

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
"MAYRA GUTIÉRREZ"**

**"IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MADRES
ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL NIÑO SAÑO DEL
HOSPITAL ROOSEVELT 2011"**

**MÓNICA EMILSA USELO MORALES
AMARILIS IRASEMA GARCÍA ORTÍZ**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIÉPs-
"MAYRA GUTIÉRREZ"**

**"IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MADRES
ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL NIÑO SANO DEL
HOSPITAL ROOSEVELT 2011"**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

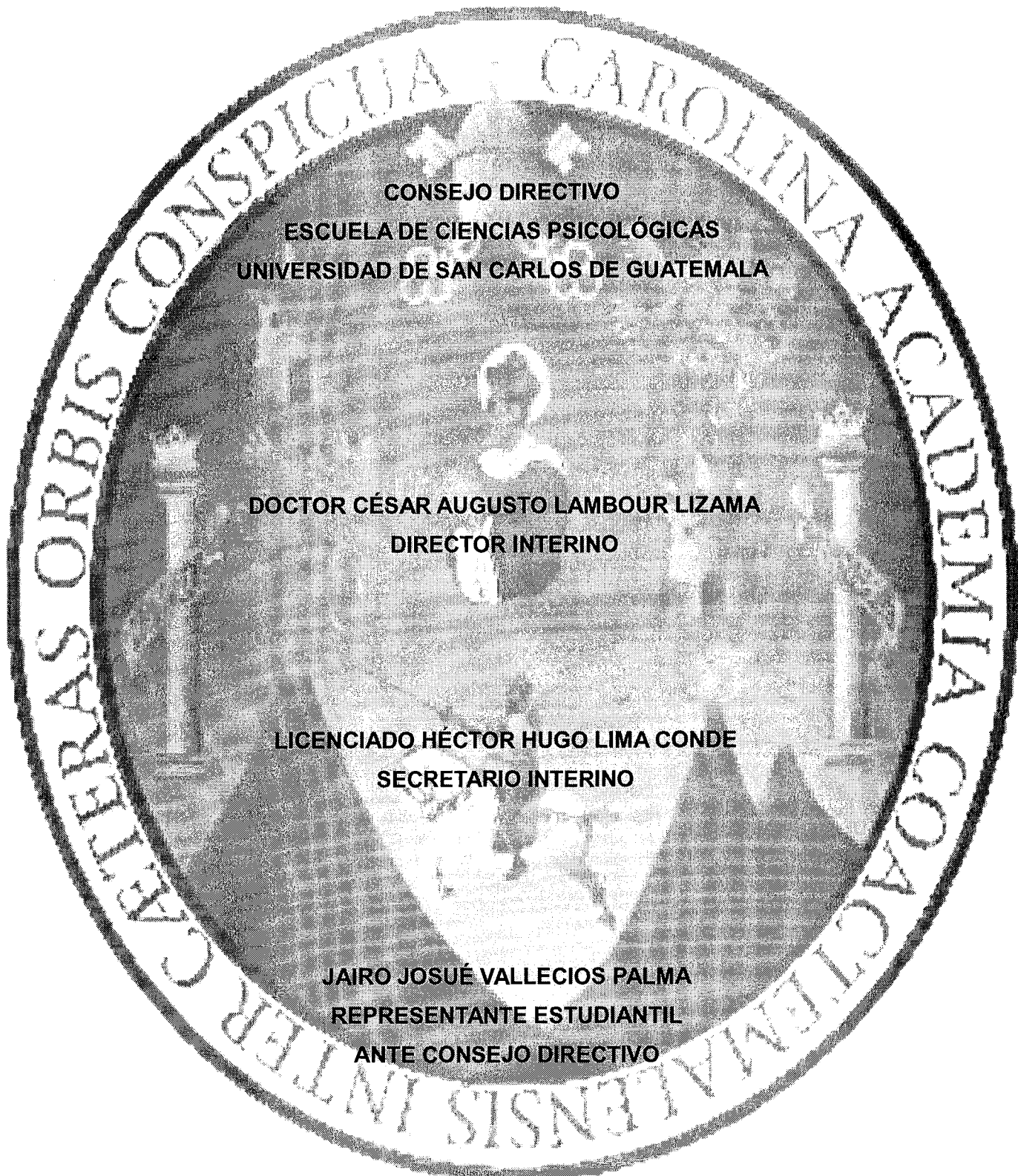
POR

**MÓNICA EMILSA USELO MORALES
AMARILIS IRASEMA GARCÍA ORTÍZ**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012



CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 232-2010

DIR. 1991-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

17 de octubre de 2012

Estudiantes

Mónica Emilsa Uselo Morales

Amarilis Irasema García Ortíz

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA GUIÓN DOS MIL DOCE (1980-2012)**, que literalmente dice:

"UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL NIÑO SANO DEL HOSPITAL ROOSEVELT 2011"**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Mónica Emilsa Uselo Morales

Amarilis Irasema García Ortíz

CARNÉ No. 1994-18774

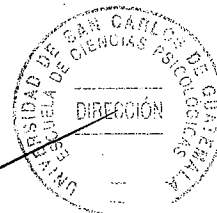
CARNÉ No. 2000-14176

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Sucely Elizabeth Vásquez Pérez y revisado por Licenciado Pedro José de León Figueroa. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





Escuela de Ciencias Psicológicas
Sección e Información
CUM/USAC

RECEBIDO
FIRMA: [Signature] HORA: 14:30 Registro: 232-10

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 1761-2012
REG: 232-2010
REG: 232-2010

INFORME FINAL

Guatemala, 10 de octubre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Pedro José de León Escobar ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL NIÑO SANO DEL HOSPITAL ROOSEVELT 2011.”

ESTUDIANTE:
Mónica Emilsa Uselo Morales
Amarilis Irasema García Ortíz

CARNÉ No.
1994-18774
2000-14176

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 08 de octubre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 09 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpaic@usac.edu.gt

CIEPs. 1762-2012

REG: 232-2010

REG: 232-2010

Guatemala, 10 de octubre 2012

**Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas**

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MADRES
ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL
NIÑO SANO DEL HOSPITAL ROOSEVELT 2011."**

ESTUDIANTE:

Mónica Emilsa Uselo Morales

Amarilis Irasema García Ortíz

CARNÉ No.

1994-18774

2000-14176

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 20 de septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

**Licenciado Pedro José de León Escobar
DOCENTE REVISOR**



Guatemala, 27 de Junio 2012

Licenciado
Marco Antonio García
Coordinador Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimado Licenciado García:

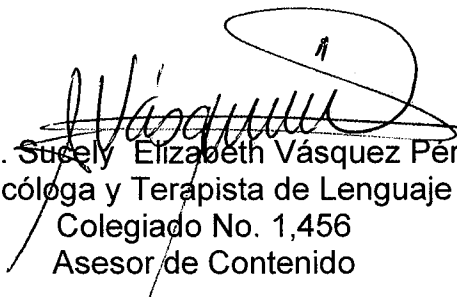
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado **“IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 13 A 18 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL NIÑO SANO, HOSPITAL ROOSEVELT 2011”** realizado por las estudiantes Mónica Emilsa Uselo Morales, Carné 1994-18774 y Amarilis Irasema García Ortiz, Carné 2000-14176.

EL trabajo fue realizado a partir del 27 de mayo de 2010 hasta el 27 de junio de 2012.

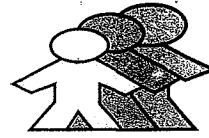
Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,


Licda. Susely Elizabeth Vásquez Pérez
Psicóloga y Terapeuta de Lenguaje
Colegiado No. 1,456
Asesor de Contenido

Licda. Susely Vásquez
PSICOLOGA
TERAPISTA DE LENGUAJE
COL. 1,456



OFICIO CNS 14/2012
Guatemala, 20 de enero 2012

Áreas de Atención
Niño Sano
Estimulación Temprana
Madre Adolescente
Vacunación
Seg. Especial
Nutrición
Niño Canguro
Educación Especial
Oftalmología
Odontología
Neurología
Neumología
Genética
Cardiología
Quemaduras Infantiles
Endocrinología
Nefrología
Psicología
Otros Programas
Estimulación infantil
Diagnósticos
Audiometrías
Emisiones Otoacusticas
Espirometrías
Timpanometrías
Pruebas de Esfuerzo

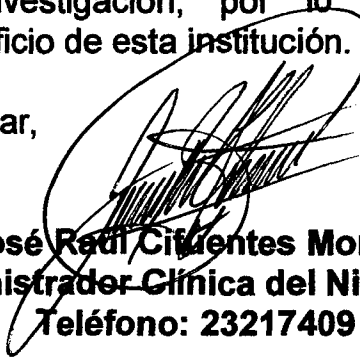
Licenciado Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
CIEPS "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciado García:

Por este medio la Clínica del Niño Sano, hace constar que las estudiantes: **Mónica Emilsa Uselo Morales**, carné 1994-18774 y **Amarilis Irasema García Ortiz**, carné 2000-14176 realizaron en esta institución 25 entrevistas y 25 test de la figura humana a madres adolescentes como parte del trabajo de investigación titulado: "Importancia de la Atención Psicológica en Madres Adolescentes entre 13 a 18 años de la Clínica del Niño Sano, Hospital Roosevelt 2011", en el período comprendido del 24 de septiembre al 04 de noviembre del año 2011, en un horario de 06:30 a 12:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de esta institución.

Sin otro particular,


Lic. José Raúl Cifuentes Monterroso
Administrador Clínica del Niño Sano
Teléfono: 23217409

ADMINISTRACION
Clínica Niño Sano

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR MÓNICA EMILSA USELO MORALES

**EFRÉN ARTURO ROSALES ALVAREZ
CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR
COLEGIADO 13,836**

**OSWALDO ANTONIO RODRÍGUEZ UCELO
INGENIERO CIVIL
COLEGIADO 4,929**

POR AMARILIS IRASEMA GARCÍA ORTÍZ

**MARIO ALEXANDER GARCÍA ORTÍZ
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS
COLEGIADO 11,875**

**SUCELY ELIZABETH VÁSQUEZ PÉREZ
PSICÓLOGA
COLEGIADO 1,456**

DEDICATORIAS

- A DIOS: Por ser mi creador, protector y el centro de mi vida.
- A la Virgen María: Por ser mi modelo de mujer y madre.
- A mis padres: José Arturo Uselo e Hilda Morales de León, por su apoyo amor y cariño que me ayudaron a formarme en la vida, gracias por sus esfuerzos.
- A mi esposo: Efrén Rosales
Por su amor, comprensión y apoyo para alcanzar este sueño.
- A mis hijos: Iván Alexander y Jonathan Daniel
Por ser la inspiración y la fuerza para alcanzar esta meta de mi vida.
- A mis hermanos: Carolita y Luis Enrique
Por ser mis compañeros y amigos cuando más los necesito.
- A mis sobrinos: Jackeline y Javier, los quiero mucho.
- A mis abuelitas: Victoria de Morales (†) y Clara Uselo por todo su amor y bendiciones.
- A mis tíos y tías: A todos por su cariño.
- A mis primos y primas: Con cariño y aprecio.
- A mis amigas y amigos: Por la confianza que me brindaron y las palabras que me alentaron a terminar mi carrera, Dios les bendiga.

Por: Mónica Emilsa Uselo Morales

DEDICATORIAS

- A DIOS:** Por darme la sabiduría, la oportunidad de vivir y luchar por mis sueños y siempre caminar a mi lado.
- A la Virgen María:** Por ser mi madre y siempre estar a mi lado.
- A mis padres:** Mario García y Josefina Ortíz (†) por sus esfuerzos realizados a lo largo de mi vida y brindarme las herramientas para que como mujer me realizara profesionalmente.
- A mi abuela:** María del Rosario Flores Ortíz por siempre estar a mi lado, por su cariño, su apoyo. Siempre le estaré muy agradecida por dedicar su vida a cuidarme y cumplir la función de madre.
- A mi esposo:** Eduardo Cabrera por su amor, apoyo y comprensión a lo largo de estos años.
- A mi hijo:** Nicolás Cabrera por ser la fuerza que me empuja a culminar esta meta.
- A mis hermanos:** Mario García y Walter García
Por brindarme su apoyo y ser inspiración para seguir preparándome profesionalmente.
- A mis sobrinos:** Frederick García, Caleb García, Jefferson García y José Azmitia
Con mucho cariño y esperando ser fuente de inspiración para que ellos puedan realizarse profesionalmente. .
- A mis tíos y tías:** Gracias a todos por su cariño, apoyo y comprensión. Y por buscar siempre lo mejor para mi vida.
- A mis primos y Primas:** Gracias por todo su apoyo y cariño.
- A mis cuñadas:** Por su apoyo y palabras de aliento para siempre seguir adelante.
- A mis amigas y amigos** Por la amistad que me han brindado a lo largo de mi vida, por su apoyo incondicional siempre que los necesite. Los quiero mucho.

Por: Amarilis Irasema García Ortíz

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las personas e instituciones que nos permitieron lograr una meta más en nuestra vida.

A LA CLÍNICA DE NIÑO SANO DEL HOSPITAL ROOSEVELT:

Por su valiosa colaboración y apoyo incondicional en la realización de nuestro trabajo de campo.

A LA LICENCIADA SUCELY ELIZABETH VÁSQUEZ PÉREZ:

Nuestro reconocimiento por el tiempo prestado y su colaboración brindándonos su asesoría durante la realización del presente trabajo de tesis.

AL LIC. PEDRO JOSÉ DE LEÓN

Quien tuvo a bien la revisión de nuestro trabajo de investigación, asimismo por el tiempo y apoyo que nos brindó.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Centro de formación que nos permitió ser parte de la gran familia de psicólogos.

A LOS CENTROS DE PRÁCTICA PSICOLÓGICA:

Por abrir sus puertas para que cada año cientos de estudiantes realicen su práctica psicológica en los establecimientos, brindándonos con esto la oportunidad de aprender. Especialmente a Grupo Scouth de Guatemala, Escuela Corazón Maya, Ciudad Peronia; Escuela Fe y Alegría, Ciudad Peronia; Escuela Ciudad Satélite, Hogar Casa María, Antigua, Guatemala.

