

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DIRIGIDO A MADRES
ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD NO. 1 DE LA
SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

**AMILCAR ISAIAS ESTRADA CUBUR
ASTRID MARIEL HERNÁNDEZ QUAN**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DIRIGIDO A MADRES
ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD NO. 1 DE LA
SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO**

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

**AMILCAR ISAIAS ESTRADA CUBUR
ASTRID MARIEL HERNÁNDEZ QUAN**

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGOS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADOS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013

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

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

M. A María Iliana Godoy Calzia

SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal

Edgar Alejandro Córdón Osorio

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 337-12
CODIPs. 1742-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

09 de octubre de 2013

Estudiantes

Amilcar Isaias Estrada Cubur
Astrid Mariel Hernández Quan
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO CUARTO (24º.) del Acta CUARENTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL TRECE (45-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 02 de octubre de 2013, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: “**PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DIRIGIDO A MADRES ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD N.º. 1 DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

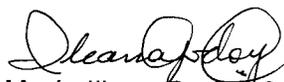
Amilcar Isaias Estrada Cubur
Astrid Mariel Hernández Quan

CARNÉ No. 2008-21139
CARNÉ No. 2008-21862

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Rosa Pérez de Chavarría, y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **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”



M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby

CIEPs 736-2013
 REG: 337-2012
 REG: 065-2013

INFORME FINAL

Guatemala 02 de octubre de 2013.

SEÑORES
 CONSEJO DIRECTIVO
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DIRIGIDO A MADRES ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD NO. 1 DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.”

ESTUDIANTE:

Amilcar Isaias Estrada Cubur
Astrid Mariel Hernández Quan

CARNÉ No.

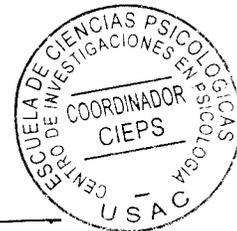
2008-21139
2008-21862

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 01 de octubre del presente año y se recibieron documentos originales completos el 01 de octubre, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
 Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
 Arelis



CIEPs. 737--2013
REG 337-2012
REG 065-2013

Guatemala, 02 de octubre 2013

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

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

“PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DIRIGIDO A MADRES ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD N.º 1 DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL”

ESTUDIANTE:
Amilcar Isaias Estrada Cubur
Astrid Mariel Hernández Quan

CARNÉ No.
2008-21139
2008-21862

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 17 de septiembre del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE REVISORA



Guatemala, Julio del 2013

Licenciada:
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de Investigación titulado: “Programa de acompañamiento dirigido a madres adolescentes de 14 a 17 años que asisten al Centro de salud No.1, Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil” realizado por los estudiantes ASTRID MARIEL HERNANDEZ QUAN carné: 200821862 Y AMILCAR ISAIAS ESTRADA CUBUR carné: 200821139.

El trabajo fue realizado a partir del 11 de junio del 2012 hasta el 3 de julio del 2013.

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,



Licenciada Rosa Pérez de Chavarría

Psicóloga

Colegiado No. 3452



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A. S.

CENTRO DE SALUD NUMERO UNO

10^a. Avenida 14-00 Zona 1, Guatemala

Teléfono: 2232-7935

Guatemala, Julio de 2013

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Coordinadora de la Unidad de Graduación

Centro de Investigaciones en

Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”

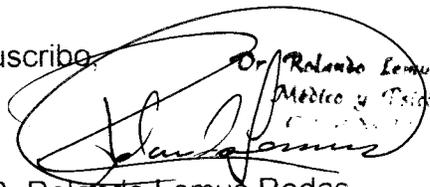
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes ASTRID MARIEL HERNÁNDEZ QUAN, CARNÉ: 200821862 Y AMILCAR ISAIAS ESTRADA CUBUR, CARNÉ: 200821139 ejecutaron en esta institución el programa de acompañamiento a madres adolescentes : como parte del trabajo de investigación titulado: “Programa de acompañamiento dirigido a madres adolescentes de 14 a 17 años en el Centro de Salud no.1de la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil” en el periodo comprendido del 20 de febrero de 2013 al 3 de julio del presente año, en horario de 8:00 a 10:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,


Dr. Rolando Lemus Rodas
Médico y Psicólogo

DR. Rolando Lemus Rodas.

Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia

Teléfono: 22327935

Sello



PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR ASTRID MARIEL HERNÁNDEZ QUAN
LICENCIADA ROSA PÈREZ DE CHAVARRIA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 3452

DOCTOR ROLANDO LEMUS
MÉDICO PSIQUIATRA
COLEGIADO 2134

POR AMILCAR ISAIAS ESTRADA CUBUR
LICENCIADA ROSA PÈREZ DE CHAVARRIA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 3452

DOCTOR ROLANDO LEMUS
MÉDICO PSIQUIATRA
COLEGIADO 2134

DEDICATORIA

POR ASTRID MARIEL HERNÁNDEZ QUAN

A DIOS: por permitirnos realizar un sueño más en nuestras vidas.

A MIS PADRES: Luis Hernández y Ana Rosa Quan por su inmenso amor y apoyo incondicional.

A MI PAREJA: Javier Chimil por su amor, tolerancia, apoyo y soporte para lograr mi meta.

A MI HERMANO: Edwin Hernández, su esposa y mis Queridos Sobrinos Willy y Joshy, por su cariño y apoyo.

A MI FAMILIA, AMIGOS Y COMPAÑEROS: que siempre me brindaron su apoyo y cariño.

DEDICATORIA

POR AMILCAR ISAIAS ESTRADA CUBUR

A DIOS: por darme la salud, la fortaleza, sabiduría y permitirme alcanzar una meta más en mi vida.

A MI MADRE: Thelma de Estrada por su apoyo incondicional.

A MI HERMANO: José Alexander Estrada por su incasable apoyo.

A MIS COMPAÑEROS: que me brindaron su apoyo durante mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

Al Centro de Salud No.1

A nuestra asesora Licda. Rosa Pérez de Chavarría

A nuestra revisora Licda. Suhelen Jiménez

Al Psiquiatra infantil y de la adolescencia del centro de salud No.1 Rolando Lemus

A Caty Ramírez Trabajadora social del Centro de Salud No.1

Al Doctor Edgard Avendaña Sandino del área de salud reproductiva del Centro de
Salud No. 1

A las madres adolescentes que colaboraron con el estudio.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN.	
PRÓLOGO	
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema y Marco Teórico	
1.1.1. Planteamiento del Problema	3
1.1.2. Marco teórico	5
1.3. Delimitación	40
II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1. Técnicas	41
2.2. Instrumentos	42
III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
3.1 Características del lugar y de la población	
3.1.1 Características del lugar	43
3.1.2 Características de la población	44
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1. Conclusiones	47
4.2. Recomendaciones	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	

RESUMEN

Programa de acompañamiento dirigido a madres adolescentes que asisten al Centro de Salud No. 1, Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil

Autores: Amilcar Isaias Estrada Cubur
Astrid Mariel Hernández Quan

El Programa que se implementó está orientado al acompañamiento de las madres adolescentes que asisten Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil, en el Centro de Salud de la Zona 1 con el objetivo que ellas puedan tomar control de sus vidas y afrontar las dificultades con las mejores herramientas. Dentro de las acciones que se realizaron fue estimular el desarrollo de las capacidades de escuchar, de expresión verbal y no verbal y de comunicación en general, fortalecer la capacidad de manejo de la rabia-enojo y de las emociones en general y reforzar la capacidad de definir el problema de optar por la mejor solución y de aplicar los conocimientos. Los actores involucrados en este proceso son doctores, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, quienes además, de conocer acerca del tema podrán ayudar a las jóvenes de manera integral.

