y colaboradores, 1998, págs. 128-131).

ANEXO 15

SESIÓN XI

¿ES VERDAD QUE.....?



1. ¿Es verdad que a una muchacha le hace mal bañarse o nadar cuando está menstruando?
 - **Falso.** No existe ninguna razón física que limite a una mujer para que realice cualquier actividad durante su periodo menstrual.

2. ¿Es verdad que los hombres que tienen un pene más grande, gozan más sexualmente?
 - **Falso.** No existe ninguna relación entre el tamaño del pene y el goce sexual. Algunos que así lo creen pueden enorgullecerse de ello, pero lo real es que aún con un pene "chico" se siente placer. Los penes erectos tienen un tamaño similar aunque flácidos se vean diferencias marcadas.

3. ¿Es verdad que la ausencia del himen muestra que una mujer ya no es virgen?
 - **Falso.** Existen mujeres que nacen sin himen, otras que poseen un himen elástico el cual no se rompe al introducir el pene y otras que a través del ejercicio lo perdieron. No es importante tener o no himen.

4. ¿Es verdad que el tamaño del pene puede ser calculado por el tamaño de las manos o de los pies?
 - **Falso.** No tiene que ver nada el tamaño del pene con el de las manos y otras partes del cuerpo.

5. ¿Es verdad que la mujer vale más por tener himen?
 - **Falso.** Eso no tiene que ver con el "valor" de una mujer. Sería como decir que quienes nacieron sin himen, quienes han tenido relaciones sexuales y quienes han tenido hijos no "valen". Hay muchas características verdaderamente importantes en las mujeres y que merecen mayor atención.

Quien cree que la mujer sólo "vale" si tiene himen debe reconsiderar su posición y consultar otros puntos de vista.

6. ¿Es verdad que no se debe tener contacto sexual durante la menstruación?
 - **Falso.** Sí es posible el contacto sexual durante la menstruación. Si ambos miembros de la pareja se sienten a gusto con ello, no hay ningún impedimento físico. Lo importante es que ambos estén de acuerdo.

7. ¿Es verdad que una muchacha puede quedar embarazada aunque tenga pocas relaciones sexuales?
 - **Verdadero.** Una muchacha puede quedar embarazada cada vez que ella tenga relaciones sexuales, incluyendo su primera vez.

8. ¿Es verdad que una muchacha puede quedar embarazada si ha tenido relaciones durante su periodo menstrual?
 - **Verdadero.** Es posible que una muchacha quede embarazada en cualquier momento durante su ciclo menstrual, incluso durante el sangrado.

9. ¿Es verdad que una muchacha puede quedar embarazada aún si un muchacho no eyacula o "se viene" dentro de ella?
 - **Verdadero.** Aún si un muchacho eyacula cerca de la vagina de una muchacha, en la vulva, es posible que el esperma encuentre un camino para entrar en la vagina.

10. ¿Es verdad que una muchacha puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?
 - **Verdadero.** Una muchacha puede quedar embarazada la primera vez y cada vez que ella tenga relaciones sexuales, a menos que ella o su pareja utilicen un método confiable de anticoncepción.

11. ¿Es verdad que una se puede embarazar al meterse a nadar en una alberca?
 - **Falso.** Las únicas formas de embarazarse son: a través del coito, por fecundación "in vitro", inseminación o si el hombre eyacula cerca de la vagina. Una muchacha no se puede embarazar si hay semen en una alberca. Los espermatozoides no sobreviven en cualquier medio.

12. ¿Es verdad que una muchacha se puede embarazar por usar un baño público o un baño sucio?
 - **Falso.** La única forma de embarazarse es a través del coito, o si el hombre eyacula muy cerca de la vagina.