INDICE

RESUMEN.....	01
PRÓLOGO	02

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.....	03
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO.....	04
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	04
1.1.2 Marco Teórico.....	07
1.1.2.1 Maternidad.....	07
1.1.2.2 Adolescencia.....	07
1.1.2.3 Maternidad en la Adolescencia.....	08
1.1.2.4 Actitudes hacia la Maternidad de la madre adolescente.....	10
1.1.2.5 Factores que inciden en el Embarazo a Temprana Edad.....	11
1.1.2.5.1 Factores Familiares.....	11
1.1.2.5.2 Factores Sociales.....	12
1.1.2.5.3 Factores Emocionales.....	15
1.1.2.5.4 Madurez/ Inmadurez.....	15
1.1.2.6 Atención Psicológica.....	16
1.1.2.6.1 Tipos de Atención Psicológica.....	17
1.1.2.7 Autorrealización de la Madre Adolescente.....	17
1.1.2.8 Valoración en la Persona Madura.....	18
1.2 Delimitación.....	19

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	20
2.1 Técnicas.....	20
2.1.2 Entrevista Semiestructurada.....	20
2.2 Instrumentos.....	20
2.2.1 Prueba de Psicodiagnóstico.....	20

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	21
3.1 Características del Lugar y de la Población.....	21
3.1.1 Características del Lugar.....	21
3.1.2 Características de la Población.....	21
3.2 Presentación de Resultados.....	22
3.2.1 Entrevista Semiestructurada.....	22
3.2.2 Test del Dibujo de la Figura Humana.....	32

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40
4.1 Conclusiones.....	40
4.2 Recomendaciones.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43

ANEXOS

GLOSARIO

RESUMEN

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL NIÑO SANO DEL HOSPITAL ROOSEVELT 2011.

Por: Mónica Emilsa Uselo Morales y Amarilis Irasema García Ortiz

La presente investigación se elaboró con el propósito de determinar la necesidad que tienen las madres adolescentes que asisten a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt de recibir atención psicológica y que dicha institución a través de los resultados obtenidos en el estudio realizado considere la creación de un programa para dichas madres.

La investigación se llevó a cabo en el período comprendido de Febrero a Noviembre 2011, en las instalaciones de la Clínica del Niño Sano ubicada en el Hospital Roosevelt. Se trabajó con madres adolescentes comprendidas entre las edades de 13 a 18 años de edad.

Se utilizaron técnicas de recolección de datos como la observación directa e indirecta, entrevista semiestructurada; a través de dichas técnicas se pudo identificar las consecuencias de ser madre a temprana edad y las formas de afrontar su actual condición. Se utilizaron instrumentos como fichas de resumen que sirvieron como memoria de lo recabado, prueba proyectiva de la figura humana la cual nos indicó algunos factores emocionales que actualmente atraviesan las madres adolescentes.

La madre adolescente necesita una adecuada orientación psicológica que le permita enfrentar cualquier situación que la coloque en condiciones de riesgo por su poca e inmadura experiencia ante situaciones propias de su situación actual de madre.

PRÓLOGO

Se considera de importancia que las madres adolescentes reciban un apoyo psicológico para el bienestar personal, familiar y social, en las áreas de la sexualidad, socioeconómico, psicológico y cultural ya que las madres adolescentes forman a nuevas familias y a nuevos ciudadanos que son el futuro del país. Se pretende que en la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt se implemente un programa de atención psicológica dirigido a las madres adolescentes que llevan a consulta a sus niños a esta unidad y realizar un trabajo en conjunto con el departamento de servicio social para buscar instituciones que brinden oportunidades de crecimiento a estas madres.

Según los objetivos planteados se determinó que las madres adolescentes necesitan de una atención psicológica individual debido a que en la prueba de personalidad aplicada se muestran rasgos de personalidad de depresión, culpabilidad, timidez, inseguridad, frustración, baja autoestima y conjuntamente con la atención psicológica reciban talleres educativos en cuanto al cuidado personal, salud sexual y reproductiva ya que la mayoría no utilizó ningún método anticonceptivo antes de quedar embarazada y muy pocas han realizado un examen ginecológico.

La investigación se llevo a cabo en las instalaciones de la Clínica del Niño Sano, del Hospital Roosevelt, se trabajó con 25 madres adolescentes comprendidas entre las edades de 13 y 18 años de edad, durante los meses de septiembre a noviembre de 2011.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2011 según datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (Sigsas), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el sistema nacional de salud se atendieron 26 mil 527 nacimientos en los que la madre no superaba los 18 años esto es una realidad social que se enfrenta y que aqueja a las familias guatemaltecas. La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar por estas jóvenes madres, que cuentan con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. El abandono de la educación formal reduce las posibilidades de lograr un adecuado posicionamiento social y laboral a lo largo de sus vidas. Esta situación también tiene implicaciones para el desarrollo económico y social del país, ya que Guatemala es un país de gente joven, el 70% de sus habitantes tienen menos de treinta años de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE); si los jóvenes han de desempeñar un papel activo en el desarrollo del país han de prepararse adecuadamente para el futuro, necesidades que con frecuencia no son satisfechas ya que asumen otras responsabilidades a temprana edad.

Es de vital importancia una atención psicológica a las madres adolescentes para brindar un apoyo a la nueva etapa que se enfrentan, con lo cual se pretende lograr que puedan tener una estabilidad emocional, una mejor calidad de vida al aceptar su nueva condición, que puedan ser responsables al tener un método de espaciamiento familiar y brindar al nuevo ser humano una vida en donde puedan satisfacer sus necesidades básicas de afecto, alimentación, salud y educación.

Para la obtención de la información se aplicó una entrevista semiestructurada la cual evalúa cuatro factores importantes en la vida del ser humano, como son: cultural, el psicológico, el socioeconómico y el sexual así como un test de la figura humana.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 Planteamiento del Problema

Actualmente la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt no cuenta con ningún programa de atención psicológica dirigido a la madre adolescente, según las observaciones realizadas y las entrevistas efectuadas; las madres adolescentes necesitan de orientación psicológica porque tal condición las coloca en riesgo y enfrentan diferentes situaciones que las desestabilizan, siendo estas económicas, familiares, sociales y emocionales, entre otras. La atención psicológica servirá de apoyo para que estas madres puedan sentirse autorrealizadas como mujeres. Cuando se habla de autorrealización, se pretende que la mujer satisfaga las necesidades básicas de pertenencia, afecto, respeto y autoestima, esto les brindará la oportunidad de ser mejores madres y criar hijos autorrealizados.

No obstante que en los establecimientos educativos se hable de sexualidad y salud reproductiva, el aumento de embarazos en adolescentes es alarmante (Sigsa 2011), los jóvenes prefieren no utilizar métodos anticonceptivos; porque les avergüenza preguntar cómo se utilizan, no comprenden qué es la fertilidad y el ciclo menstrual, falta de conocimiento de la sexualidad, pensamiento mágico, piensan que no se puede quedar embarazada la primera vez o al adoptar alguna posición específica.

La familia juega un papel importante pues es en casa en donde se pueden ampliar los conocimientos, pero en la actualidad muchas familias consideran como inadecuado hablar de sexualidad con sus hijos e hijas, a esto se suma la poca comunicación entre padres e hijos, existiendo hogares en donde se agrede y se vive en un ambiente de violencia, en donde las hijas se sienten desvalorizadas, con baja autoestima y creen que quedar embarazadas será la solución para salir de casa. Se puede añadir el hacinamiento, que puede ser motivo de incesto/violación, y es otra causa de un embarazo temprano no deseado.

Las madres adolescentes se ven afectadas en varias situaciones de la vida: en lo familiar, son rechazadas por los padres, les niegan toda ayuda, las echan de casa; en lo económico, al no tener un nivel de estudios adecuado se ven obligadas a trabajar largas jornadas de trabajo o aceptar trabajos mal remunerados; socialmente, son rechazadas y criticadas por ser madres solteras y emocionalmente, sienten culpa, angustia, rechazo hacia el bebé, algunas veces enojo, abandono, humillación, injusticia, baja autoestima y no se sienten valoradas.

Este problema se refleja en la sociedad actual, una adolescente carece de madurez física, emocional, económica para ser madre puesto que el cuerpo y los órganos sexuales aun están en desarrollo; está en una etapa en la que pasa de la niñez a la adultez, aun no está consciente de la responsabilidad de ser madre, no sabe cómo enfrentarse a la vida; no cuenta con un trabajo que le permita tener un ingreso. El ser madre a temprana edad le restringe oportunidad de seguir estudiando, de conformar una familia en algunos casos y de aquí se desencadenan hogares desintegrados, violencia intrafamiliar, unión con nuevos cónyuges o nuevas relaciones no estables que ponen en riesgo la vida y la salud de la madre y del menor que está bajo su responsabilidad.

Por tal razón la posición teórico-metodológica adoptada para dicho estudio es la de Carl Rogers, quien en la Terapia Centrada en el Cliente enfatiza: el respeto positivo incondicional y la aceptación sin establecer condiciones. Una relación que fomenta la autenticidad por parte del terapeuta. Escuchar con empatía, poner atención al cliente cognoscitiva y emocionalmente. Una relación cordial, de aceptación y sin juicios es ingrediente esencial para la terapia, que permite que el cliente explore el concepto del yo y del yo verdadero. Se experimentan tanto experiencias positivas como negativas. La persona está más en contacto con impresiones internas y externas, incorporando nuevas dimensiones del yo al concepto propio para que se equipare más de cerca el yo verdadero.

La presente investigación está orientada a responder los siguientes cuestionamientos: ¿Por qué es necesario que las madres adolescentes reciban una atención psicológica? ¿De qué forma las madres adolescentes afrontan la situación actual? ¿Por qué se embarazan las adolescentes? ¿Cómo es el núcleo familiar de las madres adolescentes? ¿Cuáles son las características grupales de las madres adolescentes?

1.1.2. Marco Teórico

1.1.2.1 Maternidad

Se define como “el conjunto de acciones realizadas a favor de la mujer en época de gestación, nacimiento de la nueva persona y cuidados posteriores, es decir: concepción, embarazo, parto, crianza y desarrollo. En definitiva, la expresión, maternidad, designa un conjunto de condiciones de salud para las madres gestantes”¹.

1.1.2.2 Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. La definición no es fácil, puesto que la caracterización depende de una serie de variables como: ubicación ecológica referida al medio ambiente natural, estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia entre otros.

La Organización Mundial de Salud (OMS) (1986), define como “adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años; es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial”².

En los adolescentes hay un período de transición y se caracteriza por la presencia de cambios biológico, psíquicos, comportamiento social del joven. “Los cambios

¹ Murkoff, Heidi E.; Eisenber, Arlene. “*Qué esperar cuando se está esperando*”. Editorial Norma. Bogotá, Colombia, 2005. Traducción Acosta Margarita, Tarrida Victoria. Pág. 16.

² Organización Mundial de la Salud “*La Salud de los Jóvenes: un desafío para la sociedad*”. Editorial Gráficas Reunidas, España, 1986. Pág. 12

biológicos se deben al aumento de la secreción de hormonas. Va aparecer en los jóvenes los caracteres sexuales secundarios, crecimiento y desarrollo de los músculos, sistema respiratorio, circulatorio, gónadas, órganos reproductores”³.

1.1.2.3 Maternidad en la Adolescencia

Institute Guttmacher (AGI) (2006) publicó lo siguiente: la maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. En Guatemala, donde los recursos limitados moldean las vidas de muchas personas jóvenes aún sin la carga adicional de la paternidad, es imperativo abordar las consecuencias sociales y en salud de los altos niveles de maternidad adolescente. (p. 1)

Asimismo, el momento de la unión y de la maternidad tiene implicaciones para toda la vida de las jóvenes y para el desarrollo económico y social del país. Si las jóvenes guatemaltecas han de desempeñar un papel activo en ese desarrollo y si han de prepararse adecuadamente para el futuro, necesitan educación y capacitación; necesidades que con frecuencia no son satisfechas si asumen las responsabilidades de la vida en unión y de la maternidad a una edad temprana.

Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar las perspectivas educativas y poner en peligro la salud de la mujer y la del recién nacido. Para abordar el asunto de manera efectiva, es importante comprender el contexto en el cual tiene lugar la maternidad temprana. Por ejemplo, “las mujeres que dan a luz siendo adolescentes probablemente son pobres y la maternidad temprana puede crear una mayor situación de desventaja económica y social. Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellas que posponen la maternidad, y

³ Espinosa A, Mejía G. “*Adolescencia*”. Compendio de Medicina General. Ed. Martín Abreu, L. Méndez Editores S.A. de C.V. México 2000. Pág. 11.

las madres muy jóvenes y sus hijos que inician la vida en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza”⁴. Además, la maternidad temprana puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limitar las perspectivas de empleo.

La maternidad temprana puede empeorar las condiciones de salud de la madre y del hijo cuando éstas son ya deficientes. Por ejemplo, dar a luz antes de la completa madurez física; es decir, a la edad de 16 años o menos, puede poner en peligro la salud de la joven y aumentar el riesgo de que el hijo contraiga una enfermedad o muera en la infancia; estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una adecuada nutrición y acceso a la atención médica.

El bajo nivel educativo, sobre todo en las mujeres, es un obstáculo fundamental. Nunca será suficiente enfatizar la necesidad de mejorar el nivel educativo de las jóvenes guatemaltecas. “El país está lejos de alcanzar el segundo objetivo de desarrollo del milenio: la educación primaria universal. Se necesitan programas innovadores para crear conciencia de la importancia de educar a las jóvenes y convencer a las familias que creen que cuyas hijas se necesitan para el trabajo del hogar y es inútil invertir en la educación de la mujer, ya que el futuro de las jóvenes será probablemente el de formar una unión y tener hijos”⁵.

Las adolescentes que quedan embarazadas suelen afrontar una serie de barreras sociales o psicológicas que se interponen a la buena salud de la reproducción. El embarazo puede ser la época en que una adolescente tiene la autoestima en el punto más bajo. Esto puede afectar los planes relacionados con el embarazo.

⁴ Guttmacher. Alan. Institute (AGI). “*Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante*” Serie 2006. Volumen No. 5. Pág. 2-5.

⁵ Idem.

Cuando el embarazo ocurre fuera del matrimonio o no ha sido planificado, las consecuencias emocionales pueden ser graves. Con frecuencia, "la adolescente embarazada y soltera se enfrenta a un dilema sin el apoyo de la familia, compañero o amigos. En algunas culturas, puede ser despreciada o tener dificultades para conseguir servicios adecuados de asesoramiento para el embarazo o la atención prenatal"⁶.

1.1.2.4 Actitudes hacia la Maternidad de la Madre Adolescente

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente; generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de la historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por las necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Muchas veces ocurre que es un embarazo por abuso sexual, donde la situación se complica mucho más; las personas afectadas se vuelven muy dependientes de la propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican al hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta

⁶ Molina R.; Pérez Sánchez A.; Donoso Siña E. "*Adolescencia y Embarazo*", Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edición. Publicación. Técnicas MEDITERRANEO. Santiago de Chile. 1992.

que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que dramaticen la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como poderoso instrumento que le afirme la independencia de los padres.

Las madres prematuras frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión; temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia la salud propia y la del hijo. Con un buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, es de importancia para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar la identidad. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, “la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza del hijo, estará muy influenciada por la etapa de la vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza del hijo durante los primeros años de vida”⁷.