Es importante mencionar a la familia como parte fundamental en el proceso de afrontamiento de la situación que atraviesa la madre adolescente, la familia debe proporcionarle apoyo tanto emocional como económico, de tal manera, que logre tener un embarazo normal así como la culminación de este sin ningún problema. Con este programa logró que las madres adolescentes se desarrollen en entornos en el que ellas puedan hacer realidad sus posibilidades y vivir en forma productiva y creadora de acuerdo a sus intereses.

Al mismo tiempo se logró fortalecer a las personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad y utilidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfaciendo sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, poder y significado. Uno de los beneficios del proyecto radica en los beneficios que obtendrán las madres e indirectamente se le da un acompañamiento a la madre para que ella fortalezca el vínculo emocional hacia su hijo- hija, logrando que desde un inicio haya aceptación hacia la persona que está en formación dentro de la adolescente.

El estudio plantea las siguientes interrogantes: ¿cuáles son los factores de riesgo de las adolescentes ante la situación que atraviesan?, ¿Qué factor psicológico y social que interviene dentro de la dinámica de la madre adolescente? Están las madres adolescentes sensibilizadas sobre las responsabilidades que conlleva ser madre?, ¿Existen indicadores de resiliencia que se presentan en el embarazo en adolescentes?.

PRÓLOGO

A pesar de que Guatemala es un país donde el acceso a información sobre métodos anticonceptivos ha aumentado entre adolescentes y jóvenes, todavía hay altos riesgos derivados de la falta de uso de dichos métodos con propósitos de planificación familiar.

El Instituto Alan Guttmacher de New York 1998, describió que 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 país¹.

Estos antecedentes evidencian la necesidad que existe de implementar acciones dirigidas apoyar a las adolescentes, analizando los factores que inciden en dicha problemática con el objetivo de estructurar e implementar un Programa de acompañamiento, el cual contribuirá al afrontamiento de la situación así como la superación del mismo. El programa que se implementó en el Centro de Salud de la Zona 1, Sección de Salud Mental Infante - Juvenil en el cual se pretende identificar a las adolescentes con el rol de madres gestantes, las responsabilidades y obligaciones que representa el nacimiento de un nuevo ser, los riesgos que representa ser madre así como también los medios para poder continuar con sus vidas de manera adecuada y pertinente.

Al implementar el programa permitió conocer la percepción que tiene las adolescentes sobre su embarazo, según ellas perciben y se enfrentan al mundo. Esto representa reconocer aquellos espacios, cualidades y fortalezas que han permitido a las personas enfrentar positivamente experiencias estresantes asociadas a los embarazos precoces. Uno de los beneficios del programa fue fortalecer a las madres adolescente para que sean socialmente competentes, tener conciencia de su identidad y utilidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfaciendo sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, poder y significado.

¹ Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York: AGI, 1998.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1. Planteamiento del problema

En Guatemala, del año 2000 a la fecha se ha observado un creciente aumento de adolescentes en periodo de gestación, durante el cual se presentan diversidad de problemas que afectan la calidad de vida de muchas jóvenes. Esta situación es la que atrajo nuestra atención, ya que esto en el desarrollo social, político, económico y educativo del país y son muy pocas los programas que brindan apoyo a estas madres precoces.

Después de varias visitas al Centro de Salud de la Zona 1, Sección de Salud Mental Infante - Juvenil observamos la afluencia de adolescentes en periodo de gestación, quienes manifiestan desorientación ante la situación por la que atraviesan. Esto les afecta el desarrollo tanto a nivel social, educativo como laboral. Asimismo, el no saber qué hacer, cómo afrontar las situaciones tanto positivas como negativas que esto conlleva.

Sabemos que los cambios en la adolescencia son diversos, un embarazo complica la dinámica emocional del adolescente, por lo que es importante contar con apoyo para la madre que fortalezca el estado emocional y físico de las adolescentes, que en este caso presentan un cuadro de gestación temprana, proceso para el cual no presentan las condiciones adecuadas para afrontar la llegada de otro ser humano al que tienen dar cuidados especiales en su condición de madres.

Nuestro foco de estudio se sitúa en la adolescencia media (14 a 16 años de edad). La misma, se define como el periodo de la adolescencia propiamente dicho, se ha completado el crecimiento y desarrollo somático. Desde el punto de vista psicológico, se alcanza el punto de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios, así como entrando en un proceso de conflicto y contradicción con los de sus padres. Asimismo, comienzan a experimentar acercamientos sexuales, asumen conductas rebeldes y les preocupa mucho la apariencia física.

De acuerdo con estas características, entonces, se observa que debido a las experiencias sexuales tempranas, se producen muchos casos de adolescentes en periodo de gestación. Esta situación se define como el tiempo de la edad ginecológica que se produce desde la menarcaquia, es decir cuando menstrúan por primera vez y, todavía, son individuos dependientes de su núcleo familiar, y en la mayoría de los casos, como ocurre en Guatemala, provienen de clases sociales bajas y de entornos vulnerables de pobreza y extrema pobreza. Asimismo, es un problema que se viene observando desde hace treinta años.

Se implementó un programa de acompañamiento a las madres adolescente donde se les brindó información que le permitió a la adolescente contar herramientas que le ayude a afrontar la situación de cambios que atraviesa. El programa se desarrolló en fases, la inicial fue hacer contacto con las madres con quienes se trabajó, se trabajó con un equipo multidisciplinario de enfermeras, médicos, ginecólogos para brindar apoyo integral.

Se respondieron las siguientes interrogantes dentro del estudio ¿cuáles son los factores de riesgo de las adolescentes ante la situación que atraviesan?, ¿Qué factor psicológico y social que interviene dentro de la dinámica de la madre adolescente? Están las madres adolescentes sensibilizadas sobre las responsabilidades que conlleva ser madre?, ¿Existen indicadores de resiliencia que se presentan en el embarazo en adolescentes?.

1.1.2. Marco teórico

Antecedentes

Hoy día, se dice que Guatemala es un país joven. Para el 2011 la población entre 15 y 29 años es de 4.1 millones, equivalentes al 28 % del total (14.7 millones según la proyección del Instituto Nacional de Estadística INE)¹. Al mismo tiempo, el IDH 2011/2012 indica que el patrón de fecundidad en Guatemala sigue siendo temprano y se ha mantenido elevado en las últimas décadas. El 47% del total de nacimientos anuales corresponde a mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad. Por otra parte muestra que en la actualidad, las mujeres del rango anteriormente mencionado aportan el 13.6% a la fecundidad total.