ANEXO 16

SESIÓN XI

"TÚ PUEDES SER EL MEJOR"

La mente es una computadora, la más perfecta de todas, y registra todo lo que nuestros cinco sentidos captan desde antes de nuestro nacimiento, y como desgraciadamente somos herederos de las neurosis de los demás, se forma una cadena interminable de programación equivocada en la que participan o han participado, todas las personas que te han rodeado desde antes de tu nacimiento hasta el momento actual. Se supone que los hijos son producto de un acto de amor entre dos seres, que trae como consecuencia la preservación de la especie humana, sin embargo, pocos se ponen a pensar lo maravilloso que es esto, lo fantástico que es, que como producto del amor entre dos personas y como resultado de la más íntima y bella unión, se conciba otro ser humano, desgraciadamente esta maravilla la vemos como algo tan normal como comer o tomar agua, y los hijos muchas veces vienen al mundo, no como producto de un acto de amor, sino de un acto sexual. Porque muchos matrimonios después de unos meses ya no son tal, ya no hay, o nunca hubo, identificación, comunicación, y mucho menos amor. Pero en fin, ya naciste, y te muestran amor tus padres, si tienes suerte, los primeros meses de tu existencia, si no tienes tanta suerte te mostrará amor sólo tu madre, pero si eres como millones de seres, producto de una diversión sexual, nunca tendrás idea de lo que es el amor.

Y cuando empiezas a ser tú, empieza el problema, a los dos años tratas de independizarte y ahí se inicia tu verdadera y más dura programación. Tus padres no esperan que seas tú, sino que seas como ellos quieren, o lo que es más dramático, como sus amigos y vecinos quisieran que fuera el hijo de fulano y mengana, y esto lo registra perfectamente tu computadora, y ahí empieza tu recorrido por la vida en un camino que no es el tuyo, que no es de nadie. A tus padres no les importa lo que tú quieres, porque a esa edad tú no sabes nada, ellos deciden por ti; ¿conoces alguna madre que todavía decide en la vida de hombres y mujeres de 40 ó 50 años? Haz un repaso de tus años hasta primaria o secundaria, ¿cuántas veces oíste cosas positivas de ti?, ¿cuántas veces se te tomó en cuenta?, ¿cuántas veces en tu infancia, tus padres, abuelos o profesores (que a veces son los peores), te dijeron, tú puedes lograr en la vida todo lo que sueñes, porque todos te amamos y porque lo más importante es que te sientas segura. Que te ames, y que a través de este amor ames a Dios, a la vida y a tus semejantes?, ¿cuántas veces oíste esto?, o ¿cuántas veces oíste: tú eres un niño malo,

va a venir el coco y te va a llevar,
no sirves para eso,
no intentes aquello,
debes obedecer a tus padres, porque si no, te castiga Dios, como a la mujer araña de la feria?
¿Cuántas veces oíste cosas positivas de ti?

¿Y en la escuela cuándo de estimularon?, ahí a veces te doblegaron, ¿cuántas veces se asomó tu individualidad?, tantas veces que te acomodaron en el rebaño por la fuerza, y te ponían de ejemplo al que sacaba dieces, que muchas veces era el borrego por excelencia. En la escuela primaria no te enseñaron a pensar, mucho menos a amarte. Así programaron aún más tu computadora a base de temor y látigo. ¿Y tus padres?, bien gracias. Ellos querían un robotito en el cuadro de honor de la escuela para presumírselo a los vecinos y decirles, ése es mi hijo, no para decir ese es Juan, un nuevo ser pensante. A esa edad fue cuando te empezaron a prohibir pensar.

Luego llegas al final de la secundaria y tu afán de independencia se hace mayor, te vuelves más rebelde, dicen, ya no eres tan sumiso, ya no oyes los consejos de tus viejos, y prefieres la pandilla, tu vida ya no son tus padres, ni tus maestros, tu vida son tus amigos, porque en ellos te ves a ti mismo y con ellos compartes inquietudes comunes, que generalmente parten de una muy importante, ¿quién soy yo?, ¿para qué sirvo?, ¿cuál es el objeto de vivir, de estudiar?, etc.