1.1.2.5 Factores que inciden en el Embarazo a Temprana Edad

1.1.2.5.1 Factores Familiares:

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de

⁷ Vera, G., Gallegos, M.S. y Varela, M. “*Salud mental y Embarazo en Adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas*”. Revista Médica Chile. 1999. Pág. 43.

lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la misma. Una familia disfuncional, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente, falta de afecto, comunicación y las relaciones problemáticas en una familia, separación de los padres o bien cuando ambos deciden realizarse profesionalmente delegan y descuidan su rol de padres y si a todos estos factores se le agrega la situación económica, en el intento de escapar a estas situaciones conflictivas los adolescentes están predispuestos a relaciones sexuales prematuras que se convierten en embarazos a muy temprana edad.

En el hogar, la escuela o la comunidad no existe la suficiente educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual, el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales. Por lo tanto, gran parte de la educación sexual que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

1.1.2.5.2 Factores Sociales:

En esta línea de análisis, y en relación con el aspecto psicosocial, es factible hablar de la importancia de los subsistemas sociales en términos de lo que Elina Dabas, (2000), denomina redes sociales; entendidas como el conjunto de seres con quienes se interactúa de manera regular, con quienes se conversa, con quienes se intercambia señales que corporizan, que se hacen reales. Pág. 199

Una red cumple las siguientes funciones: compañía social, apoyo emocional guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos.

Un tema de interés analizado por la psicología social es la “afiliación”, entendida

como tendencia humana que lleva a buscar la compañía de otros. La función básica es garantizar supervivencia.

“No todas las personas tienen relaciones afectivas que desean, es la propia persona quien decide el nivel de contacto social que desea”.⁸

Dentro de los factores sociales que inciden en el embarazo a temprana edad los siguientes son de suma importancia:

- **Socialización en la Adolescencia:**

En el proceso de socialización de los adolescentes los pares influyen en el comportamiento sexual de estos, el hecho de sentirse integrado en el mundo y en la sociedad por medio de la amistad contribuye al mismo tiempo a reforzar y sociabilizar el “yo”. Esta permite que se tome conciencia de la realidad del otro, se forman actitudes sociales, se toma experiencia en las relaciones interpersonales. La gran mayoría de los adolescentes aprenden de sexualidad a partir del conocimiento de otros adolescentes, transmitiéndose de esta manera conocimientos y creencias equivocadas.

- **Redes de Comunicación:**

Los medios de comunicación transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales fomentan las relaciones sexuales, especialmente aquellas que involucran a adolescentes, son un poderoso instrumento de socialización, tanto o más poderoso que la familia, la escuela o el trabajo, porque forman los sentimientos y las creencias, entrenan los sentidos y ayudan a formar la imaginación social. Incluso las redes sociales generalistas como Facebook sirven para entablar conversaciones y por consiguiente se convierten en relaciones amistosas, amorosas y peligrosas, de hecho muchos usuarios, especialmente usuarias, se quejan de las

⁸ González Barrón, Remedios. “*Psicopatología del Niño y del Adolescente*”. Ediciones Pirámide. Madrid, España. 2,000. Pág. 199.

intromisiones en sus perfiles por parte de desconocidos, lo que ha llevado a los responsables de Facebook a extremar las medidas de seguridad. Pero también hay redes de pago destinadas a conocer gente que solo quiere una cosa: sexo. Ahora es tan fácil acceder a Internet porque en cualquier ambiente se localiza un café internet disponible al que se puede ingresar.

- **Violencia Sexual:**

Se entiende por violencia sexual a la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

El abuso sexual es toda “acción sexual que una persona adulta, hombre o mujer, impone sea con engaños, chantajes o fuerza a un niño o adolescente que no tiene la madurez para saber de lo que se trata va desde miradas, palabras, mostrar láminas, tocar o pedir ser tocado, caricias en el cuerpo o en los genitales hasta la penetración”⁹.

Puede existir abuso sexual entre miembros del grupo familiar; a esto se le conoce como incesto, que es el contacto sexual entre familiares, consanguíneos o afines. Esta relación puede ocurrir con o sin consentimiento de una de las personas, aunque los actos sexuales frecuentemente se presentan con acoso, con violencia física e incluso con violación, puede tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, e incluye a mujeres y hombres, ambos como víctimas y agresores.

“En la víctima de violación, puede existir sentimientos de culpabilidad; en esos momentos, la víctima tiene como prioridad el proteger su integridad física y hasta la

⁹ CONACMI. “*Las representaciones sociales sobre el abuso sexual con énfasis en el Incesto*”. 2007. Pág. 13.

vida. Para lograr este objetivo, se ve obligada a participar en actividades en contra de la voluntad; en algunas ocasiones durante el asalto sexual, otras personas resultan afectadas, pueden haber homicidios o heridos de por medio; lo que los lleva a que la víctima pueda sentirse culpable y responsable del daño que los demás han sufrido. Dicho sentimiento se denomina culpa del sobreviviente¹⁰.

1.1.2.5.3 Factores Emocionales:

Dentro de estos factores que se asocian a la actividad sexual en la adolescencia se encuentra la baja autoestima, la inseguridad, el temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida o un déficit en el nivel de control de emociones. Las jóvenes experimentan sentimientos de soledad, de poca confianza en sí mismas que intentan suplir con las relaciones íntimas con el otro sexo. La baja autoestima y el sentimiento de rechazo por el grupo de amigos se asocian a una mayor probabilidad de embarazo no deseado en la adolescencia. En la adolescencia la mayoría de los jóvenes se sienten incomprendidos por los padres, por lo que buscan el apoyo en sus amigos o al tener novios. La adolescencia es una etapa en la que se producen cambios vertiginosos de humor, estos cambios se deben al desfase entre la explosión de la actividad neuronal y la inmadurez emocional de la adolescencia, cambios que ni los padres ni los propios jóvenes comprenden.

1.1.2.5.4 Madurez/Inmadurez:

La madurez es el punto culminante de un proceso de crecimiento y desarrollo, que consiste en la integración de muchas y muy diversas cualidades; y que implica a toda la persona humana, desde lo físico, lo psicológico y lo espiritual; con esto logra una armonía y una proporción entre el modo de vivir y la naturaleza humana.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se considera que cada adolescente independientemente si ya es madre o no, siempre ha pasar por cada etapa

¹⁰ Rodas, Belia, Oquendo, Aroldo, López, Miguel Ángel, De Torres, Vivian. *"El Maltrato y Abuso Sexual Infantil"*. Guatemala. 2001. Pág. 8.

incluyendo las generalidades, dependencia e independencia y las preocupaciones que los abordan en cada una de ellas.

Las jóvenes, que ya son madres a temprana edad, se ven obligadas a cambiar su forma de vida y a contraer obligaciones mucho más fuertes como criar a un hijo. Muchos sueños y metas se ven truncadas, las relaciones con padres e incluso con los amigos ya no son iguales, algunas tienen que empezar a trabajar para poder mantener a sus hijos; este cambio de vida puede contraer muchas dificultades tanto emocionales, psicológicas y económicas a la nueva madre joven. En las madres adolescentes pueden suscitar varios sentimientos como por ejemplo: baja autoestima, inseguridad, temor, rechazo, culpabilidad, soledad, falta de confianza y estos sentimientos pueden llevar a la madre a no sentir amor por ella y el hijo, miedo de cómo enfrentar la nueva vida, ideas de suicidio, ideas de maltrato, abandono, etc. Por lo cual se considera la importancia que estas madres puedan recibir alguna atención psicológica individual y grupal e incluso podría ser familiar.

1.1.2.6 Atención Psicológica

La atención psicológica brindada por el profesional, pretende facilitar al consultante que preste atención, sea consiente sobre los procesos internos que ocurren en él, que los conozca, y solo después evalúe qué hacer con aquello que observó en sí.

Los psicólogos pretenden explicar cómo se percibe, aprende, recuerda, resuelven problemas, se comunica, siente y se relacionan con otras personas, desde el nacimiento hasta la muerte, en relaciones íntimas y en grupo. “La meta de la terapia es ayudar a la persona a lograr el funcionamiento óptimo, abrirse a sus experiencias y a sí misma, al mismo tiempo enseñarle técnicas de afrontamiento”¹¹.

¹¹ Morris, Charles; Maisto, Albert A. “*Psicología*”, 12ª. Edición, Editorial Pearson, México. 2005. Pág. 529.

1.1.2.6.1 Tipos de Atención Psicológica:

- **Psicología Clínica y de la Salud:**

Se encarga de explicar, evaluar, prevenir y tratar los trastornos mentales así como otros trastornos que tengan que ver con la salud. Los ámbitos que abarca son: clínica privada, instituciones públicas, colaboración con trabajadores sociales. Los psicólogos clínicos diagnostican y tratan problemas emocionales y conductuales, que fluctúan de leves a muy graves.

- **La Psicoterapia Familiar:**

Es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, primario, la familia; su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico; el objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar sino más bien crear una nueva manera de vivir.

En la evaluación familiar se realiza una o más entrevistas familiares para establecer la estructura y proceso de la interacción familiar para determinar como la familia influencia y es influenciada por la conducta y síntomas de sus miembros y para reunir los datos necesarios para decidir si el tratamiento de familia es posible e indicado.

1.1.2.7 Autorrealización de la Madre Adolescente

La autorrealización significa vivencia plena, vívida, y desinteresadamente, con una concentración y absorción totales. Considera que el ser humano tiene una vida más plenamente humana, mirar dentro de sí mismo en busca de respuestas, implica asumir responsabilidad. Las personas autorrealizadas tienen, satisfechas todas sus necesidades básicas, de pertenencia, afecto, respeto y autoestima.

Se considera a "la vida como un proceso de elecciones sucesivas; en cada instante

existe una elección progresiva o una elección regresiva; se puede orientar hacia la defensa, la seguridad o el miedo. En el lado opuesto, está la opción de crecimiento; elegir el crecimiento en lugar del miedo doce veces al día, significa avanzar doce veces al día hacia la autorrealización”¹².

La autorrealización no es únicamente un estado final, sino también un proceso de actualización de las propias potencialidades, en cualquier momento, en cualquier grado, supone hacer bien aquello que uno quiere hacer. Descubrir quién es uno, qué es, qué le gusta, qué no le gusta, qué es bueno o malo para uno, hacia dónde va y cuál es su misión, abrirse para sí mismo, significa desenmascarar la psicopatología; quiere decir identificar las defensas, y después de haberlas identificado, significa encontrar coraje para renunciar a ellas.

1.1.2.8 Valoración en la Persona Madura

El proceso de valoración que desarrolla una persona madura se parece mucho en algunos aspectos al del niño, y en otros es totalmente diferente. Es fluido, flexible, basado en el momento particular y en el grado en que este momento se vive como enriquecedor y gratificante. Los valores no son rígidos, sino que están en continuo cambio.

La propia experiencia le proporciona los informes o la realimentación para los valores, pero no significa que no esté abierto a otras informaciones provenientes de fuentes diversas y las toma como lo que son, pruebas ajenas a la experiencia. También como el niño, “la persona psicológicamente madura confía y utiliza la sabiduría del organismo, con la diferencia de que esta última lo hace conscientemente. Tiene presente que sí puede confiar en sí misma, en los sentimientos e intuiciones pueden resultar más sabios que su mente. Como persona total puede ser más sensible y precisa que como ser pensante”¹³.

¹² Maslow, Abraham H. “*La Personalidad Creadora*”. 7ª. Edición, Editorial Kairós, Barcelona, 2001. Pág. 320.

¹³ Rogers, Carl; Freiberg, H. Jeronome. “*Libertad y Creatividad en la Educación*”. 3ª. Edición. Editorial Paidós Ibérica, S.A. Barcelona, España. 2003. Pág. 323.

1.2 Delimitación

La investigación se realizó con 25 mujeres que son madres a temprana edad comprendidas en las edades de 13 a 18 años en la Clínica del Niño Sano, Hospital Roosevelt, ciudad de Guatemala. Se realizó durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2011 contando con el apoyo de las autoridades de dicha institución, personal que labora en la Clínica y las madres adolescentes seleccionadas.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

2.1.1 Entrevista Semiestructurada

Se entrevistó de forma individual a 25 madres adolescentes comprendidas entre las edades de 13 a 18 años de edad. Con esta se evaluó 4 aspectos de la vida: Cultural: con el cual se determinó el nivel de escolaridad de la madre adolescente; Psicológico: integrado por 15 preguntas con las cuales se obtuvo información en referencia a las emociones, frustraciones, metas y situación actual de la madre adolescente; Económico: integrado por 7 preguntas con lo que se evaluó la situación financiera de la madre adolescente y Sexual: integrado por 8 preguntas en donde se obtuvo información de la vida sexual activa de la madre adolescente y la responsabilidad que esta tiene con respecto a su propio cuerpo.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Prueba de Psicodiagnóstico

A cada madre adolescente se le aplicó el test de la Figura Humana en forma individual, aproximadamente durante 30 minutos. Al inicio se le explicó el propósito y posteriormente se le leyeron las instrucciones. Al finalizar los dibujos se le pidió que contestara algunas preguntas del sociodrama de la figura humana.

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del Lugar y de la Población

3.1.1 Características del Lugar

Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt, es una institución del estado, está ubicada en la 6ta av. 3-10 zona 11 entrada principal del Hospital Roosevelt, la atención que presta es gratuita.

Cuenta con diferentes áreas para atender a niños de 0 a 12 años dependiendo de sus afecciones, estas son: 9 clínicas para la consulta de Niño Sano Pediatría, 1 clínica para Estimulación Temprana, 1 clínica para Nutrición, 1 clínica para Seguimiento Especial, 1 clínica para Plan Canguro, 2 clínicas para Odontología, 2 clínicas para Neurología, 1 clínica para Endocrinología, 1 clínica para Neumología, 1 clínica para Cardiología, 1 clínica para Genética, 1 clínica para Vacunación; área específica para Psicología y área específica de Quemaduras Infantiles, 3 Salas de Espera, 1 Admisión, 1 Sala de Estimulación Temprana en donde esperan la consulta. La institución cuenta con áreas verdes.

3.1.2 Características de la Población

Madres adolescentes comprendidas entre las edades de 13 a 18 años de edad.
Madres que llevan a consulta a sus hijos (as) a la Clínica del Niño Sano.