De los datos anteriores, es importante resaltar el porcentaje relativamente alto de adolescentes que se encuentra en periodo de gestación, debido en muchas ocasiones a la falta de información con relación a educación sexual así como al bajo nivel social, educativo y económico al cual pertenecen. Dichas adolescentes no cuentan con las condiciones adecuadas para poder subsistir ellas y ahora el nuevo ser, situación que las lleva a tomar decisiones riesgosas así como actitudes negativas las cuales no les permite continuar su vida de una manera normal.

Un programa de resiliencia dirigido a adolescentes embarazadas tiene el objetivo de desarrollar en ellas sentimientos de autoconfianza, para que aprendan a resolver problemas, establecer y mantener relaciones sanas con otros adolescentes, así como con el infante que traerán a la vida, así como trabajar en conflictos familiares y sociales que esto conlleva.

Por tal razón, la presente investigación tiene como propósito promover la resiliencia en madres adolescentes como estrategia de afrontamiento a su

¹Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012). Guatemala: ¿un país de oportunidades para la juventud? informe nacional de desarrollo humano 2011/2012. Guatemala. p. 205

situación. Ya que son estas adolescentes y sus hijos el futuro del país, mismo que depende de cómo los preparemos en el presente para lograr el desarrollo tanto social, político como económico de Guatemala.

En el año 2007 en Guatemala, se realizó la investigación que lleva por título “Análisis de la resiliencia en las historias de vida de madres solteras” de las autoras: Dora Patricia Ruiz Gordillo y Deysi Marisol Yoc Ajquill.

Ser madre soltera es un factor de riesgo para la salud mental, que se refleja en una baja autoestima y desvalorización, que fue indicadas por ellas mismas y analizado a través de sus actitudes, opiniones y aspectos personal y de su hogar.

- Los patrones de crianza como el miedo y la sumisión son factores de riesgo que permiten al hombre ejercer el poder sobre las mujeres lo cual les produce desvalorización e inseguridad de poder salir adelante
- Los factores de resiliencia más frecuente son: iniciativa, deseo de superación creatividad, fe y religiosidad al mismo tiempo hay factores externos como acceso a servicios de salud, la organización religiosa y círculos sociales a los cuales acudir.
- Los factores protectores o de resiliencia son susceptibles de fortalecerse en los adultos y específicamente en las madres solteras; logrando con ello mejorar la salud mental de otro sector de la población y permitir diseñar un proyecto de vida para la reconstrucción de su vida personal y familiar

No todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufren enfermedades o padecimientos de diversos tipos, sino que por el contrario, las hay que superan la situación y hasta surgen fortalecidos de ella, se comenzó a investigar este fenómeno. Se denomina en la actualidad como resiliencia. Y se le

entiende como la capacidad de ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas².

El vocablo *resiliencia* tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

A continuación, se exponen algunas de las definiciones que, desde este campo, han desarrollado diversos autores en torno a este concepto:

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores.
- Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos
- Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez.
- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles, el concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social

² J. Henri Bouché Peris, Francisco L. Hidalgo Mena. **Medición y orientación familia: área de orientación**. Editorial Dykinson S. L. Madrid, 2006. Pp.234

de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida *sana*, viviendo en un medio *insano*. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio.
- La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida.³

Para efecto del presente estudio es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo. Ambos son consecuencias de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. Sin embargo, se refieren a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano.

- El enfoque de riesgo se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Ha sido ampliamente utilizado en programas de atención primaria, y el personal de los mismos está familiarizado con sus conceptos y aplicaciones.
- El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío o “de la resiliencia. Ese modelo muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no

³Armando Waak. **El concepto de resiliencia 2.** Disponible en: [http://resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia2.pdf]

encuentran a un niño inerte en el cual se determinarán, inevitablemente, daños permanentes. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil.

Por lo tanto, no debe interpretarse que este enfoque está en oposición del modelo de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece, acrecentando así su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces. La resiliencia es un instrumento clínico que exige un cuadro de referencia moral. Esto implica que un individuo debe superar la situación de adversidad dentro de las normas culturales en las que él se desenvuelve. No cabe duda de que, como agentes de salud y/o educadores, debemos discutir sobre lo socialmente aceptable y ser claros acerca de quiénes son aquellos que definen las normas. Cada situación depende de las circunstancias locales, pero, sean cuales fuesen nuestras opiniones en ese debate, todos nos referimos a alguna idea de lo que es aconsejable y aceptable⁴.

Es importante mencionar, que la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. No se nace resiliente ni se adquiere naturalmente en el desarrollo, depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros humanos, que en definitiva es el responsable de la construcción del sistema psíquico humano.

Convertirse en resiliente es recorrer un largo camino, describe tres grandes aspectos de ese recorrido:

1. La adquisición de recursos internos que se desarrollan desde los primeros meses de vida.

⁴ Melillo. A., Suárez. E y Rodríguez. **Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida**. Buenos Aires, 2004. PAIDOS pp.121

2. El tipo de agresión, de herida, de carencia y sobre todo el significado de esta herida en el contexto del niño o adolescente.
3. Los encuentros, las posibilidades de hablar y de actuar. En resumen la resiliencia se crea en función del temperamento de la persona, del significado cultural de su herida y del tipo de sostén social del que dispone.

Otros investigadores que trabajan desde hace mucho tiempo en el fenómeno de la resiliencia, los factores de la resiliencia son muchos y se basan como los siguientes:

1. "Redes de ayuda social, y en el seno de estas redes, la aceptación incondicional del niño como persona.
2. La capacidad de encontrarle un sentido a la vida, aspecto ligado a la vida espiritual y a la religión.
3. Las aptitudes y el sentimiento de dominar un poco o al menos su vida.
4. El sentido de humor. Para este autor el fenómeno de la resiliencia no es absoluto ni estable, por lo tanto debe ser alentado sin cesar"⁵.

Un esquema de la construcción de la resiliencia que denomina la casita, este esquema puede servir como base para cualquier persona involucrada, al sugerir ámbitos de intervención en la construcción de la resiliencia. Poletti R. y Dobbs B. (2005) indican que desde hace quince años investigadores estadounidenses trabajan en el fenómeno de la resiliencia, hablan más bien de resiliencia, en plural, para describir los conjuntos de recursos o

⁵ -Poletti R. y Dobbs B. (2005) **La resiliencia: El arte de resurgir a la vida.** Buenos Aires-México. Grupo Editorial Lumen. Pp 34

fuerzas en el interior de una persona. A lo largo de sus experiencias y sus trabajos *identificaron siete resiliencias que se desarrollan de distinto modo en diferentes niños, adolescentes y adultos y toman formas variadas, estas son:*

1. La toma de conciencia, que es la capacidad de identificar los problemas y sus orígenes de buscar soluciones para uno mismo y para otros, y ser sensible a las señales que brinda el entorno.
2. La independencia que está basada en la capacidad de establecer límites entre uno mismo y las personas cercanas, de distanciarse de aquellos que nos manipulan y de romper las relaciones personales de mala calidad.
3. El desarrollo de relaciones satisfactorias con los demás, la capacidad de elegir compañeros con buena salud mental.
4. La iniciativa que permite dominarse y dominar el entorno y encontrar placer en actividades constructivas.
5. La creatividad que permite pensar distinto de los demás, encontrar refugio en un mundo imaginario y también olvidar el sufrimiento interior y expresar positivamente las emociones.
6. El humor cuyo objetivo es reducir las tensiones interiores y describir lo cómico en medio de la tragedia.
7. La ética, que guía la acción porque se sabe lo que está bien y lo que está mal y porque se acepta correr el riesgo de vivir sobre la base de estos valores. La ética permite también desarrollar la ayuda mutua y la compasión .