Yo creo que a esa edad es cuando más puras y auténticas tenemos nuestras ambiciones, no hay imposibles a esa edad. Tú sueñas, y tal vez para muchos, sea el único periodo de su vida en que realmente tuvieron fe en sí mismos y las ideas más exóticas para los demás, para ti eran toda una posible realidad. Porque creías que podías lograr lo que te propusieras. Ojalá y muchos, hubieran detenido su crecimiento en esa época, pues toda su vida hubieran sido osados, iniciadores de cosas nuevas y bellas y entusiastas para vivir la vida.

Pero tus padres y profesores no quieren filósofos, necesitan a quien mandar, quien los obedezca, y tu necesitas quien te comprenda y te guíe, y es entonces donde te das cuenta que tu padre y tu madre no se aman, se soportan nada más. Empiezas a verles todos los defectos que como seres humanos tienen, ves que son parte del rebaño al cual tú no quieres pertenecer, y sobre todo ves, que los principios sociales que te han enseñado y sobre los que se funda la sociedad en que vives y la familia que tienes, son una hipocresía, todo es de dientes para afuera.

Tu padre quiere que seas un triunfador y tú ves en él un fracasado porque no sabe para que nació, y porque vive angustiado.

Tus padres te dicen como debes formar una futura familia, y ves que no tienen idea de lo que hablan.

Te quieren enseñar acerca del amor con palabras que leyeron en algún libro que les prestó su confesor, en lugar de predicarte con el ejemplo.

Aquí yo quiero que pienses esto:

Tú toma un rosal de excelente calidad, siébralo en buena tierra, dale agua, fertilízalo, quítale la mala hierba y también ten cuidado que tenga mucha luz del sol, ¿qué crees que vas a obtener?

Tú sabes desde luego, que serán excelentes las rosas que verás como resultado. Pues lo mismo es para mí un hijo.

Todos traemos la mejor semilla, esa nos la sembró Dios, todo lo que un niño necesita para convertirse en un gran ser humano, es un HOGAR, no una casa, donde haya armonía, paz, concordia, seguridad, pero sobre todo mucho amor; que rebote el amor en las paredes de tu hogar. ¿Conoces muchos hogares así?, ¿tú crees que los adultos neuróticos que poblamos este mundo somos productos de hogares similares?, y por otro lado, ¿tú crees que sea un imposible?, ¿verdad que no?

Tú no puedes poner el remedio a la vida de los demás, pero sí a la tuya.
Tú no puedes determinar qué mundo le vas a dejar a tus hijos, pero sí que hijos le vas a dejar a tu mundo.

¿Te acuerdas en tu paso por la secundaria y prepa que te hayan programado para ser un triunfador?

¿Qué te hayan dicho lo grande y maravilloso que eres?

¿Te explicaron para convencerte de esto, las funciones de los diferentes órganos con que fuimos dotados, y que hacen de nosotros el más perfecto de los organismos existentes?

¿Te hablaron del amor?

¿Te enseñaron a amarte?

¿Te dijeron que amarte es redescubrir que eres único?

¿Qué es entender y apreciar la idea de que tú serás el único TÚ que vivirás en esta tierra?

¿Qué cuando tú mueres, mueren también todas tus fantásticas posibilidades?

¿Te dijeron todo esto?

Cuando te ames a ti mismo, podrás amar a otros, y en la profundidad y extensión que puedas amarte, solamente en esa proporción podrás amar a otros.

¡Cuánto daríamos muchos por haber recibido estas enseñanzas en nuestro paso por la preparatoria!

¿Te das cuenta por qué mucha gente no sabe ni dónde tienen la cabeza y pies?, nadie les ha dicho que esto no es fantasía ni sueño, es una realidad, y este tipo de pensamiento y actitud no es algo en el que tengamos que pensar constantemente, es algo que debe salir automáticamente de nuestra mente subconsciente, producto de un programa que nos debió de ser inculcado desde niños, exactamente lo contrario, tal vez, del programa que nos inculcaron. Este programa subconsciente es el importante.

Las reacciones hacia tu grandeza deben salir de tu mente automáticamente, igual que el instinto de conservación, que como otros, los tenemos programados en el subconsciente.