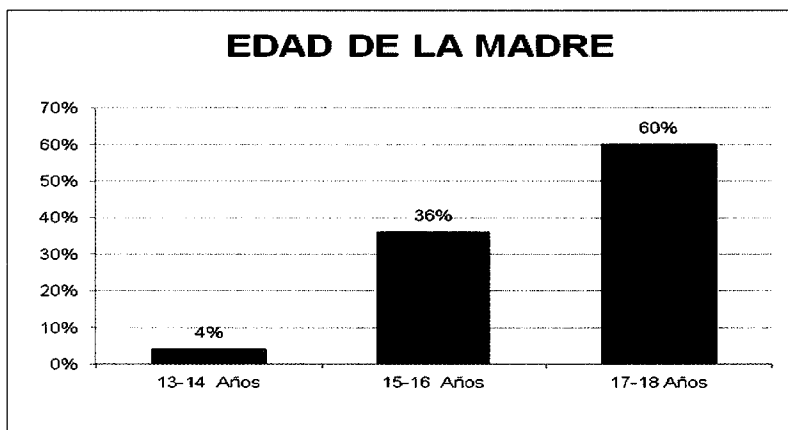
3.2 Presentación de Resultados

A continuación se presenta la información obtenida a través de la Entrevista Semiestructurada y el Test de la Figura Humana realizada a 25 madres adolescentes comprendidas entre las edades de 13 a 18 años de edad que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt, así como el análisis e interpretación de resultados de acuerdo a los aspectos a estudiar.

3.2.1 Entrevista Semiestructurada

- **Aspecto Cultural**

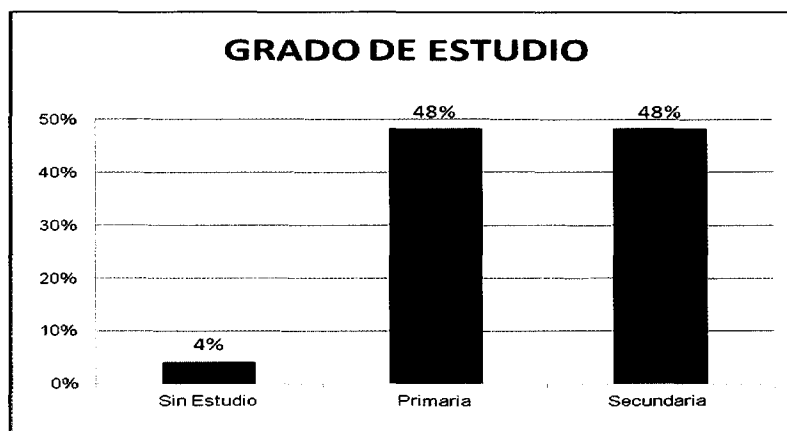
El primer aspecto evaluado es el Cultural el cual nos indica las edades de las madres adolescentes así como el nivel académico en el que se encuentran actualmente.



Gráfica 1. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

En la gráfica 1 se puede observar que el 4% de las madres adolescentes se encuentra entre las edades de 13 a 14 años, etapa en donde se observan grandes cambios corporales y funcionales; el 36% entre las edades de 15 a 16 años en esta etapa la adolescente ha completado su crecimiento y desarrollo corporal, para muchos la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual y 60% se

encuentran entre las edades de 17 a 18 años; esto significa que la mayor parte de adolescentes quedó embarazada entre las edades de 15 a 16 años; período de máxima relación con los pares, inicio del noviazgo con permiso o sin permiso de los padres, período de experimentar, etapa de conflictos con los padres. Edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo; muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.



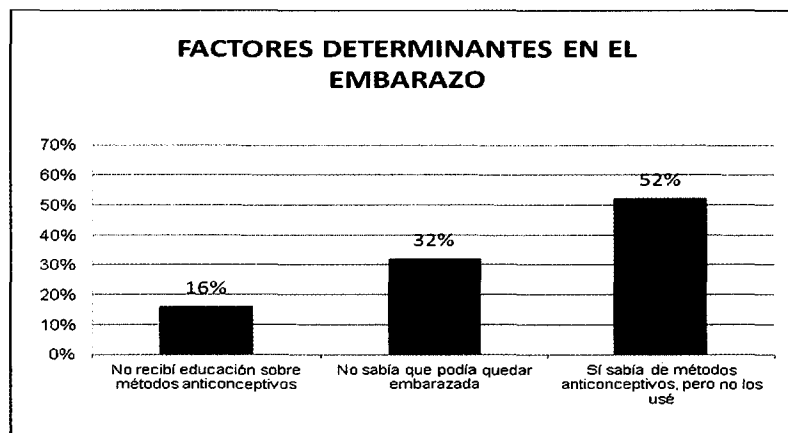
Gráfica 2. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

En la gráfica 2 se observa que el 4% de las madres adolescentes entrevistadas no cuenta con ningún grado de estudio tal y como se indica, ya que han tenido que realizar trabajos domésticos para ayudar a sus familias y/o tienen que quedarse en casa a cuidar a sus hermanos menores quienes son los que reciben la educación; también se debe a que no les agradó asistir a la escuela y recibir el adiestramiento necesario para contar con una vida con mejores oportunidades; el 48% cuenta con estudios a nivel primaria, algunas madres indican que solo llegaron a 3ro. primaria debido a que ellas no desearon continuar el estudio por falta de motivación propia, discriminación, falta de incentivos ya que su situación económica no les permitió continuar ya que no contaron con los recursos necesarios y otras más lograron llegar a 6to. primaria y el otro 48% de las jóvenes cuenta con estudios secundarios aunque

debido al embarazo fue necesario abandonar los estudios. La maternidad temprana restringe seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes, por consiguiente, limita sus perspectivas de empleo.

- **Aspecto Psicológico**

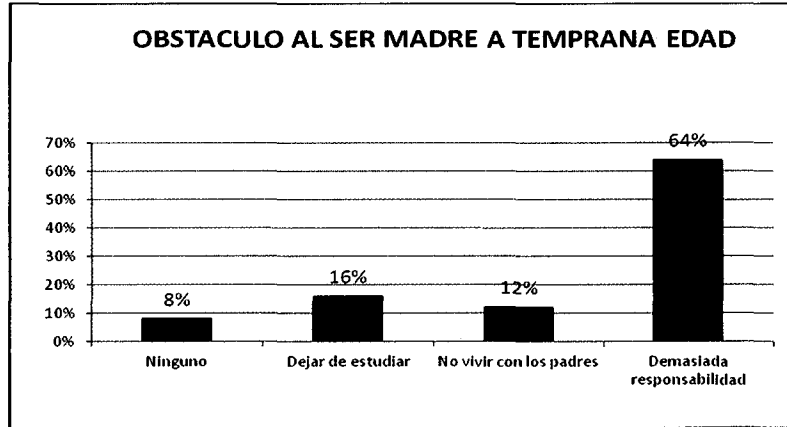
El segundo aspecto evaluado es el Psicológico, en el encontramos los factores que las llevaron a quedar embarazadas a temprana edad.



Gráfica 3. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

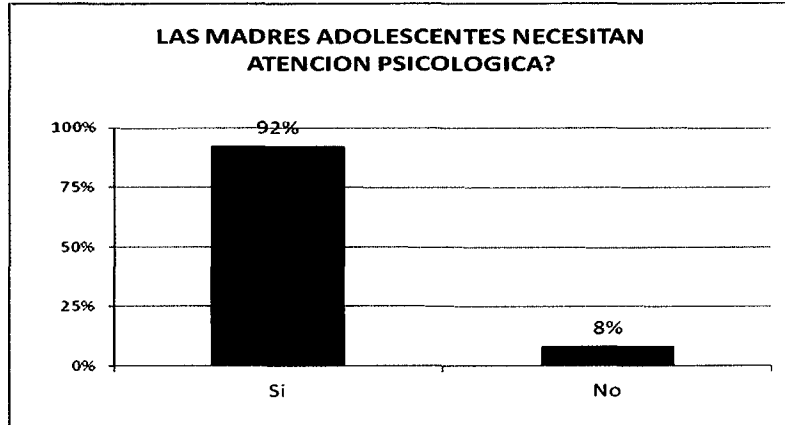
En la gráfica 3 vemos que el 16% de las madres adolescentes no sabían sobre métodos anticonceptivos, factor determinante que las condujo a quedar embarazadas a temprana edad, una educación limitada sobre el comportamiento sexual responsable o bien la recepción inadecuada de filtros desinformados; el 32% de las madres indican que no sabían que podían quedar embarazadas en su primera experiencia sexual y que no había recibido educación sexual ni en escuela ni en casa, y el 52% de las madres informó que si tenían conocimiento de métodos anticonceptivos pero que a pesar de eso no los utilizó ya que actuaron de mutuo acuerdo con la pareja con la intención de que al momento de concebir este sería el lazo que los uniría y así sería inevitable la separación, lamentando en algunos casos que fueran separados tajantemente por parte de los padres de la menor y que al

momento aún no existe posibilidad de acercamiento con su pareja como tampoco de sus pequeños hijos con su padre. En otros casos la pareja no se hizo responsable por el menor.



Gráfica 4. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

La gráfica 4 nos informa que para el 8% de las madres entrevistadas no existe obstáculo alguno el haber procreado a un hijo a temprana edad, el 16% indicó que debido a su temprano embarazo fue necesario el retiro de sus centros de estudio restringiéndole así sus oportunidades educativas, el 12% lamenta que uno de los obstáculos que ha encontrado es el tener que abandonar el hogar de los padres para enfrentarse a una vida independiente con la pareja o bien cambiarlo por el hogar de su familia ahora política y finalmente el 64% indica que ha adquirido más responsabilidades que nunca se imaginó, que el hecho de haber tenido un bebé le aumentó las tareas que de soltera escasamente realizaba y que ahora parte del bienestar de su hijo o hija depende de ella si no es que es completamente de ella en el caso de las madres solteras.

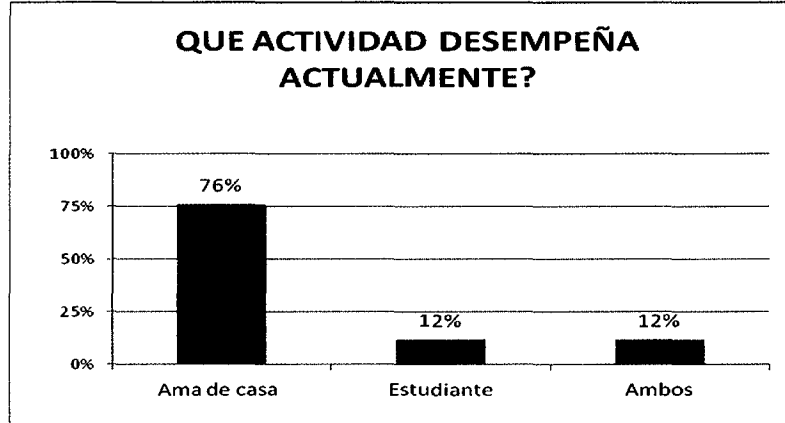


Gráfica 5. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

De acuerdo a la gráfica 5 el 92% de las madres adolescentes entrevistadas indican que necesitan de atención psicológica ya que muchas de ellas carecen de madurez tanto física como psicológica, su apresurado cambio de adolescente a madre ha sido el causante de factores emocionales y psicológicos que afectan a la madre adolescente como la depresión, baja autoestima las cuales causan sentimientos de inseguridad, temor, rechazo, culpabilidad, soledad, falta de confianza; un 8% creen que no necesitan de ayuda ya que de acuerdo a la madurez alcanzada confían que las actividades hasta el momento las han realizado adecuadamente.

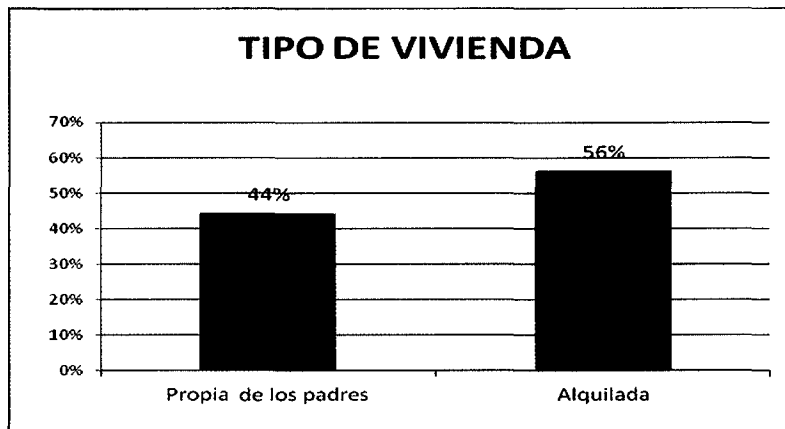
- **Aspecto Socioeconómico**

Otro aspecto evaluado y muy importante de tomar en cuenta ante la situación del embarazo en la adolescencia es el socioeconómico ya que la mayor parte de madres entrevistadas no pudieron continuar con sus estudios y actualmente se dedican a ser amas de casa; es muy importante observar que las que sí continuaron sus estudios y formación lo hacen con el mejor deseo de adquirir un empleo justo que le brinde mejoras en sus condiciones económicas.



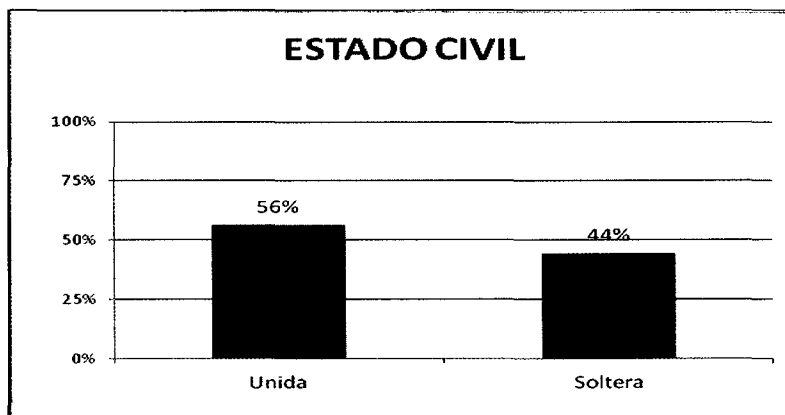
Gráfica 6. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

En la gráfica 6 se detalla que para el 76% de las madres adolescentes la actividad que actualmente realiza es de ama de casa, manifiestan que ahora han adquirido el compromiso de mantener al día sus quehaceres de la casa, elaboran los alimentos tanto para la pareja como para los hijos, se encargan del cuidado de los hijos y que administran de alguna manera los ingresos que hay en la familia, otras, los padres le proveen todo a ella y al hijo y en cambio ellas se quedan en casa haciendo los oficios domésticos; ninguna de ellas realiza una actividad diferente; el 12% aún continúan sus estudios ya que el deseo es superarse para el bien tanto de ellas como de los hijos, algunas de ellas con el apoyo de los padres, el 12% restante realiza ambas actividades: amas de casa y estudiantes, quienes responsablemente están retomando los estudios, refieren que al continuar con los mismos tendrán un mejor futuro los hijo o hija y personalmente ellas desean alcanzar las metas de tener una carrera digna para trabajar y no ser explotadas.



Gráfica 7. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

En la gráfica 7 se describe que el 44% de las madres adolescentes habitan en casa de los padres ya sea de la familia natural o de la familia política las que han tenido que partir de casa para continuar la vida con la pareja y el 56% restante habita en apartamentos o casas alquiladas igualmente que en el caso anterior de padres biológicos o padres políticos o por cuenta de los propios recursos como la nueva familia que han formado, la mayoría son viviendas que cuentan con todos los servicios sanitarios y con elementos indispensables para formar una vivienda cómoda y confortable.