Las investigaciones en resiliencia han cambiado la forma en que se percibe el ser humano: de un modelo de prevención y promoción basado en las

potencialidades y los recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.

En esta etapa de la vida cuando cada ser humano aprende a ser, a convivir a hacer y a conocer. Cuando el adolescente aprende a ser, desarrolla competencias personales. La construcción de la resiliencia en el adolescente, tiene que construirse conscientemente.

Potencializar las posibilidades y recursos existentes para encaminar las alternativas de resolución de las diferentes situaciones. El adolescente debe lograr desarrollar factores resilientes para superar las situaciones adversas en su devenir cotidiano, debe trabajar desde la perspectiva de la resiliencia, adoptando como estrategias el desarrollo de factores resiliente. Es más un protagonista que un receptor.

Como primer paso el adolescente debe contemplar la realidad que es conocer al ser humano que vive en ella, las relaciones que lo vinculan a otros seres humanos, la forma cómo piensa, como trabaja, es necesario que este conocimiento sea acompañado de un posterior análisis de su saber cotidiano, cuyo fin es desarrollar su propia resiliencia.

Se describen siete aspectos fundamentales de la resiliencias. Estos siete elementos son los siguientes:

1. La toma de conciencia, que es la capacidad de identificar los problemas y sus orígenes de buscar soluciones para uno mismo y para otros, y ser sensible a las señales que brinda el entorno.
2. La independencia que está basada en la capacidad de establecer límites entre uno mismo y las personas cercanas, de distanciarse de aquellos que nos manipulan y de romper las relaciones personales de mala calidad.
3. El desarrollo de relaciones satisfactorias con los demás, la capacidad de elegir compañeros con buena salud mental.

4. La iniciativa, que permite dominarse y dominar el entorno y encontrar placer en actividades constructivas.
5. La creatividad, que permite pensar distinto de los demás, encontrar refugio en un mundo imaginario y también olvidar el sufrimiento interior y expresar positivamente las emociones.
6. El humor, cuyo objetivo es reducir las tensiones interiores y describir lo cómico en medio de la tragedia.
7. La ética, que guía la acción porque se sabe lo que está bien y lo que está mal y porque se acepta correr el riesgo de vivir sobre la base de estos valores. La ética permite también desarrollar la ayuda mutua y la compasión.

Conocer estas siete resiliencias puede ser útil para los docentes, los psicólogos, los asistentes sociales y los profesionales de la salud. Estas resiliencias pueden ayudar a ver en donde se encuentran las fuerzas y los recursos en las historias de niños y de adolescentes agobiados por los problemas y que afrontan obstáculos que a primera vista, pueden parecer insuperables.

El objeto de estudio de la presente investigación son las adolescentes en estado de gestación. La adolescencia, según la OMS se define el “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.

De acuerdo con esto, entonces, esta etapa del desarrollo humano se puede dividir en tres etapas:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años),
2. Adolescencia media (14 a 16 años),
3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).

Nuestro foco de estudio se sitúa en el segundo ítem, es decir el de la adolescencia media (14 a 16 años de edad). La misma, se define como el periodo de la adolescencia propiamente dicho, se ha completado el crecimiento y desarrollo somático. Desde el punto de vista psicológico, se alcanza el punto de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios, así como entrando en un proceso de conflicto y contradicción con los de sus padres. Asimismo, comienzan a experimentar acercamientos sexuales, asumen conductas rebeldes y les preocupa mucho la apariencia física.

De acuerdo con estas características, entonces, se observa que debido a las experiencias sexuales tempranas, se producen muchos casos de adolescentes en periodo de gestación. Esta situación se define como el tiempo de la edad ginecológica que se produce desde la menarcaquia, es decir cuando menstrúan por primera vez y, todavía, son individuos dependientes de su núcleo familiar, y en la mayoría de los casos, como ocurre en Guatemala, provienen de clases sociales bajas y de entornos vulnerables de pobreza y extrema pobreza. Asimismo, es un problema que se viene observando desde hace treinta años.

Sin embargo, aunque estos elementos impactan en sociedades como la guatemalteca y se demuestran, como bien se indica en el Índice Nacional de Desarrollo Humano (INDH) 2011/2012, donde se expresa que el patrón de fecundidad en Guatemala sigue siendo temprano y se ha mantenido elevado en las últimas décadas no se cuenta con programas sistemáticos que tiendan a *visibilizar este problema*.

Por otro lado, se debe recalcar que estos son estudios aislados y cada vez más, el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema, por ejemplo, en el campo de la salud, esto implica altos riesgos por los abortos que se producen; en lo psicosocial, por la situación que deben enfrentar las adolescentes frente a la familia y la sociedad. Se sienten perdidas y es muy difícil encontrar instituciones, tanto públicas como privadas que puedan auxiliarlas, brindándoles apoyo terapéutico para sobreponerse. Al contrario, estas instituciones deberían darles soporte y crear programa de salud integral, porque de acuerdo al INDH lo

que se buscaría sería que la salud reproductiva, además, de evitar que la madre y el recién nacido enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y del padre. Todo con el propósito de lograr un recién nacido saludable.⁶

Habría que adecuar métodos de prevención y de salud reproductiva implementados tanto desde el Ministerio de Educación como del de Salud.

La instauración de centros de salud integral consisten en prestar atención diferenciada a las adolescentes cuando, teniendo en cuenta las características propias de esta etapa de la vida, ponen a su servicio los conocimientos, habilidades, valores y convicciones de un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores, etc.) para contribuir a que las adolescentes pongan en práctica estilos de vida saludables y alcancen un desarrollo humano pleno.

Para reforzar lo dicho, uno de los puntos de apoyo para llevar a cabo este estudio se tomará de la teoría psicobiológica desarrollada por Jean Piaget, “enfoque que se centra en el desarrollo del pensamiento, del razonamiento y de la solución de problemas, dando especial importancia a cómo se desarrollan estos procesos desde la infancia. A continuación describiremos a grandes rasgos cada una de las etapas, sin embargo, para efecto de este estudio, se desarrollará de forma más profunda la *Etapa de las operaciones formales*, ya que, hace énfasis en la adolescencia.

Las etapas de la teoría del desarrollo cognoscitivo son:

1. *Etapa sensoriomotora* (del nacimiento a los dos años).
2. *Etapa preoperacional* (de los dos a los siete años aproximadamente).