La prueba está en que cuando estás en peligro, por ejemplo, de que un automóvil te atropelle, no piensas si te conviene saltar a la derecha, a la izquierda, o hacia arriba, no necesitas pensar, tu mente subconsciente actúa por ti y te salva. *Nadie puede ser feliz y exitoso nada más por desearlo, el deseo es una condición muy importante, pero requiere más trabajo, más esfuerzo.* Tienes que borrar el programa pasado y regrabar otro, igual que en

una cinta magnética, y esto no se logra en un día, o por leer un libro, o por asistir a una conferencia, esto lleva tiempo, hasta que de tu subconsciente automáticamente afloran las reacciones positivas con las que tú tienes que enfrentar los sucesos diarios de tu vida; es como cuando aprendiste a manejar, eras todo nervios, pensabas en todos los mecanismos de tu auto y en los tuyos, todo esto salpicado con dosis de temor y excitación, sin embargo, ahora te subes a tu carro y sorteas innumerables situaciones peligrosas durante cientos de kilómetros diarios, y nunca piensas ni como lo echaste a andar.

El auto ya no es auto, es una extensión de ti, y has dejado al subconsciente la tarea de manejarlo (Tassinari, 1991, págs. 68-80).

ANEXO 17
SESIÓN XII
TÚ DECIDES

Hasta el día de hoy has vivido buscando y encontrando una causa de por qué no te salen bien las cosas.

Tener siempre "una buena razón" para justificarte, pero de esa manera no te conducirás al logro de tus objetivos.

Aceptar y ejercer tu responsabilidad personal implica deshacerte del salvavidas que medio te mantiene a flote y probarte que eres capaz de hacerlo por sí mismo y más aún, que eres capaz de avanzar en la dirección que tú deseabas.

TÚ DECIDES: Si sigues responsabilizando a los demás de tus desventuras, permites que un "Así soy yo", "¿Qué quiere que haga?", te detenga, continúas actuando conforme a lo que te indican los demás, aceptas que otras personas sean las que te digan qué está bien o qué está mal.

Pero... por favor no te quejes cuando no consigas lo que quieres. Las personas, aún las que te aman, no saben a dónde vas.

Esa decisión, es sólo tuya, ejercerla es aceptar que tu vida tiene una razón de ser y que es tu responsabilidad encontrarla, como tuya será también, la satisfacción de haberla alcanzado.

NO HAY VÍCTIMAS

SÓLO VOLUNTARIOS

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Aberastury, A. y Knobel, M. (1970). La Adolescencia Normal. Un Enfoque Psicoanalítico. México: Paidós.
2. Aguirre, A. B. (1994). Psicología de la Adolescencia. España: Boixareu.
3. Alvarez-Gayou, J. L. (1986). Sexo: Terapia Integral. México: Manual Moderno.
4. Anyan, W. R. (1991). Atención Médica de los Adolescentes. México: Noriega Limusa.
5. Archundia Sánchez, A. (1981). El nivel de ansiedad en una muestra de 40 mujeres embarazadas, bajo la influencia de dos métodos de preparación para el parto. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
6. Arellano, P. M. (2000). Crisis en la Infancia y la Adolescencia. México: Confederación Nacional de Pediatría de México, A. C.
7. Arieti, S. (1993). Psicoterapia de la Depresión. México: Paidós.
8. Bazán, G. O. (1998). Concepto de Paternidad y Maternidad en Adolescentes Estudiantes. Un Análisis en Redes Semánticas. Estado de México: Tesis Profesional. FES Iztacala.
9. Beck, A. T. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. España: Desclée de Brouwer.
10. Benson, R. C. (1983). Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. México: Manual Moderno.
11. Bernstein, D. A. (1998). Introducción a la Psicología Clínica. México: Mc Graw Hill.
12. Bischof, L. S. (1997). Interpretación de las Teorías de la Personalidad. México: Trillas.
13. Blos, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Joaquín Mortis.
14. Borrás, J. (1980). Vuela Alto. Barcelona: Ediciones 29.
15. Burroughs, D. (1988). Enfermería Materno-Infantil de Bleier. México: Interamericana Mc Graw- Hill.
16. Caballo, V. E. (1998). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta (Compilación). España: Siglo XXI.