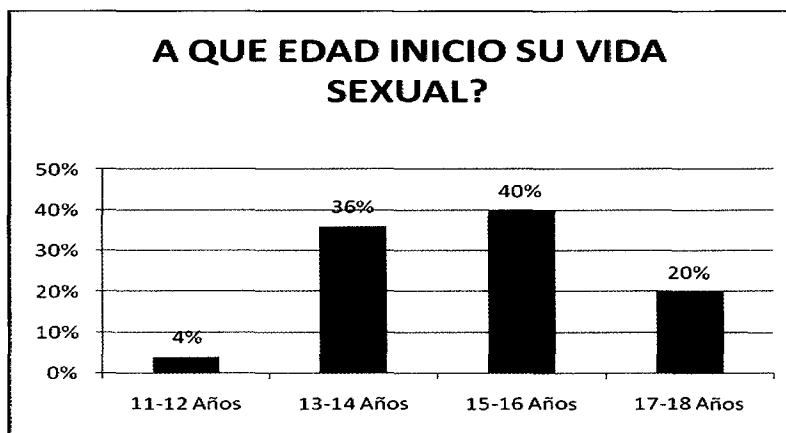


Gráfica 8. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

Como lo indica la gráfica 8 a consecuencia del embarazo prematuro el estado civil de algunas de las adolescentes cambia y el 56% de las madres entrevistadas asumió la responsabilidad de establecer una familia por medio de la unión de hecho; el 44% aun continúa solteras, algunas debido a que la pareja de alguna manera rechazó todo tipo de relación al enterarse del embarazo, otras que fueron enfrentadas por los padres quienes de igual manera rechazan cualquier tipo de vínculo con otra familia y obligan a que las hijas, madres adolescentes continúen bajo el cargo de la familia y unas más que no desearon unirse a las parejas indicando que el embarazo no debe ser causa de la unión de dos personas.

- **Aspecto Sexual**

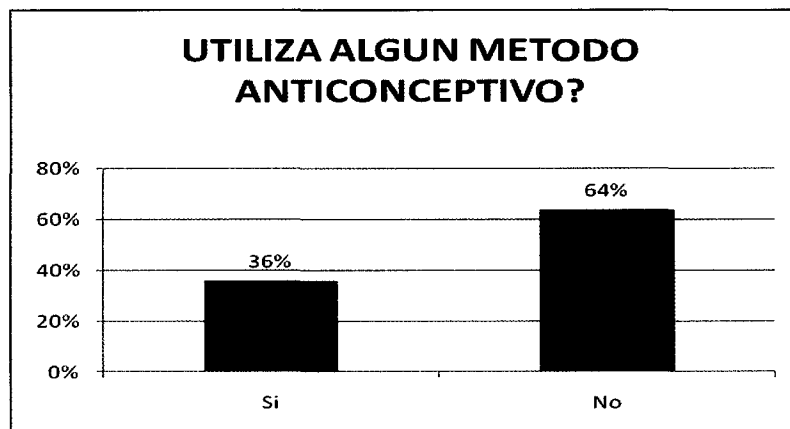
El último aspecto evaluado no así el menos importante de todos es el de la sexualidad, la mayoría de madres adolescentes entrevistadas comentan que los padres, primeros responsables en materia educativa, no hablaron temas de sexualidad, la única información de sexualidad que recibieron fue por pláticas que alguna vez impartieron en sus centros de estudio, de sus amigos o por medios de comunicación.



Gráfica 9. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

En la gráfica 9 se observa que el 4% de las madres adolescentes entrevistadas inició una vida sexual cuando aún se encontraban en la etapa de la adolescencia

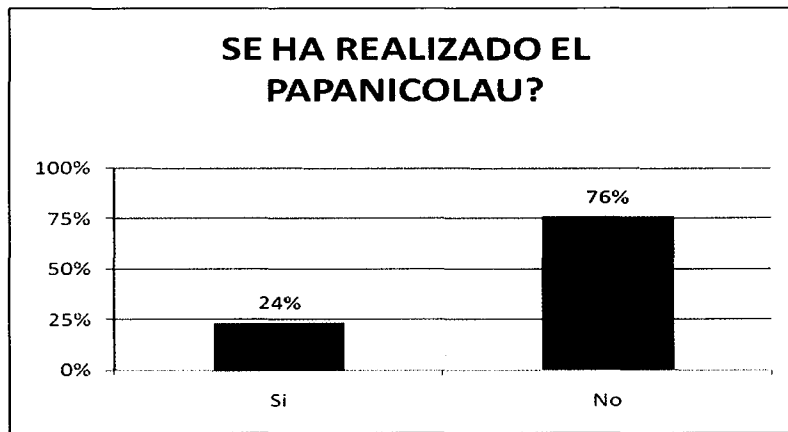
temprana en donde inician los cambios corporales y funcionales del organismo que aun no tiene la madurez para hacer controlar los impulsos, el 36% y el 40% se encuentran en la etapa de la adolescencia media que para muchos es la edad promedio para el inicio de experiencia y actividad sexual, sin embargo el embarazo en esta etapa se considera de peligro en la salud de la joven y del bebe. Las madres adolescentes corren mayor riesgo de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia y alta presión arterial. Entre los riesgos que los bebes corren se pueden mencionar, prematuridad, bajo peso al nacer, problemas neurológicos, cardiológicos. Y el 20% de las madres adolescentes se encuentran en la adolescencia tardía en donde adquieren mayor importancia y madurez sus relaciones íntimas en el cual crean el propio sistema de valores y alcanzan su identidad sexual.



Gráfica 10. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

En la gráfica 10 se indica que el 36% de las madres entrevistadas si utiliza algún método anticonceptivo, entre ellos la Pastilla Oral, la Inyección siendo el más común el Condón; el siguiente grupo de madres adolescentes el 64%, manifiestan que como no cuentan con pareja no es necesario utilizarlo, pero que en cuanto la tuvieran si estarían dispuestas a utilizar algún método para espaciar cualquier embarazo cercano a su primer hijo. En cuanto al uso del condón es importante

hacerles ver que su uso es de doble protección, la primera es para prevenir ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) incluido el VIH/SIDA y la otra como Planificación Familiar; así como esta información es necesario ampliarles todo con respecto a sexualidad para tomar responsabilidad sobre su actividad sexual evitando tanto ITS como embarazos involuntarios y asegurar un amplio acceso a salud reproductiva con programas de planificación familiar.



Gráfica 11. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

De acuerdo a la Gráfica 11 y tal como anteriormente se ha dicho que es necesario que la información y educación sexual debe ser de fácil acceso para disminuir conductas de alto riesgo, ya que únicamente el 24% de las madres adolescentes entrevistadas se ha realizado el Papanicolaou responsablemente ya que saben y entienden que a través de él se pueden detectar y prevenir algunas enfermedades propias de la mujer; el 76% restante no se lo realiza por desinformación, desinterés o porque no cree que sea necesario por no contar con una pareja sexualmente activa.

3.2.2 Test del Dibujo de la Figura Humana

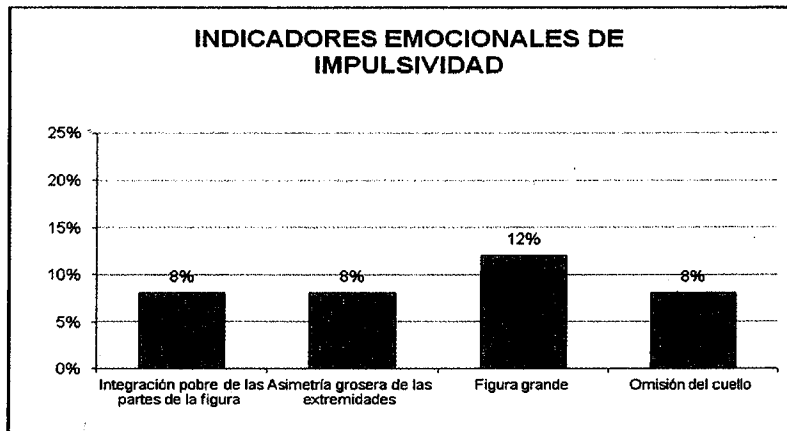
El test del DFH es un test gráfico que permite la detección rápida de perturbaciones emocionales. Este dibujo permite analizar especialmente aspectos de la personalidad de las madres adolescentes evaluadas en relación a su auto-concepto, a su imagen corporal y a su estado emocional actual.

En lo que se refiere a los indicadores emocionales (IE) de las madres adolescentes evaluadas los que se presentan con mayor porcentaje son los (IE) de ansiedad, timidez, agresividad, con un menor porcentaje los indicadores de impulsividad e inseguridad. Se hace énfasis que dentro de la calificación de DFH también se presentaron indicadores de culpabilidad, aislamiento social, dependencia, inmadurez, falta de autoconfianza, actitudes derrotistas, relaciones personales insatisfactorias. Se cree que los (IE) de los DFH reflejan las actitudes y preocupaciones así como su conducta manifiesta y sus síntomas revelan mucho de las actitudes y ansiedades subyacentes. El dibujo total y la combinación de varios signos e indicadores deberían ser considerados siempre, luego deberían analizarse, tomar en cuenta la edad, maduración, estado emocional, nivel socio-cultural, evaluar y hacer la relación con datos disponibles de otros test.

A continuación se presenta el análisis e interpretación de resultados de los indicadores que más se presentaron:

- **Indicadores Emocionales de Impulsividad:**

Tendencia a actuar espontáneamente, casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración, control interno débil, inconsistencia; a ser expansivo y a buscar gratificación inmediata. La impulsividad se relaciona, por lo común, con el temperamento de los jóvenes con inmadurez. Se ven reflejados en: integración pobre de las partes de la figura, asimetría grosera de las extremidades, figura grande, omisión del cuello.



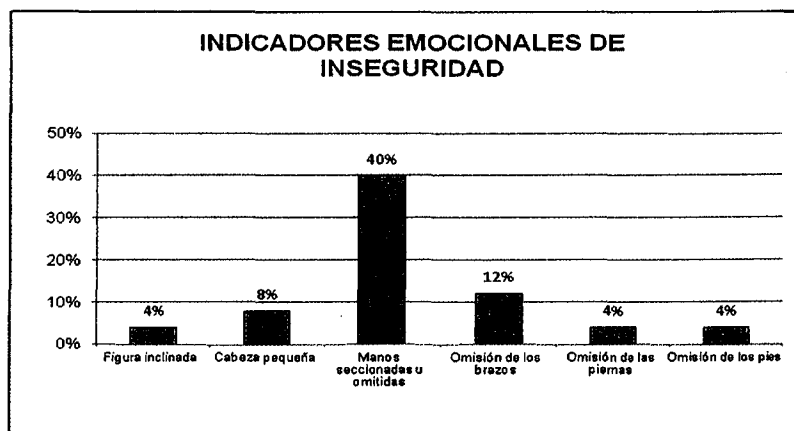
Gráfica 12. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

En la gráfica 12, el 8% de las madres adolescentes evaluadas muestran integración pobre de las partes de la figura lo cual es un indicador de poca coordinación e impulsividad, el 8% nos indica asimetría gruesa de las extremidades que se entiende como agresividad; el 12% demuestra que con la realización de figuras grandes se asocia a conductas expansivas, de tipo impulsivo, con poco autocontrol, también inmadurez y con el 8% que presenta la omisión del cuello está relacionada con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.

De acuerdo a las características encontradas en los dibujos de las madres adolescentes y por los rangos de edad se puede evidenciar al relacionar los ítems del indicador emocional que este rasgo de impulsividad está presente en las madres adolescentes, ya que para la edad se espera que el dibujo esté completo y tenga proporción en el tamaño y forma de las partes, lo cual no ocurre en muchos de ellos.

- **Indicadores Emocionales de Inseguridad:**

Implica un autoconcepto bajo, falta de seguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. Se ven reflejados en: figura inclinada, cabeza pequeña, manos seccionadas u omitidas, omisión de los brazos, de las piernas y de los pies.

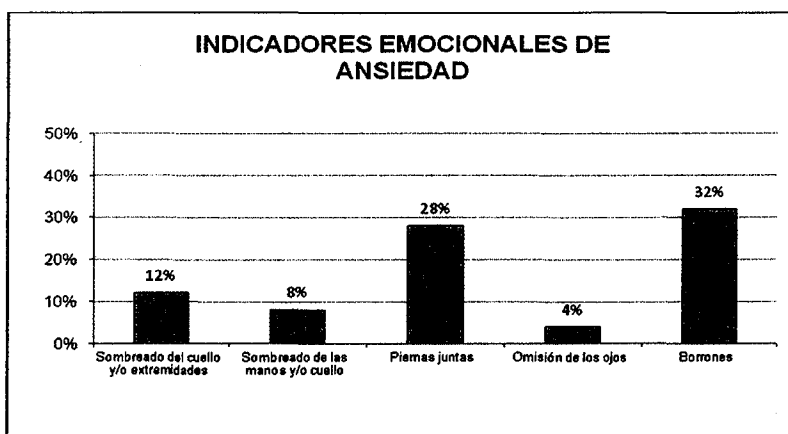


Gráfica 13. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

La elaboración de la figura inclinada como se describe en la gráfica 13 con un 4% indica inestabilidad y falta de equilibrio general; la cabeza pequeña con un 8% muestra inadecuación intelectual; las manos seccionadas u omitidas es el ítem con un porcentaje más alto con un 40% está relacionado con sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, falta de control, dificultad de contacto social; el ítem de omisión de los brazos con un 12% refleja ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptables; la omisión de la piernas ocupa un 4% que refleja intensa angustia; el 4% que ocupa la omisión de los pies refleja sentimientos de inseguridad, incapacidad, desamparo y desesperanza.

- **Indicadores Emocionales de Ansiedad:**

Tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo (ansiedad corporal), a las acciones, al futuro; preocupación, inestabilidad, aflicción; estado prolongado de aprensión. Se ven reflejados en: sombreados, borrones, piernas juntas, trazo indeterminado. Indicadores emocionales de timidez, conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en sí mismo; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente, a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas. Se ven reflejados en: figura pequeña, brazos cortos, brazos pegados al cuerpo, omisión de la nariz, omisión de la boca, omisión de los pies.