⁶ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012). Guatemala: ¿un país de oportunidades para la juventud? informe nacional de desarrollo humano 2011/2012. Guatemala.

3. *Etapa de las operaciones concretas* (de los siete a los 11 años).

La etapa de las operaciones formales (de los 11 o 12 años en adelante). El niño puede analizar las soluciones lógicas a los conceptos concretos y abstractos. También puede pensar en forma sistemática en todas las posibilidades y encontrar soluciones lógicas; puede realizar proyecciones al futuro, recordar el pasado en la solución de problemas y razonar mediante la analogía y la metáfora.

Este tipo de pensamiento no necesita estar ligado a objetos ni hechos físicos. Permite preguntar y contestar preguntas hipotéticas (“¿Qué sucedería si le digo esto a esa persona?”); permite además “entrar en la cabeza” de los otros y asumir sus roles e ideales.

Al mismo tiempo, Inhelder y Piaget⁷, proponen la existencia de ocho esquemas operatorios formales que se adquieren a partir del dominio del pensamiento formal:

- **Las operaciones combinatorias**, que permiten dada una serie de variables o proposiciones, agotar todas las *combinaciones* posibles para lograr un determinado efecto.
- **Las proporciones**, cuyo uso permite cuantificar las relaciones entre dos series de datos, y que estarían conectadas con numerosos conceptos no sólo matemáticos, sino también científicos.
- **La coordinación de los sistemas de referencia**, representa un esquema necesario para comprender todas aquellas *tareas o situaciones* en las que exista más de un sistema variable que pueda determinar el efecto observado.
- **La noción del equilibrio mecánico**, que implica la comprensión de *igualdad entre acción y reacción* dentro de un sistema dado que

⁷ Klingler C. y Vadillo G. (2003) **PSICOLOGIA COGNITIVA Estrategias en la Práctica Docente**. México. McGRAW-HILL. P. 48

requiere la comprensión operatoria , es decir, mental, no real, entre el estado actual del sistema y su estado virtual o posible si se realizan ciertas acciones en él.

- **La noción de probabilidad**, vinculada a la *comprensión del azar* y, por lo tanto, a la casualidad que se relaciona tanto con las nociones de proporción como con los esquemas combinatorios.
- **La noción de la correlación**, estaría vinculada tanto a la proporción como a la probabilidad, y sería necesaria para determinar si existe o no una relación causal “ante una distribución parcialmente fortuita”.
- **Las comprensiones multiplicativas**, requerirán el cálculo de la *proporción inversa* de las variables para obtener un determinado efecto.
- **Las formas de conservación**, va más allá de la experiencia, están conectadas con la noción de equilibrio mecánico y supondrían el establecimiento de *leyes de la conservación referentes a fenómenos no observables*. Frente a las conservaciones propias de la etapa del pensamiento concreto que tienen un apoyo perceptual, las conversaciones de la etapa formal, que no son observables, no lo tienen.

De acuerdo con el modelo estructural, que la capacidad o competencia para operar con estos ocho esquemas -se adquirirá de un modo solitario o simultáneo, si bien la actualización de esa competencia o actuación con cada uno de los esquemas podrían depender también de ciertas condiciones de experiencia personal o educativa, en las que fuera útiles para la construcción de nociones específicas. En este sentido, los esquemas, en cuanto a operaciones formales, serían solitarios, no sólo de sus características generales sino también de una serie de supuestos sobre su naturaleza y funcionamiento.

Siendo los adolescentes el foco de la investigación, a continuación se describe la historia de la adolescencia, qué es la adolescencia así como cambios cognoscitivos en la adolescencia.

Adolescencia y gestación

Aunque en los documentos de la antigüedad, entre los de Grecia, Roma y China, se menciona un periodo intermedio entre la niñez y la adultez, la adolescencia prolongada como un periodo independiente de desarrollo es mucho más reciente y en general se limita a las naciones industrializadas. En los siglos XVIII, XIX y a principios del XX, cuando la mano de obra no calificada tenía gran demanda, los jóvenes que podían trabajar se convertían en adultos y se integraban muy pronto a la vida de los mayores.

Pero, terminada la Primera Guerra Mundial, el avance tecnológico y el cambio social rápido obligaron a los jóvenes a permanecer más tiempo en la escuela y esto los hizo depender financiera y psicológicamente de sus padres. Así, la industrialización conformó lo que conocemos hoy por adolescencia.

La concepción moderna de la adolescencia como un periodo individual de dependencia y no de autosuficiencia. A mediados del siglo XX, otros teóricos atrajeron la atención sobre esa etapa.

Los adolescentes son muy sensibles a la sociedad que les rodea: a sus reglas no escritas, sus valores, sus tensiones políticas y económicas. Trazan planes y se hacen expectativas respecto de su futuro, y estas dependen en parte del ambiente cultural e histórico donde viven. Por ejemplo, los adolescentes cuyo empleo y el ingreso familiar es elevado, esperan encontrar condiciones similares cuando entran en el mercado laboral. Confían en que su nivel de vida sea al menos semejante al de sus padres y no estarán preparados para aceptar uno más bajo, en caso de que las condiciones económicas empeoren cuando inicien la adultez.

Las condiciones económicas y culturales pueden hacer de la adolescencia un prelude brutalmente corto de la independencia o prolongar la dependencia de la familia. Así en la Irlanda del XIX, la mala cosecha de papas ocasionó hambrunas que dieron lugar a pobreza y sufrimiento en toda la población. Los jóvenes permanecieron en el hogar paterno porque debían trabajar y ayudar a la supervivencia de su familia, lo que retrasó su transición a la independencia como adultos.

En cambio, en Estados Unidos la Gran Depresión de los años treinta impuso responsabilidades imprevistas a los jóvenes: los adolescentes debían crecer lo más rápido posible. Muchos de ellos asumieron obligaciones de adultos y entraron en el mercado laboral antes de lo que lo hubieran hecho en condiciones normales.

Los factores culturales e históricos pueden representar una fuente importante de estrés psicológico durante la adolescencia. Así, en los cincuenta los adolescentes solían recurrir a los adultos en busca de respuestas a sus múltiples preguntas acerca de la vida y de cómo ganarse el sustento. Pero cuando los jóvenes de los sesenta buscaban figuras de autoridad, se encontraban con incertidumbre y valores antagónicos, lo mismo que con lo que les parecía hipocresía y egoísmo. Muchos pensaban que el orden social estaba derrumbándose, situación que favoreció el consumo de drogas, la promiscuidad sexual y la deserción escolar. Algunos nunca se recuperaron ni siquiera como adultos, aunque muchos lograron por lo menos aprovechar la experiencia y en su adolescencia se conocieron mejor a sí mismos y sus valores.

Los problemas de los adolescentes nacen de la "tensión entre el yo y la sociedad", es decir, una falta de correspondencia entre los sentimientos respecto a lo que son y lo que la sociedad quiere que sean. Según Keniston, los adolescentes, sienten una ambivalencia no sólo ante el orden social, sino ante sí mismos. Es posible que piensen que la sociedad es demasiado rígida y dominante; de ahí que intenten escapar asumiendo identidades y roles temporales.