17. Carneiro, L. A. (1990). Adolescencia, sus problemas y su educación. México. UTEHA.
18. Conger, J. (1980). Adolescencia: Generación Presionada. México: Harla.
19. Craig, G. J. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall.
20. Cruz T. M. (1992). Estudio comparativo del Autoconcepto en Cuatro Circunstancias Reproductivas Diferentes: Embarazo Normal, Embarazo de Alto Riesgo, Esterilidad y Oclusión Tubárica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
21. Cueli, J. y Colaboradores (1998). Teorías de la Personalidad. México: Trillas.
22. Darley, G. K. (1997). Psicología. México: Prentice Hall
23. Davidoff, L. L. (1997). Introducción a la Psicología. México: Mc Graw-Hill.
24. Deschamps, J. P. (1979). Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Barcelona: Herder.
25. Di Saia, H. S. (1994). Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. México: Interamericana Mc Graw Hill.
26. Duarte, A. M. (1997). Embarazo adolescente y sus implicaciones emocionales: Un estudio comparativo entre adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja. México D. F.: Tesis Profesional. Facultad de Psicología. UNAM.
27. Dulanto, E. y Colaboradores (2000). El Adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría, A. C. México: Mc Graw-Hill.
28. Fitzgerald, E. H. (1981). Psicología del Desarrollo. El lactante y el Preescolar. México: Manual Moderno.
29. García, M. L. (1984) (1987). Sistema Urogenital. México, D. F.: Programa de libro de texto universitario. UNAM, ENEP, Iztacala.
30. Gavino, A. (1999). Guía de Ayuda al Terapeuta Cognitivo-Conductual. España. Psicología Pirámide.
31. Goldfried, M. R. (1996). De la terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración. España: Desclée de Brouwer.
32. Goldfried y Davison (1981). Técnicas Terapéuticas Conductistas "Entrenamiento de Relajación". Capítulo 5. Buenos Aires. Paidós.

33. González, C. L. J.. (1996). Adolescentes y embarazadas: Ansiedad y estilos de Afrontamiento. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
34. González, N. J. (1998). Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. México: Trillas.
35. Hernández, R. S. (2000). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.
36. Higashida, B. Y. (2001). Ciencias de la Salud. México: Mc Graw-Hill.
37. Horrocks, J. E. (1986). Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.
38. Hurlock, E. B. (1987). Psicología de la Adolescencia. México: Paidós.
39. Kerlinger, F. N. (1988). Investigación del Comportamiento. México: Mc Graw- Hill.
40. Laguna, T. L. y Riquelme, V. A. (1995). Estudio comparativo de la actitud hacia la maternidad en adolescentes embarazadas y madres adolescentes. México, D. F: Tesis Profesional. Facultad de Psicología. UNAM.
41. Lutte, G. (1991). Liberar la Adolescencia. Barcelona: Herder.
42. Macy, C. (1980). Embarazo y Nacimiento: Problemas y Placeres. México: Harla.
43. Mc Anarney, E. R. (1994). Medicina del Adolescente. Buenos Aires: Médica Panamericana.
44. Mc Kinney, J. P. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Moderno.
45. Morris, Ch. (1997). Psicología. México: Prentice Hall.
46. Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1997). AFA Autoconcepto Forma-A. Manual. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
47. Panuthos, C. (1987). Maternidad Maravillosa. Una Guía Práctica. México: Pax Mex.
48. Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1998). Desarrollo Humano. México: Mc Graw-Hill.
49. Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1997). Psicología. México: Mc Graw-Hill.
50. Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1996). Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. México: Mc Graw-Hill.