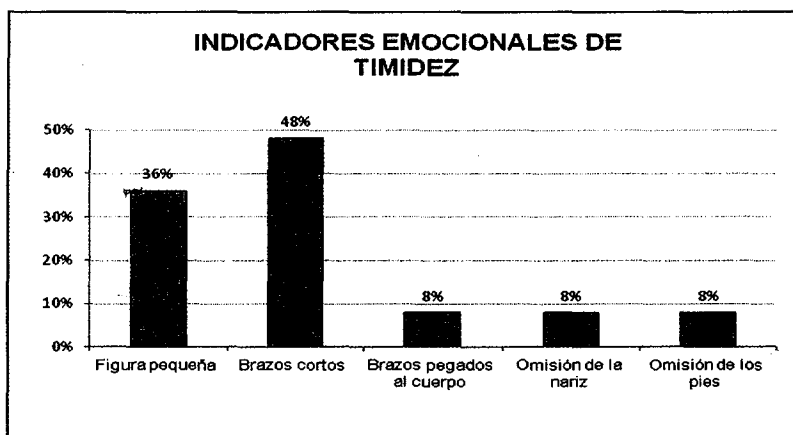


Gráfica 14. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

El sombreado en el DFH está relacionado a problemas emocionales, timidez, o agresividad a esfuerzos por controlar los impulsos y conductas de retraimiento. Las borraduras se relacionan con ansiedad asociada al área que borra así como a conflictos emocionales. En la gráfica 14, el 12% de las madres adolescentes evaluadas en el ítem de sombreado en cuello y/o extremidades está asociado en términos generales, se considera expresión de ansiedad e inseguridad general frente al mundo de los adultos, el 8% indica sombreado de las manos y/o cuello el cual está asociado a angustia por actividad real o fantaseada con las manos, culpabilidad con relación a impulsos agresivos o actividades masturbadoras. En un porcentaje más alto, con un 28% realizó el DFH con las piernas juntas está indicando tensión, rigidez, dificultad en el contacto de impulsos. Temor a sufrir ataque sexual o deseo reprimido de ataque sexual. Y con un porcentaje más bajo con el 4% elaboró su DFH omitiendo los ojos, asociado a personas aisladas que tienden a refugiarse a la fantasía porque no pueden aceptar una realidad dolorosa o frustrante.

- **Indicadores Emocionales de Timidez:**

Conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en sí mismo; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente, a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas. Se ven reflejados en: figura pequeña, brazos cortos, brazos pegados al cuerpo, omisión de la nariz, omisión de la boca, omisión de los pies.



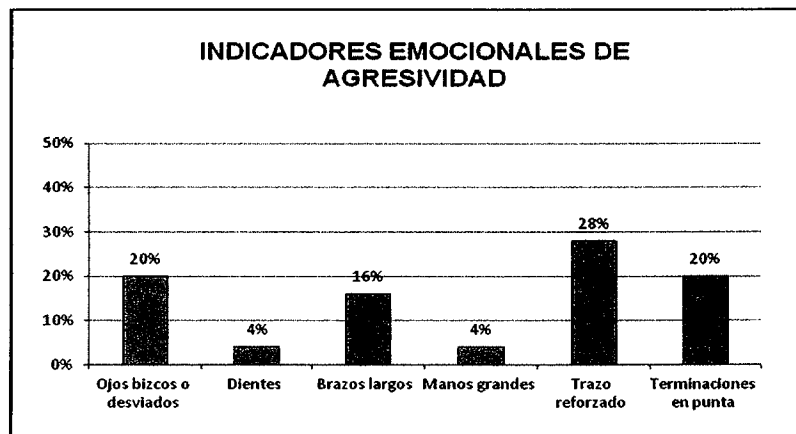
Gráfica 15. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

De acuerdo a la gráfica 15 el 36% de las madres adolescentes evaluadas realizó el dibujo de un tamaño pequeño de acuerdo al rango normal que se esperaba que lo hiciera, esta se asocia a timidez, inseguridad, sentimientos de inadecuación, retraimiento o depresión, carencia de valores o de reconocimiento como persona, desconfianza, soledad, temor, sentimientos de inferioridad, ansiedad, vergüenza. En una cantidad más alta con el 48% las jóvenes realizaron el DFH con los brazos cortos los cuales se asocian a dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas, tendencias hacia el retraimiento y a la inhibición de los impulsos, sentimientos de impotencia y desamparo. El 8% elaboró su DFH con los brazos pegados al cuerpo asociado a control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás y a la necesidad de defensa ante los ataques del ambiente externo. El siguiente ítem con un 8% omitió la nariz asociado a conducta retraída, timidez, ausencia de agresividad, sentimientos de inadecuación, con escaso interés social y

a pacientes psicosomáticos. Y también con un 8% las madres adolescentes omitieron los pies, asociado a sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.

- **Indicadores Emocionales de Agresividad:**

Conducta cuya finalidad es causar daño a un objeto o persona. La conducta agresiva en el sujeto puede interpretarse como manifestación de un instinto o pulsión de destrucción, como reacción que aparece ante cualquier tipo de frustración o como respuesta aprendida ante situaciones determinadas. Se ven reflejados en: brazos largos, manos grandes, trazo reforzado, terminaciones en punta.

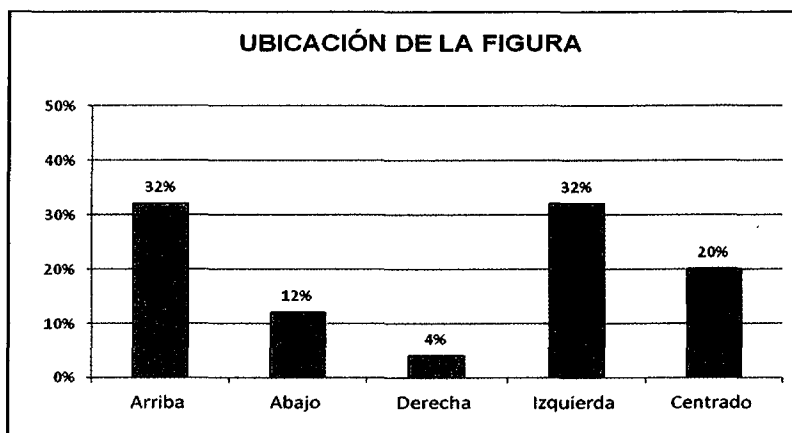


Gráfica 16. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

De acuerdo a la gráfica 16, observamos que el 20% de las madres adolescentes evaluadas realizaron su DFH con ojos bizcos o desviados asociados a personas muy hostiles hacia los demás; un 4% le colocó dientes al dibujo el cual se asocia a agresividad, enojo, rivalidad severa, abuso físico; el 16% con brazos largos en la DFH que se asocia a agresión dirigida hacia afuera, ambición; otras más, el 4% lo elaboró con manos grandes las cuales revelan conducta compensadora de sentimientos de inadecuación, insuficiencia manipuladora y/o dificultad para establecer contacto con otros; el 28% realizó trazos reforzados/fuertes asociado a violencia, liberación instintiva, impulso dirigido hacia afuera: agresión, tensión

interna. Excesivamente largos asociado a agresividad; el 20% elaboró los brazos o manos con terminaciones en punta lo cual se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía.

- **Ubicación de la Figura**



Gráfica 17. Fuente: Madres adolescentes comprendidas en las edades de 13 a 18 años que acuden a la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

En la gráfica 17 y de acuerdo a los DFH observados se indica que el 32% de las madres adolescentes realizó el mismo en el sector superior de la página, se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores, idealistas, optimistas. a) probable que sienta que realiza un gran esfuerzo que su meta es casi inalcanzable b) que busca satisfacciones en la fantasía y no en la realidad c) que se mantenga distante y relativamente inaccesible; el 12% lo realizó en el sector inferior de la página lo cual se relaciona con instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión y apatía, inseguridad, inadaptabilidad, actitudes derrotistas; el 4% lo realizó en el sector derecho de la página el cual puede corresponder a las metas en relación al futuro, la persona se encuentra ubicada en su medio, probable que tenga un comportamiento estable y controlado; e siguiente 32% lo elaboró en el sector izquierdo de la página relacionado con el pasado, tendencias regresivas, desarrollo truncado por factores

externos, introversión y orientación hacia sí mismo, probable que tienda a comportarse compulsivamente y busque la satisfacción inmediata, franca emocional de sus necesidades e impulsos y el restante 20% lo realizó en el sector del centro, indica conducta emotiva, autodirigida y centrada en sí mismo, auto-seguros.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- En base a la investigación realizada se concluye que las madres adolescentes necesitan de atención psicológica debido a que la mayoría presenta rasgos de personas deprimidas, culpables, tímidas, inhibidas socialmente, inmadurez emocional, inseguridad, sentimientos derrotistas.
- Es de vital importancia impartir a las madres adolescentes talleres educativos en cuanto cuidado personal, salud sexual y reproductiva.
- El embarazo en adolescentes es una realidad que se enfrenta y que aqueja a las familias guatemaltecas, es un problema de salud pública que implica factores socio-culturales y económicos que comprometen a la madre y al hijo.
- La maternidad temprana restringe seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limita sus perspectivas de empleo.
- La desinformación e ignorancia sobre el uso de métodos anticonceptivos es un factor determinante que condujo a estas madres a quedar embarazadas. Otro factor importante es la relación familiar que en la mayoría de los casos hay falta de comunicación, de apoyo e interés en sus hijas.
- La mayoría de las madres adolescentes no se arrepienten de ser madres pero si comentan que el ser madres a temprana edad les ha traído más responsabilidad al tener que dedicarse a cuidar y criar a su hijo o hija, lo cual no le permite realizar actividades propias de acuerdo a su edad.

- Las madres adolescentes se dedican a ser amas de casa, por lo consiguiente su nivel económico no es estable, solo cuentan con los ingresos de la pareja en su caso o el apoyo de los padres.

4.2 Recomendaciones

- Que en las entidades del Estado dedicadas a la Salud Pública se puedan crear programas dirigidos a la madre adolescente para educarla.
- Motivar a las adolescentes a continuar con sus estudios y prepararse para el futuro, trabajar en conjunto con el departamento de trabajo social para impartir cursos técnicos para estas madres o buscar instituciones que les puedan apoyar con este servicio.
- Organizar la asistencia de la adolescente a la consulta de planificación familiar, con el objetivo de lograr una mejor orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos y la fecundidad.
- Que en la Clínica del Niño Sano, Hospital Roosevelt puedan crear una Clínica de atención psicológica dirigida a la madre adolescente que responsablemente lleva a sus hijos a consulta.
- Que el departamento de trabajo social organice talleres dirigidos a las madres adolescentes en donde ellas en conjunto puedan compartir experiencias de vida, puedan apoyarse y sobre todo educarlas sobre sus derechos como mujer.
- Organizar la atención psicológica y los talleres los días que las madres asisten a consulta con su hijo o hija, para que ellas tengan la oportunidad de recibir la atención y que el factor económico no sea un obstáculo para que no asista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bertolino, Bob **"Terapia Orientada al Cambio con Adolescentes"**. 3ª Edición. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona, España, 2006. Págs. 299.
2. Cáceres Carrasco, José **"Relación de pareja en Jóvenes y Embarazos no deseados"**. Editorial Psico, 2004. Págs. 265.
3. Confort, Alex; Confort, Jane. **"El Adolescente, Sexualidad, Vida Crecimiento"**. 3ª. Edición, Editorial Grafos, S.A. Barcelona, España. 1990. Págs. 119.
4. Espinosa A, Mejía G. **"Adolescencia"**. Compendio de Medicina General. Ed. Martín Abreu, L. Méndez Editores S.A. de C.V. México 2000; Págs.31.
5. Flores Gularte, María Alejandra. **Aportes "Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para Orientadores del MINEDUC"**. 2008.
6. Giordani, Bruno. **"La Relación de Ayuda de Rogers a Carkhuff"**. Editorial Desclee de Brouwer, S.A. España, 1997. Págs. 340.
7. González Barrón, Remedios. **"Psicopatología del Niño y del Adolescente"**. Ediciones Pirámide. Madrid, España. 2,000. Págs. 338.
8. González Rey, Fernando Luis. **"Investigación Cualitativa en Psicología"**. International Thompson Editores, S.A.de C.V. México, 2000. Págs. 705.
9. Hoffman, Lois y otros. **"Psicología Del Desarrollo Hoy"**. Ed. Mc. Graw Hill. España.1996. Págs. 503.
10. Maslow, Abraham H. **"La Personalidad Creadora"**. 7ª. Edición, Editorial Kairós, Barcelona, 2001. Págs. 477.
11. Molina, R.; Luengo, X. Guarda.; P. González, E. & Jara, G. **"Adolescencia, Sexualidad y Embarazo"**. Serie Científica Médica, 1991, Págs. 29.
12. Molina R.; Pérez Sánchez A.; Donoso Siña E. **"Adolescencia y Embarazo"**. Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edición. Publica. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile. 1992
13. Morris, Charles; Maisto, Albert A. **"Psicología"**, 12ª. Edición, Editorial Pearson, México. 2005. Pág. 691.

14. Murkoff, Heidi e; Eisenberg, Arlene. **"Qué Esperar cuando se está esperando"**. Editorial Norma, Bogotá, Colombia 2005 traducción Acosta Margarita, Capítulo 16 Págs. 768.
15. Nicholas S. DiCaprio, **"Teorías de la Personalidad"**, 2ª. Edición, McGraw-Hill, Págs. 559.
16. Organización Mundial de la Salud **"La Salud de los Jóvenes: un desafío para la sociedad"**. Editorial Gráficas Reunidas. España. 1986. Págs. 25.
17. Rogers, Carl; Freiberg, H. Jeronome. **"Libertad y Creatividad en la Educación"**. 3ª. Edición. Editorial Paidós Ibérica, S.A. Barcelona, España. 2003. Págs. 443.
18. Xandró, Mauricio; Belda Teresa. **"Pareja y Familia"**. 6ª. Edición, Ediciones Xandró, 2007, Págs. 180.

Otras Consultas Realizadas

19. Coll, Ana. **"Control Prenatal de la Madre Adolescente"**, Volumen 51, No.3. Buenos Aires, Argentina, 1993. Págs. 32.
20. CONACMI **"Las representaciones sociales sobre el abuso sexual con énfasis en el Incesto."** Guatemala. 2007. Págs. 27.
21. CREFRAL **"Violencia en la Familia"**. México 2000, pág. 48.
22. Flores Gularte, María Alejandra. Aportes **"Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para Orientadores del MINEDUC"**. 2008.
23. Guttmacher. Alan. Institute (AGI). **"Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante"**. Serie 2006. No. 5. Págs. 12.
24. Rodas, Belia, Oquendo, Aroldo, López, Miguel Ángel, De Torres, Vivian. **"El Maltrato y Abuso Sexual Infantil"**. Guatemala. 2001. Págs. 18.
25. Tisné Brousse, Luis. Revista **"Obstetricia y Ginecológica"**. – Hospital Santiago Oriente. Chile. 2007. Vol. 2. 180.

ANEXOS

ENTREVISTA INDIVIDUAL

Este instrumento nos servirá para obtener información acerca de cuatro aspectos de su vida: Sexualidad, socioeconómico, psicológico y cultural, esta entrevista se realiza con fines de investigación y con el objeto de conocer y determinar si las madres adolescentes requieren de atención psicológica y con ello brindarles un apoyo en su nueva etapa de vida.