En suma, ahora los investigadores comprenden que el contexto social e histórico del desarrollo es tan importante para la etapa de la adolescencia como las diferencias individuales (Jesser, 1993). De la misma manera que los niños, los adolescentes alcanzan la mayoría de edad en un *nicho cultural* que influye en todos los aspectos de su vida, desde las novedades y las modas hasta la economía y las oportunidades educacionales, desde el tiempo libre y la salud hasta la nutrición. El nicho cultural define pues lo que es la adolescencia.

El proceso de inclusión social supone la existencia de un conjunto de oportunidades básicas que la persona joven tiene para participar en el disfrute de los bienes que la sociedad/el mercado/el Estado le ofrecen; o bien, en el acceso a determinadas oportunidades o funciones que el Estado/el mercado/la sociedad establecen en la promoción de los intereses básicos de la comunidad, a partir de los niveles de desarrollo político-económico-social, de la modernización que la sociedad va alcanzando. Esto se traduce en noción elemental de que, *ceteris paribus*, a más desarrollo, más oportunidades básicas, más expectativas de inclusión.

En consecuencia, las *oportunidades básicas* son las situaciones, momentos y contextos que se originan en el medio social donde la persona joven vive, que surgen o existen como ofertas y se perciben como derechos que dicha persona joven tiene por el hecho de pertenecer a un determinado estrato social, a una familia o una comunidad.

En cuanto tal, las situaciones o los derechos corresponden a una etapa de la vida, a la condición de ser joven. Por ejemplo, a los 13 años, por la edad tiene derecho de educación. La inclusión social es, por lo tanto la posibilidad señalada por un conjunto de expectativas o derechos de los que se puede disponer. La pertenencia a un estrato social no significa una fatalidad estructural; es socialmente superable con ayuda de los diversos mecanismos de la movilidad social que toda sociedad tiene. Es perjudicial para el cambio y la modernización la debilidad de los resortes de la movilidad social ascendente.

Son cuatro las *oportunidades básicas*, situaciones o derechos a los que nos estamos refiriendo. En cada uno de ellos hay una gradación que va de lo positivo a lo negativo y que se tienen según sea la posición que se ocupa en la sociedad o el aprovechamiento que se haya intentado. Es decir existen grados o aspectos que están satisfechos y otros que los están menos; el conjunto de ellos define la calidad de la inclusión de una persona o un grupo. Se nace más o menos integrado, condición que puede alterarse a lo largo de la vida; hay personas bien o mal integradas, que tienen condiciones favorables en unos casos y negativas en otros; la suma total contribuye a calificar el grado de inclusión de la persona; y la suma de las personas califica a la sociedad. Existen sociedades más incluyentes que otras; son sociedades centrípetas. El grado de inclusión/exclusión varía rápida o lentamente y puede convertirse en su contrario. Por ejemplo una crisis económica, una tormenta tropical destructiva, una situación de decaimiento político afectan más a unos sectores que a otros, según el grado de vulnerabilidad que tienen.

Como eje central del análisis de la inclusión social, se pueden encontrar situaciones o conjuntos de *oportunidades básicas* que las y los jóvenes necesitan para potenciar su desarrollo humano, tanto presente como futuro. Son oportunidades estratégicas que se necesitan para la inserción en la vida social y económica. Se toma como punto de partida cuatro dimensiones básicas que definen la dinámica juvenil:

- a) Oportunidad de vivir: implica gozar del derecho a la salud, iniciar la vida sexual de forma saludable y responsable, tener derecho a la libre definición de una identidad, gozar del derecho a la seguridad.
- b) Oportunidad de aprender y conocer: involucra gozar del derecho a la educación, lograr destrezas para el trabajo, alcanzar conocimientos y habilidades para la realización personal y la participación en la vida de la comunidad, tener acceso a bienes culturales y simbólicos.

- c) Oportunidad de participar: progresivamente en la vida social, en los ámbitos político, económico, social y cultural.
- d) Oportunidad de disfrutar el tiempo libre: cuya especificidad constituye una de las características de la memoria social que define a la juventud. Se pasa de experiencias y actividades lúdicas en la niñez a un disfrute de nuevas experiencias y actividades con más matices de lirismo en la juventud.

Cuando concurren las oportunidades básicas, los jóvenes, hombres y mujeres, tienen condiciones para lograr un desarrollo humano⁸ pleno. Existen muchos jóvenes que sobreviven en situaciones de exclusión múltiple que pueden estimular formas de conducta que alteran las relaciones sociales con las que se desarrolla ordenadamente una comunidad. Estas *situaciones de riesgo* tienden a generar una dinámica social centrífuga, mientras que el aprovechamiento de las oportunidades básicas produce una tensión social centrípeta. En estas situaciones, muy complejas, los jóvenes son especialmente vulnerables a riesgos específicos como la maternidad/paternidad prematura, enfermedades de transmisión sexual, violencia e inserción en mercados ilegales, entre otros. En general, estas situaciones de riesgo entrañan reducidas oportunidades para el desarrollo de capacidades humanas.

El surgimiento del fenómeno de las pandillas en Guatemala en las últimas décadas están relacionados con situaciones de riesgo como el entorno socioeconómico agravado por las crisis económicas, sociales y políticas, el ámbito comunitario precario, las relaciones familiares disfuncionales, la ausencia de oportunidades educativas y laborales, el mercado de drogas y el mercado de armas, entre otros.

⁸ Índice de Desarrollo Humano (IDH): índice compuesto que mide el promedio de los avances en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digno.

De esta manera, se evidencian especialmente elementos estructurales que alimentan conductas anónimas y facilitan el ingreso al mundo de la ilegalidad en sus múltiples formas; alteran de forma negativa la vida de jóvenes que se convierten en transgresores y pueden terminar, como indicó un pandillero, en muerte, lesión o privación de libertad. El problema crítico, en consecuencia, reside en la necesidad de identificar las desigualdades, las dificultades o los obstáculos que niegan a grupos de jóvenes la posibilidad de incluirse provechosamente en la vida en sociedad y tener libertad de elegir lo que más interese.

Probablemente, de las condiciones que más niegan las oportunidades básicas son la ausencia de la escuela y/o del trabajo; la falta de estas dos alternativas, fundamentales para la juventud, puede tener efectos perniciosos en cohesión e integración de la persona joven en la sociedad. Lo peor que puede ocurrir –y, de hecho, ha ocurrido– es que grupos vulnerables de jóvenes en estado de *disponibilidad* sean reclutados para la delincuencia y crimen organizado. La desocupación y la ocupación en condiciones precarias excluyen. En Guatemala hay varias alternativas, todas ellas de efectos problemáticos para el desarrollo nacional y para la integración de la persona joven en la sociedad. Una es el ingreso al mundo de la informalidad, otra es la incorporación a pandillas, entre otros, por razones económicas, y la tercera es la migración al exterior en condiciones irregulares en búsqueda de trabajo con mayor remuneración.