51. Patterson, C. H. (1970). Orientación Autodirectiva y Psicoterapia. México: Trillas.
52. Phares, E. J. (1996). Psicología Clínica. México: Manual Moderno.
53. Pick, S. y Colaboradores (1998). Planeando Tu Vida. México: Ariel Escolar.
54. Ponce, (1980). Psicología de la Adolescencia. México: Uteha
55. Pritchard, A. J. (1993). Obstetricia de Williams. México: Salvat.
56. Rehm, L. P. (1990). Métodos de Autocontrol. México: Mc Graw-Hill.
57. Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del Embarazo y sus Trastornos. Barcelona: Martínez Roca.
58. Skinner, B. F. (1991). El Análisis de la Conducta: Una visión retrospectiva. México: Limusa.
59. Smithkline Beecham, (2001). Escalas Autoaplicables para la Evaluación de Trastornos Depresivos. México.
60. Sundel, M. (1993). Modificación de la Conducta Humana. México: Limusa.
61. Tamayo y T. M. (1994). El Proceso de la Investigación Científica. México: Limusa, Noriega Editores.
62. Tassinari, H. (1991). Tú Puedes Ser el Mejor. México: Plaza y Valdés Editores.
63. Tech Palewi, S. C. (2002). Manual de Curso Básico. Modelo Educativo para Educadores en Violencia Familiar.
64. Thoresen, C. (1981). Autocontrol de la Conducta. México: Fondo de Cultura Económica.
65. Tobal, M. J. J., Cano V. A. R. (1994). ISRA Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Manual. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
66. Valderrama, G. (1988). Perfil Psicológico de Pacientes del INper con Embarazo Normal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
67. Wolpe, J. (1981). Práctica de la Terapia de la Conducta. México: Mc Graw-Hill.
68. Zeiguer, B. K. (1993). Ginecología Infantojuvenil. Buenos Aires: Médica Panamericana.

69. Zinser, O. (1992). Psicología Experimental. México: Mc Graw-Hill.

HEMEROGRAFÍA

70. Alcalde, J. y Coperías, E. M. "La Mente Enferma. Psicoterapia". Muy Especial. México. No. 22 (1998). Pág. 55
71. Barrera, T. G. y Colaboradores (1998). Embarazo en la Adolescencia. México: Revista Psicología.
72. Coperías, E. M. "Depresión: Autodiagnóstico y Nuevos Tratamientos para mejorar el Estado de Ánimo". Muy Interesante. México. Año XVI. No. 7 (1989). Pp. 18-24.
73. González, N. J. J. "La Depre de Kurt Cobain". Móchate con tu salud. México, D. F. No. 0 (2002). Pp. 3-5.
74. Hernández, C. V. "La Asertividad como factor de protección en la Prevención de la Farmacodependencia". Enlaces 36. Centros de Integración Juvenil, A. C. México. Tercera Época. Año XI. Abril, 1998.
75. Hernández. G. M. C. "Habilidades Sociales". Enlaces 36. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, D. F. Año XI. (1998). Pág. 5
76. Huerta, F. M. R. "El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo". Salud Mental. México, D. F. V. 23, No. 3. (2000). Pág. 52
77. Jurado, S. y Colaboradores. "La Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México". Salud Mental. México. V21, No. 3 (1998) Pp. 29-30.
78. Lara, M. y cols. "Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres". Salud Mental. México. V. 22, No. 4 (1999). Pág. 42.
79. León, P. B. "El entrenamiento en Habilidades Sociales". Enlaces 36. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, D. F. Año XI, (1998). Pág. 17.
80. López A. "Relajación y Respiración". Psicología Práctica. España. No. 21 (2000). Pág. 61
81. Montt, S. M. y Ulloa, G. F. "Autoestima y Salud Mental en los Adolescentes" Salud Mental. México. V. 19, No. 3 (1996). Pp. 30-31

82. Silveira, M. "Las Emociones. Laberinto de Pasiones". Muy Especial. México. No. 22 (1998). Pág. 88

PROGRAMA ELECTRÓNICO

83. STAT 53, (1998). Metodología de la Investigación. 2ª Edición. México: Comunicometría.