Instrucciones: A continuación se le presentan algunas preguntas las cuales le solicitamos conteste con toda sinceridad su información será confidencial

ASPECTOS CULTURALES

1. ¿Qué edad tiene actualmente?

2. ¿Edad que tenía en su primer embarazo?

3. ¿Edad de la pareja? (si la tiene) _____

4. ¿Máximo grado de estudios? (hasta el último año que cursó)

Primaria _____ Secundaria _____

Nivel medio superior:

Bachillerato _____ Universitario _____

5. ¿Razón por la que decidió dejar de estudiar? _____

6. ¿Le gustaría continuar con sus estudios?

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

1. ¿Qué sentimiento le lleva a tener relaciones?

2. ¿Cómo se siente emocionalmente después de haber tenido relaciones sexuales? _____
3. ¿Es obligada por su pareja a tener relaciones sexuales?

4. ¿Cree que en una relación es indispensable tener relaciones sexuales para que en la relación aumente el amor?

5. ¿Cree que el amor se demuestra teniendo relaciones sexuales?

6. ¿Tiene relaciones sexuales con varias parejas?

7. ¿Le hace sentir querida el hecho de tener relaciones?

8. ¿Busca tener sexo solo para satisfacerte emocionalmente o entrega ese cariño por satisfacer a la persona que quiere mantener a su lado?

9. ¿Se siente independiente cuando tiene relaciones sexuales?

10. ¿Qué opina sobre las relaciones sexuales en la pareja?

11. ¿Qué factores considera usted que le llevaron a quedar embarazada a temprana edad?

12. ¿Cómo fue su estado emocional durante el embarazo?

13. ¿Cómo es su estado emocional actualmente?

14. ¿Cuál es el primer obstáculo con el que ha tenido que enfrentarse al ser madre a temprana edad?

15. ¿Tiene usted metas de vida? Si _____ No _____

¿Cuáles? _____

16. ¿Considera usted que las madres adolescentes necesitan una atención psicológica? Si _____ No _____

¿Por qué? _____

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

1. ¿Trabaja actualmente? No _____ Si _____

¿Dónde? _____

¿Qué actividad desempeña? _____

¿Cuál es el salario que recibe? quincenales) _____

2. ¿Antes de su embarazo trabajaba? _____

3. ¿Qué actividades realiza cotidianamente? (además de trabajar)

4. ¿La vivienda en la que habita es: propia _____ o alquila? _____

5. ¿Cuenta con todos los servicios sanitarios? No _____ Si _____

Electricidad _____ Drenaje y alcantarillado _____ Agua potable _____

Número de personas que habitan por habitación? _____

6. ¿Cuántas habitaciones tiene? _____

Radio _____ TV _____ Familiares _____ Amigos _____

Centro de salud al que acude _____ Otros _____

7. ¿A través de quién (es) obtiene información sexual? _____

Estado civil? Casada _____ Unida _____ Soltera _____

SEXUALIDAD

1. ¿Edad de su primera menstruación (menarca)? _____

2. ¿A qué edad inició su vida sexual activa? _____

3. ¿Utiliza algún método anticonceptivo? No _____ Sí _____

¿Cuál? _____

4. ¿Previo al embarazo hacía uso de algún método anticonceptivo?

No _____ Sí _____ ¿Cuál? _____

5. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido desde el comienzo de su menstruación? _____

6. ¿Se ha realizado el Papanicolau? No _____ Sí _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

7. ¿Fecha de la última realización del Papanicolau?

Día _____ mes _____ año _____

8. ¿Se le ha detectado alguna enfermedad de transmisión sexual?

Sífilis _____

Herpes _____

Gonorrea _____

Otras _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA

ANEXO 2

TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

Este documento es una guía para el evaluador al momento de la aplicación del test.

Aplicación: individual

Tiempo: De 30 a 40 minutos

Edad: Niños, adolescentes y adultos

Materiales: Hoja tamaño carta bond de 80 gramos en blanco, un lápiz con borrador.

Consigna: Dibuje una figura humana, luego se le pide que dibuje otra figura humana del sexo opuesto.

Colocación de la hoja: La hoja se le coloca en forma vertical, si la persona la mueve hacia una forma horizontal, volverla a colocar en forma vertical, si nuevamente la persona la coloca en forma horizontal dejarla que trabaje de esta forma.

**TEST DE LA FIGURA HUMANA
DE MACHOVER**

Este documento es solamente una guía para la explicación del sociodrama de la figura humana realizada. Será llenado por el evaluador.

NOMBRE _____ EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR _____

FECHA DE APLICACIÓN _____

EXPLICACION VERBAL

¿Qué está haciendo la figura? _____

¿Qué edad tiene? _____ ¿Es casado(a)? _____

¿Tiene hijos? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Con quién Vive? _____

¿En qué trabaja? _____

¿Qué ambiciones tiene? _____

¿Es elegante? _____ ¿Es fuerte? _____

¿Es sano o enfermizo? _____

¿Cuál es la mejor parte de su cuerpo y por qué? _____

¿Cuál es la peor parte de su cuerpo y por qué? _____

¿Tiene preocupaciones? _____ ¿Cuáles? _____

¿Está triste o feliz? _____ ¿Por qué? _____

¿Qué es lo que más lo enoja? _____

¿Confía en las personas? _____

¿A quién le recuerda o se le parece la figura? _____

¿Quiere ser usted como ella? _____

PROTICOLO DIBUO FIGURA HUMANA

Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha: _____ Sexo: _____

I. PLANO GRAFICO

F.1	F.2	Presión y tipo de trazo
		Lineas que fluyen libremente, decididas y bien controladas
		Trazo fuerte
		Trazo suave
		Trazos amplios, largos y grandes.
		Lineas tirantes (finas y estradas)
		Lineas dentadas o en zig-zag.
		Trazos cortos, esquiadados, fragmentados.
		Linea base
		Lineas o sombreado sobre la figura.
		Sombreado (en general)
		Sombreado con vigor
		Borraduras
F.1	F.2	
		Sector superior de la página.
		Sector inferior de la página.
		Sector derecho de la página

F.1	F.2	Sector izquierdo de la página.	Sector derecho de la página.
		Centro	Centro
		Uso de toda la página, incluso, no le basta la hoja.	Uso de toda la página, incluso, no le basta la hoja.
		Encapsulamiento	Encapsulamiento
		Marginalción (figura al margen del papel)	Marginalción (figura al margen del papel)
F.1	F.2	II. PLANO DE ESTRUCTURAS FORMALES	
		Tipo sensorial. Predominan finas curvas.	Tipo sensorial. Predominan finas curvas.
		Tipo racional. Predominan líneas rectas y ángulos. Dibujo preciso, ordenado, nítido.	Tipo racional. Predominan líneas rectas y ángulos. Dibujo preciso, ordenado, nítido.
		Simetría bilateral obvia y rígida	Simetría bilateral obvia y rígida
		Fallos en la simetría bilateral	Fallos en la simetría bilateral
		Trazos en todas direcciones, taxotomo en la simetría	Trazos en todas direcciones, taxotomo en la simetría
		Linea media del dibujo entristizado	Linea media del dibujo entristizado
F.1	F.2	III. PLANO DE CONTENIDO	
		Negación a dibujarse a sí mismo.	Negación a dibujarse a sí mismo.
		Iniciar con los pies y terminar con la cara	Iniciar con los pies y terminar con la cara
		Integración pobre de las partes (7a varones / 6a niñas)	Integración pobre de las partes (7a varones / 6a niñas)
		Depresión, desvalorización, sentimientos de inadecuación.	Depresión, desvalorización, sentimientos de inadecuación.
		Desajuste interpersonal e incapacidad para tratar de lograr el propio equilibrio emocional. Dificultad para contraer compromiso emocional a nivel interpersonal.	Desajuste interpersonal e incapacidad para tratar de lograr el propio equilibrio emocional. Dificultad para contraer compromiso emocional a nivel interpersonal.
		Inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad, inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico y/o regresión debida a serias perturbaciones emocionales.	Inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad, inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico y/o regresión debida a serias perturbaciones emocionales.
		Tendencias psicóticas. Posible abuso físico.	Tendencias psicóticas. Posible abuso físico.

		Grosera asimetría de las extremidades	Impulsividad y coordinación pobre en niños con antecedentes de disfunción neurológica. Falta de coordinación, torpeza física, Inadecuación física o una confusión de la dominancia lateral. Característico de trastornos emocionales graves.
		Omisión de alguna parte del cuerpo	Negación de su función.
		Inclinación de figura (en 15° o más)	Sugiere inestabilidad y falta de equilibrio general; sistema nervioso inestable o una personalidad lábil. Falta de base firme. Indicador de dislexia. Observado en personas en proceso de duelo que dibujan a la persona fallecida.
		Figura pequeña o micrografismo	Timidez, inseguridad, sentimientos de inadecuación, retraimiento o depresión. Angustia de superpago. Se da en individuos profundamente reprimidos y neuróticamente deprimidos. Sentimientos de insuficiencia, carencia de valores de estatus o de reconocimiento como persona. Desconfianza, soledad y temor. Sentimientos de inferioridad, ansiedad, vergüenza, limitados y autocontrolados, demuestran conducta emocionalmente dependiente y aislamiento social. Se centra en sus relaciones con las figuras adultas y no está reaccionando según todas sus experiencias y oportunidades; las relaciones con adultos parecen abrumadoras. Falta de poder.
		Figura grande (23cm o más de altura) (Fig. grande es normal hasta 8a)	Expansividad, inmadurez o controles internos deficientes. Egocentrismo. Formación reactiva. Sentimientos de construcción ambiental acompañados de acciones o fantasías sobrecompensatorias connotantes y con tendencia a descargar la agresividad en el ambiente.
		Transparencias	Impulsividad, inmadurez y conducta acting-out. Más común en protocolos de niños con lesión cerebral. Transparencia en área genital significa ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionado con lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal – puede ser un pedido de ayuda que la persona no puede expresar en palabras.
		Sombreado de cuerpo (9a varones /8a niñas)	Ansiedad relacionada con el cuerpo. Personas psicósomáticas, personas que roban.
		Dibujar persona del sexo opuesto primero	Puede reflejar confusión sexual o problemas de identidad sexual. Puede reflejar gusto o disgusto de persona dibujada. Posible abuso sexual.
		Dibujarse a sí mismo de menor edad	Evasión, posible invalidad fraterna, tendencias regresivas.
		Figuras de palillos	Evasión, resistencia, inhibición y/o negativismo encubierto.
		Monstruos o figuras grotescas	Sentimientos de intensa inadecuación y un pobre concepto de sí mismo; tiende a percibirse distinto a los demás. Posible abuso físico.
		Payasos, caricaturas o vagabundos.	Considera que es ridículo y que los demás se ríen de él y que no es aceptado. Actitud auto-despreciativo. Defensividad.
		Dibujo espontáneo de 3 o más figuras	Asociado con bajo rendimiento escolar o lesión cerebral porque implica un tipo de perseveración. Ausencia de sentimientos de individuación.
		Articulaciones	La presencia obvia de articulaciones (rodilla, codo, hombros, nudillos) puede reflejar un fallo e incertidumbre acerca de la integración corporal.
F1	F2	Cabeza pequeña	<p>CABEZA, CARA, CUELLO</p> Niños inadaptados, sentimientos intensos de inadecuación intelectual
		Cabeza grande	Puede indicar daño cerebral, cirugía craneal, cefaleas y/o migrañas. Dificultades de aprendizaje y/o frustración por no lograr objetivos intelectuales. En niñas dibujar cabeza grande es normal mientras en varones puede significar fijación con la madre.
		Rasgos faciales dibujados antes del contorno de la cabeza.	Grado de trastorno en las relaciones interpersonales el cual involucra renuencia o incapacidad para contraer compromiso emocional.
		Cabeza y rasgos faciales dibujados de último	Trastorno en las relaciones interpersonales. Desajuste interpersonal e incapacidad para tratar de lograr el propio equilibrio emocional.
		Rasgos faciales enfatizados o de perfil	Mecanismos fantasiosos compensatorios por una deficiente estimación de sí mismo, por una imagen de sí mismo agresivo y socialmente dominante.
		Contorno de cabeza dibujado con línea fuerte y rasgos confusos.	Fuerte deseo de participación social y timidez ante ello.
		Sombreado de cara (significativo a todas las edades)	(Muy Inusual) Ansiedad y sentimientos de devaluación. Puede presentarse en personas manifiestamente agresivos y que roban. A mayor área de la cara que se encuentre sombreada existe mayor patología. Vergüenza, depresión, desconcierto.
		Omisión de todo rasgo facial	Negación de perturbación en las relaciones interpersonales.
		Omisión de rasgos faciales y dibujo pequeño.	Perturbación de las relaciones interpersonales vinculada a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí mismos.
		Ojos muy grandes	OJOS Puede indicar necesidad de adquirir información. En mujeres es más común ojos grandes y frecuentemente indican adaptación social y sexual. En varones los ojos grandes combinados con pestañas elaboradas y sacos de delirados significa tendencias homosexuales.
		Ojos bizcos	Personas muy hostiles hacia los demás. Se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía. Puede indicar que para la persona las cosas están fuera de foco, que no ve el mundo de la misma manera que los demás. Confusión mental.
		Ojos pequeños	Negación de la función visual. Enstruñamiento.
		Mirada de rocio	Ideas de referencia. Puede indicar ideas paranoicas.
		Ojos cerrados	Aislamiento del mundo por tendencias narcisistas.
		Ojo vacío	Inmadurez emocional y egocentrismo.
		Omisión de ojos	Personas aisladas que tienden a refugiarse en la fantasía porque no quieren aceptar una realidad dolorosa o frustrante. Negación de la función visual.
		Omisión de pupilas	Parce el mundo vagamente, como una especie de masa no diferenciada con poca discriminación de los detalles. Inmadurez emocional, egocentrismo y dependencia.
		Ceja bien arreglada	CEJAS Refleja refinamiento, cuidado personal, actitud crítica hacia la gente menos educada.
		Ceja peluda	Características primitivas, ásperas y no inhibidas.
		Ceja arqueada	Se asocia con desdén, la arrogancia o la duda.
F1	F2	Nariz sombreada	NARIZ Temor de castración a causa de prácticas masturbatorias.