Las situaciones de la exclusión constituyen la otra cara de la moneda de oportunidades para el desarrollo humano. Cuando las exclusiones prevalecen, los riesgos sociales se incrementan. De no debilitarse las condiciones sociales y estructurales de exclusión, es muy probable que se comprometa seriamente el magro avance que ha logrado el país en las últimas décadas, al condenar a las futuras generaciones a una vida de pobreza, desigualdad y conflictividad social.

Se pueden mantener los actuales círculos viciosos de la exclusión, la desigualdad y la violencia, o bien generar oportunidades que desaten círculos virtuosos de inclusión y desarrollo humano, posibilitando así una movilidad social ascendente masiva por medio del empoderamiento de las nuevas generaciones.

Si la sociedad genera y mantiene condiciones adecuadas, a la juventud puede ser una oportunidad para el desarrollo del país⁹.

La palabra adolescencia viene del latín *adolescere* que significa crecer hasta la madurez. Por tradición esta etapa se considera un preludeo y una preparación para la adultez, un periodo vital de transición entre la inmadurez y la madurez. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano donde se observan cambios puberales, que trastocan la relativa estabilidad alcanzada. El cuerpo comienza a cambiar y aparecen los primeros rasgos sexuales secundarios. Surgen nuevas emociones e intereses. Parte de la crisis de identidad se centra en el cuerpo. Hay una conflictiva particular en el joven, cuyo cuerpo experimenta ahora funciones sexuales adultas¹⁰.

Además, el adolescente en su naciente personalidad, se sitúa como un igual de sus mayores, pero se siente distinto, diferente a ellos, debido a la nueva vida que se agita en él y entonces, tal como es debido, quiere superarlos y sorprenderlos transformando el mundo. Atribuyéndose así mismo con toda modestia un papel esencial en la salvación de la humanidad y organiza su plan de vida en función de esta idea. En otras palabras, este periodo del desarrollo psicobiológico del ser humano se puede describir de la siguiente manera:

En la cultura moderna, la adolescencia abarca un periodo de por lo menos 10 años. Tanto su inicio como su final suelen ser poco precisos. Es común que el niño comience a comportarse como adolescente antes de que empiecen a aparecer los cambios físicos. ¿Y cómo podemos definir el momento exacto en que se convierte en adulto? Quizá el mejor indicador sea la madurez emocional y no criterios más obvios como terminar los estudios, ganarse el sustento., casarse o procrear, sin embargo resulta difícil definir la madurez emocional.

⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012). Guatemala: ¿un país de oportunidades para la juventud? informe nacional de desarrollo humano 2011/2012. Guatemala. p. 10-15.

¹⁰ Melillo. A., Suárez. E y Rodríguez. (2004) **Resiliencia y subjetividad Los ciclos de la vida**. Buenos Aires: PAIDOS. p. 138.

En total, vemos cómo el adolescente lleva a cabo su inserción en la sociedad de los adultos: lo hace mediante proyectos, programas de vida, sistemas que a menudo son teóricos, planes de reformas sociales o políticas, etc. Resumiendo, lo hace mediante el pensamiento y podría casi decirse que mediante la imaginación, debido a lo mucho que esta forma de pensamiento hipotético-deductivo se aleja a veces de lo real¹¹.

El adolescente desarrolla una forma de egocentrismo en la que no distingue entre sus intereses personales y las de los otros. Audiencia imaginaria es el nombre que se le da al hecho de que el adolescente siente que lo vigilan y lo juzgan constantemente. Algunos adolescentes crean una fábula personal, es decir, piensan que son tan especiales que no deberían estar sujetos a las leyes naturales.

Por esa razón, es que tienden a experimentar cosas nuevas cada día sin pensar en las repercusiones que estas acciones pueden traer a sus vidas.

Pero también, hay que tomar en cuenta que para comprender mejor a los adolescentes en nuestros días conviene conocer el nicho cultural –el ambiente social– en el que viven y conviven muy peculiares en las sociedades modernas. Entre estos se pueden citar la segregación por edad, la dependencia económica prolongada, los grandes acontecimientos de la época que le toque vivir al adolescente y la influencia de los medios masivos de comunicación.

Durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que enriquecen y complican su vida.

¹¹ Piaget. J., (1981). **Seis estudios de psicología**. Barcelona: Editorial Barral. p. 89-91.

En esta etapa, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la metacognición. Ambos aspectos ejercen un profundo influjo en el alcance y el contenido de los pensamientos del adolescente y en su capacidad para emitir juicios morales.

Piaget describió el pensamiento abstracto del adolescente como la característica distintiva de la etapa final del desarrollo cognoscitivo.

Pensamiento operacional formal. Esta nueva modalidad de procesamiento intelectual es abstracta, especulativa e independiente del ambiente y de las circunstancias inmediatas. Comprende considerar las posibilidades y comparar la realidad con cosas que pudieran ser o no. A diferencia de los niños pequeños que se contentan con hechos concretos y observables, el adolescente muestra una inclinación creciente a considerar todo como una mera variación de lo que *podría* ser.

Por lo tanto, el pensamiento de las operaciones formales exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Requiere manipular no sólo lo conocido y verificable, sino también la cosas contrarias a los hechos.

Los adolescentes muestran, asimismo, una capacidad cada día mayor para planear y prever. En un estudio, el investigador les pidió a alumnos de décimo y doceavo grados, y a estudiantes universitarios de segundo y último año, que describieran lo que pensaban que les sucedería en el futuro e indicaran la edad que tendrían entonces. Los sujetos de mayor edad fueron capaces de vislumbrar un futuro más distante que los de menor edad y sus descripciones eran más concretas.

El pensamiento operacional formal puede entonces definirse como un proceso de *segundo orden*. Si bien el pensamiento de primer orden consiste en descubrir y examinar las relaciones entre objetos, el de segundo orden consiste en reflexionar sobre nuestros pensamientos, buscar los nexos entre las relaciones y transitar entre la realidad y la posibilidad. A continuación se incluyen tres cualidades notables del pensamiento del adolescente:

1. La capacidad de combinar variables relevantes para hallar la solución de un problema.
2. La capacidad de proponer conjeturas sobre el efecto que una variable tendrá en la otra.
3. La capacidad de combinar y separar las variables en forma hipotético-deductiva ("Si se presenta X, ocurrirá Y") (Gallagher, 1973).

En general, se acepta que todos los individuos logran dominar el pensamiento operacional formal. Más aún, los adolescentes y los adultos que lo alcanzan no siempre lo utilizan de manera constante.

Buena parte de los cambios que ocurren durante la transición de la niñez a la adolescencia tiene relación con la sexualidad, tanto en sus expresiones biológicas y fisiológicas, como en la conformación de la identidad y las relaciones sociales que se construyen alrededor de la experiencia sexual. Estos procesos tienden a considerarse en los primeros años de la adultez, cuando el componente reproductivo cobra un sentido particularmente relevante.

Asimismo, el creciente reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población, particularmente a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, hizo visibles las dificultades que experimenta la población adolescente y joven para ejercer y disfrutar reproducción tienden a concentrarse en estas etapas de la vida.