	Nariz reforzada	Sugiere intento de compensación a causa de una sexualidad inadecuada.
	Omisión de nariz	Refleja timidez, conducta retrada y ausencia de agresividad manifiesta. Ansiedad, sentimientos de inadecuación, Ansiedad de castración. Escaso interés social. Pacientes psicopsomáticos.
F1	F2	BOCA / DIENTES / MENTÓN
	Boca enfatiza y/o énfasis en la proyección en la boca.	Puede estar asociado con dificultad o capricho con el alimento, síntomas gástricos, lenguaje indecente, arranques de mal humor, impedimentos en el lenguaje y/o dependencia.
	Boca concava u oralmente receptiva	Infantilismo, dependencia.
	Boca amplia, tornada hacia arriba, estilo cupido	Esfuerzo por ganarse aprobación o un afecto inapropiado. En niñas puede sugerir precocidad sexual si se acompaña con otros rasgos excesivamente cosmetizados.
	Boca dibujada con una línea gruesa.	Significa agresión verbal, crítica.
	Boca dibujada con una línea simple	Significa tensión.
	Orrisión boca	Refleja sentimientos de angustia, inseguridad y en ocasiones resistencia pasiva al ambiente, pues el niño simbólicamente no quiere recibir nada de los demás, rechazo a comunicarse.
	Dientes	Sugiere asma.
	Cara de perfil con mentón enfatizado	Agresividad. Enjelo. Rivalidad severa, abuso físico. Mecanismos compensatorios ocultando sentimientos de debilidad, indecisión y temor a la toma de responsabilidad. Se interpreta como un impulso fuerte hacia ser socialmente energético y dominante.
F1	F2	PELO
	Barba, bigote	Símbolos fáticos: preocupación por sexualidad viril, necesidad de enfatizar la masculinidad.
	Pelo enfatizado (en cabeza, pecho, barba o bigote)	Considerado como indicación de pujanza viril, ascensión o agresión.
	Énfasis en pelo ondulado (en niñas)	Entre 5 - 12 años: Precocidad sexual cuando se encuentra acompañado con más detalles y adornos. Aspiraciones de ser encantadora.
F1	F2	OREJAS
	Orejas grandes	Pueden indicar ideas referenciales, preocupación por crítica.
	Orejas distorsionadas o con ubicación incorrecta.	Puede indicar desde sensibilidad leve a la crítica social hasta paranoia.
F1	F2	CUELLO
	Cuello alto y delgado	Actitudes moralistas, educados, rígidos.
	Cuello corto	Se asocia con el impulso, el mal humor.
	Sombreado de cuello	Esfuerzo por controlar impulsos; algunas personas lo logran pero se descompensan ante una situación de tensión mientras que otras personas vacilan entre impulsividad y el hipercontrol, yendo de un extremo a otro. Cuanto más se destaca el cuello, más amenazadores son los impulsos corporales y mayor es la necesidad de defenderse de ellos mediante el control intelectual.
	Omisión de cuello	Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.

		Joyena o decoración alrededor del cuello	Intento de distraer la atención del cuello y centrarlo en el busto o la cara; indica dificultad entre impulsos y controles racionales.
F1	F2	TORSO / HOMBROS / AREA GENITAL	Representa lo masculino
		Tronco más angular	Estos dibujos generalmente son pequeños y se observan en personas regresivas, primitivas o desorganizadas.
		Tronco dibujado como dos líneas paralelas dibujadas desde cabeza a pies.	Preocupación sexual.
		Falta de cierre en parte inferior del tronco o cierre inadecuado.	Inconformidad y descontento con el propio cuerpo. Preocupación con el peso.
		Cuero excesivamente delgado	Sugiere un control precario que puede triunfar en arranques impulsivos.
		Cintura muy delgada	Necesidad y expresión de poder físico y de la perfección física.
		Hombros anchos dibujado por hombres	Protesta contra lo masculino, especialmente se encuentra acompañado por otros temas representativos de virilidad y dominancia masculina.
		Hombros anchos dibujado por mujeres	Inmadurez, dependencia con madre.
		Trato especial con los pechos (ambos sexos)	Tensión relacionado con la separación entre las características del tronco superior (fuerza/maternidad) y el tronco inferior (desarrollo sexual/capacidad reproductiva), puede indicar un control precario interno acompañado por explosiones emotivas.
		Cintura exagerada o remarcada	Identificación con capacidad reproductiva y dominante de la figura maternoal.
		Pechos y caderas dibujado mujeres	Puede ser indicativo de tendencias homosexuales.
		Caderas y nalgas dibujado hombres	Puede estar asociado con la conciencia del potencial funcional del desarrollo púlvico y el poder relacionado con el mismo.
		Caderas grandes dibujadas por mujeres	Inmadurez o retraso mental. Signo psicopatología sea que implica angustia por el cuerpo y dificultad en el control de los impulsos. Indicador de un posible abuso sexual en niños menores.
		Presencia de genitales.	Conflicto alrededor del concepto de un Yo independiente. Posible abuso sexual.
		Ombiligo (normal hasta 5a)	Común en niños muy pequeños, según etapa del desarrollo. Signo signo de psicopatología y puede reflejar inmadurez severa, retraso en el desarrollo, disfunción cerebral o una ayuda ansiedad relacionada con el cuerpo, probablemente por angustia de castración.
		Omisión de cuerpo	EXTREMIDADES
F1	F2	Brazos cortos	Dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas. Tendencia hacia el retraimiento, a replegarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos. Falta de agresividad y liderazgo. Sentimientos de impotencia y desamparo.

	Brazos largos	Agresión dirigida hacia fuera. También indica que la persona logra hacer conexión con los quienes la rodean. Ambición. Control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás.
	Brazos pegados al cuerpo	Immadurez en el desarrollo que se observa en relaciones superficiales.
	Brazos dibujados horizontalmente	Sospecha y hostilidad.
	Brazos cruzados	Indican deficiencia y debilidad, ya como una realidad física o como una reacción psicológica.
	Brazos frágiles o consumidos.	Relacionado con actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos.
	Sombreado de brazos	Generalmente indica depresión en donde el impulso se encuentra dirigido hacia adentro. Ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los brazos. Sentimientos de incapacidad, desamparo y desesperanza. Inhabilidad de entrar o extraerse de alguna situación.
	Brazos omitidos	
E1	E2	MANOS / DEDOS
	Manos colocadas detrás de espalda	Se relaciona con evasión o con jóvenes que aspiran fascinar y se apenan por onicofagia. (comer uñas)
	Manos dentro de bolsillo	Se relaciona con evasión, signo de masturbación o de haraganería.
	Manos grandes	Conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos. Puede indicar cierta compensación por debilidad o reacción contra algún uso indebido de ellas. Pobre control sobre los impulsos.
	Manos seccionadas (brazo sin manos, ni dedos)	Sentimientos de inadección o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por incapacidad para actuar. Culpa masturbatoria. Falta de control, sentimientos de impotencia.
	Sombreado de manos	Angustia por actividad real o fantaseada con las manos. Culpabilidad con relación a impulsos agresivos o actividades masturbatorias.
	Sombreado leve de manos y/o contornos imprecisos	Falta de confianza en los contactos sociales, en la propia productividad o en ambas cosas.
	Omisión de manos	Dificultades de contacto social, en productividad, o en ambas cosas.
	Manos en área genital	Se asocia con preocupación con las prácticas onanistas. (prácticas masturbatorias)
	Dedos contos y redondos	Son considerados normales en niños pequeños.
	Dedos severamente sombreados o reforzados	Se consideran indicadores de culpabilidad principalmente referida al robo y la masturbación.
	Dedos como garras o lanzas o excesivamente largos	Agresividad
	Puño cerrado	Puede ser índice de rebeldía, generalmente acompañado por el brazo extendido. Cuando el puño cerrado se encuentra apretado contra el cuerpo, puede indicar rebeldía reprimida que encuentra su expresión en el síntoma y no la conducta.
	Más de 5 dedos en 1 mano	Ambición y agresividad, aunque común en niños pequeños. También puede sugerir masturbación.
	Dedo desmembrado	Preocupación por tendencias masturbatorias.

	E1	E2	
		Piernas juntas	PIERNAS / PIES Tensión, rigidez, dificultad en el control de impulsos. Temor a sufrir ataque sexual o deseo reprimido de ataque sexual.
		Omisión de piernas	Refleja friansa angustia e inseguridad, aunque sería importante observar la manera en que se omiten las piernas. Se observa que los niños se refugian en la fantasía. Sentimientos de incapacidad, desamparo y desesperanza. Inhabilidad de entrar o extraerse de alguna situación. Posible perturbación sexual aguda. Negación.
		Omisión piernas y pies (figura recortada en la cintura) o sólo líneas representativas.	
		Pies largos (común en hombres)	Necesidad de seguridad. Puede tener una implicación agresiva.
		Pies pequeños	Dependencia, constripción.
		Omisión de pies	Dependencia general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.
		Dedos de los pies señalados	Generalmente representa agresión, ya sea que se observe el pie desnudo o las uñas de los pies pintados y expuestos en sandalias.
	E1	E2	DETALLES DEL VESTUARIO Y ACCESORIOS DE LA VESTIMENTA
		Figura sobre vestida	Puede significar narcisismo relacionado con vestuario, características infantiles y egocentrismo (tomando en cuenta edad)
		Figura escasamente vestida	Puede significar narcisismo relacionado con vestuario, características infantiles y egocentrismo (tomando en cuenta edad)
		Hileras de botones o su énfasis	Puede significar narcisismo relacionado con vestuario, características infantiles y egocentrismo (tomando en cuenta edad)
		Botones en uniformes	Conflicto de dependencia / independencia. Conflicto con el concepto de un Yo independiente.
		Cincho entizado fuertemente	Indican un complejo de sumisión a la autoridad y dependencia de figuras controladoras y dominantes. Sugiere conflicto entre la expresión y el control del impulso sexual.
		Parchas, bolsillos dibujados por hombres	Expresión de lucha por la virilidad que antagoniza con la dependencia emocional de la madre.
		Bolsillos ubicados en lugares especiales	Cuando son dibujados por adolescentes, o preadolescentes puede significar robo y en ocasiones, prácticas masturbatorias.
		Bolsas dibujadas en el lugar de los pechos	Preocupación por esta parte del cuerpo.
		Bolsillo grande lleno de chucherías	Es índice de un Yo en pleno desarrollo y de cierta madurez adecuada a su edad.
		Corbata, sombrero	Son símbolos sexual-fállicos, generalmente dibujado por varones.
		Corbata volando por un lado del cuerpo	Generalmente indica preocupación fuerte por la sexualidad.
		Zapatos elaborados y/o detalles especiales	Encontrado frecuentemente en niñas pre-púberes; representa el impulso sexual característico de la fase de desarrollo.
		Sombrero	Símbolo fálico
		Pipa, cigarrillo, pistola, espada, cuchillo	Símbolos fálicos, la pistola es símbolo más común en la preadolescencia.

F1	F2	ADICIONES ESPONTANEAS (en orden alfabético)
	Animales domésticos	Ocio, tendencias orales pasivas.
	Animales salvajes	Pulsión fuerte agresiva e identificación con el animal dibujado.
	Arcoiris	Forma elaborada de encapullamiento.
	Escritura incluida en el dibujo	Necesidad de asegurarse que el dibujo se entienda. Etiquetar personas u objetos puede reflejar necesidad de control o deseo de impartir un mensaje al observador.
	Extensiones del cuerpo: revolver, cañas de pescar, sombrero de vaquero, etc.	Símbolos de fuerza e importancia. Forma de mantener alejado al ambiente. Personas aisladas o suspicaces.
	Flores	Simboliza lo femenino.
	Nubes, lluvia o nieve	Personas ansiosas que se sienten presionadas por su ambiente, por sus familiares. Impulso agresivo dirigido hacia sí mismo. Trastornos psicósomáticos.
	Objetos alargados: chirmenes, ramas, pies, troncos, brazos, narices, piernas, etc.	Símbolos fálicos
	Símbolos de felicidad: manposas, corazones, pájaros volando	Intento de la persona de aparentar felicidad. Posible abuso físico o sexual.
	Sol y luna	Necesidad de calor emocional, de estar protegido por una figura fuerte. Presencia paterna, generalmente positivo.

FIGURA No. 1

Qué está haciendo la figura? _____
 Qué edad tiene? _____ Es casado(a) _____
 Tiene hijos? _____ Con quien vive? _____
 En qué trabaja? _____
 Qué ambiciones tiene? _____
 Es elegante? _____ Es fuerte? _____ Es sano o enfermizo? _____
 Cuál es la mejor parte de su cuerpo y por qué? _____
 Cuál es la peor parte de su cuerpo y por qué? _____
 Tiene preocupaciones? _____ Cuáles? _____
 Está triste o feliz? _____ Por qué? _____
 Qué es lo que más lo enoja? _____
 Confía en las personas? _____
 A quien le recuerda la figura? _____
 Quiere usted ser como ella? _____

FIGURA No. 2

Qué está haciendo la figura? _____
 Qué edad tiene? _____ Es casado(a) _____
 Tiene hijos? _____ Con quien vive? _____
 En qué trabaja? _____
 Qué ambiciones tiene? _____
 Es elegante? _____ Es fuerte? _____ Es sano o enfermizo? _____
 Cuál es la mejor parte de su cuerpo y por qué? _____
 Cuál es la peor parte de su cuerpo y por qué? _____
 Tiene preocupaciones? _____ Cuáles? _____
 Está triste o feliz? _____ Por qué? _____
 Qué es lo que más lo enoja? _____
 Confía en las personas? _____
 A quien le recuerda la figura? _____
 Quiere usted ser como ella? _____

VALOR NARRATIVO:

Identificación de cada figura: qué hacen, rasgos de personalidad y características, cómo se relacionan entre sí, etc.

Figura 1 _____

Figura 2 _____

CONDUCTA DEL SUJETO:

HIPÓTESIS PROYECTIVAS:

DIAGNÓSTICO:

RECOMENDACIONES:

GLOSARIO

- **Adolescencia:** período entre la pubertad y la edad adulta.
- **Autonomía:** libertad para que un individuo disponga de sí mismo.
- **Consanguinidad:** carácter de los que pertenecen a una misma familia.
- **Desencadenar:** traer como consecuencia.
- **Erotismo:** relativo al amor, especialmente al sexual.
- **Género:** conjunto de cosas o seres con características comunes.
- **Grupo de Pares:** es un grupo social de humanos, aproximadamente de la misma edad, con intereses similares.
- **Hacinamiento:** aglomeración en un lugar de un número excesivo de habitantes.
- **Incesto:** relaciones sexuales entre familiares cercanos.
- **Maternidad:** conjunto de acciones realizadas a favor de la mujer en época de gestación, nacimiento de la nueva persona y cuidados posteriores, es decir: concepción, embarazo, parto, crianza y desarrollo.
- **Papanicolaou:** examen realizado a la mujer para diagnosticar el cáncer cervicouterino. El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello que son precursores del cáncer.
- **Pubertad:** inicio de la adolescencia

- **Socialización:** es un proceso por el cual el individuo acoge los elementos socioculturales de su ambiente y los integra a su personalidad para adaptarse en la sociedad.
- **Somatizar:** dar origen un conflicto psíquico a una afección física.