La primera relación sexual marca un momento importante en la vida de las y los individuos e inaugura procesos fundamentales en lo afectivo y sexual. Aunque con algunas variaciones en el tiempo, el inicio de la vida sexual se encuentra estrechamente vinculado con el inicio de la vida reproductiva.

El arranque prematuro de la vida sexual, especialmente cuando se encuentra aunado a la falta de educación integral en sexualidad, desde las escuelas y las familias, puede tener consecuencias negativas, tales como mayores

probabilidades de infecciones transmitidas sexualmente (ITS), embarazos no deseados, complicaciones obstétricas y perinatales, deserción escolar, menores probabilidades laborales y menores ingresos.

Guatemala es un país donde el acceso a información sobre métodos anticonceptivos ha aumentado entre adolescentes y jóvenes, pero todavía hay altos riesgos derivados de la falta de uso de dichos métodos con propósito de planificación familiar o prevención de ITS. La ruralidad, la pobreza y el nivel educativo bajo son condiciones que colocan a hombres y mujeres jóvenes en una mayor vulnerabilidad frente a embarazos no deseados y frente a la adquisición de ITS y VIH.

El país tiene altas tasas de fecundidad adolescente y de mortalidad materna entre adolescentes y jóvenes. Según la Encuesta nacional de salud materna e infantil 2008-2009, del total de mujeres entre los 15 y los 19 años, el 28% ya había tenido su primera relación sexual y, de las mujeres entre 20 y 24, el 70%. Por su parte, de las y los jóvenes hombres entre 15 y 19 años, 38.2% ya ha tenido relaciones sexuales y, de los hombres entre 20 y 24, el porcentaje asciende a 82.4. De la mano con la primera relación sexual se encuentra el inicio de la trayectoria reproductiva y de la primera unión o matrimonio. En relación con la edad de la madre al momento del nacimiento del primer hijo, del total de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, el 17% ya tuvo su primer hijo, mientras que entre las mujeres jóvenes de 20 a 24 años, 6 de cada 10 ya son madres. En el caso de los jóvenes hombres, la paternidad inicia más tardíamente: de los jóvenes entre 15 y 19 años solamente el 4.5% ya tuvo su primer hijo, mientras que el 35.5% de los jóvenes entre 20 y 24 ya son padres.¹²

Cabe mencionar, que el presente estudio desarrollará un programa de resiliencia el cual está dirigido a madres adolescente. Ya que, el proceso al que se enfrentan las madres adolescentes con el embarazo precoz y no deseado, las

¹² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012). Guatemala: ¿un país de oportunidades para la juventud? informe nacional de desarrollo humano 2011/2012. Guatemala p. 63-64.

sitúa a ellas y por lógica al hijo en situaciones de estrés socio afectivo con importantes consecuencias. Además, el embarazo de edad temprana implica básicamente un deterioro en la calidad de vida, concretamente riesgo ginecobstétrico y biomédico en los hijos. Aunque esta situación no es privativa de una clase social en particular, afecta a aquellos que no poseen menos recursos personales, culturales y económicos, para hacerle frente por tanto tiende a concentrarse y ver agudizados los efectos en los sectores marginales de nuestra sociedad.

En la sociedad actual, las niñas a menudo, se ven forzadas a madurar antes de tiempo y empiezan a enfrentarse a asuntos relacionados con cambios físicos, autoestima, amistades, toma de decisiones y aislamiento social. Por ejemplo, en Guatemala, en los días de hoy, muchas niñas, en edad adolescente, se ven enfrentadas a situaciones complejas debido a que quedan embarazadas en esta etapa de sus vidas y no tienen la suficiente madurez física y emocional como para afrontarlo.

Ser madre, entonces, se convierte en un problema para ellas. Antes de describir este hecho, es importante mencionar que el concepto de madre no ha cambiado en la historia, al menos desde una interpretación ontológica. Pues bien, consideramos que no se puede hablar de un ser en abstracto, sin tomar en cuenta su estar siendo, su estar en el mundo y en su mundo. Ello nos conduce irremediabilmente a hacer notar que no es lo mismo un hombre que una mujer, o bien, una niña que una mujer madura, o, en este caso, una mujer que no ha parido de una que ya lo ha hecho. Todas son mujeres, es cierto; sin embargo, su ser ontológico es diferente. Cada una responde a lo que ha vivido, a lo que la ha hecho ser quien es.

Esto, que hoy nos podría parecer lógico o sensato, no ha sido entendido así en la historia. La madre adquiere categoría de madre, no sólo por haber parido, sino por el reconocimiento que se hace de tal acción. Es la sociedad quien le reconoce esa función. Esto no significa que si no se le reconoce, deje de serlo a pesar de haber parido. No, biológicamente es madre, pero, sólo a partir de dicho

reconocimiento se le adjudica una forma específica no sólo de ser sino de estar siendo; es decir, se extiende la posibilidad aún antes de que sea madre. Pero, ¿cómo se le reconoce a una mujer su calidad de madre?

Consideramos que a través de la historia se han atravesado básicamente tres estadios de significación, en los tres hay una idealización de lo que es a partir de lo que debe ser. A continuación se describen los estadios.

- El culto, o enfoque arquetípico: Se da a partir de una idealización de tipo mágico. Marca los límites exteriores de la comunidad. Con límites exteriores queremos decir la posibilidad de extenderse más allá del número de sus miembros, pues al existir la posibilidad de que la mujer de a luz, existe también la posibilidad de extenderse numéricamente como comunidad. Esta comunidad puede ser una de hace cuatro mil años o más, o bien, una familia en la actualidad. Hay, en otras palabras, un culto a la fertilidad, y la madre es quien la representa.
- La veneración, o enfoque prototípico: Se da a partir de una idealización de orden. Se necesita sistematizar las ideas a partir de un pasado, un presente y un futuro como comunidad, como familia. En este sentido, la mujer adquiere un papel fundamental y fundante, ya que ella representa la posibilidad más antigua de ser en la historia. Es la etapa de las grandes religiones, en donde las diosas paren a los dioses creadores y destructores. El cuerpo de la mujer es la representación simbólica y estética de dichas diosas.
- La identificación, o enfoque estereotípico: Se enmarca en una forma estética de reconocimiento. En ella el arte, la cultura, la educación, entre otras formas de socialización, cobran sentido al proponer e imponer formas variadas de ser mujer, pero una sola de ser madre. La forma no afecta al fondo. La parafernalia que puede tener en un

tiempo determinado de idealización, no cambia la idea primigenia de la fertilidad.

El ser histórico de la madre está relacionado con su ser ontológico y simbólico. Lo histórico no le es algo dado de suyo, por cuestiones biológicas, en todo caso, esta forma de ser en el mundo (lo biológico) le ha posibilitado y definido en la proyección de su ser ontológico y simbólico.

- ¿Por qué ontológico? Porque su ser como esencia se da a partir de lo que la madre es. La abstracción de su ser se ha constituido más como corporeidad que como cuerpo, es decir, a esa condición de dar vida que la ha definido históricamente. Es, pues, desde su capacidad de procrear desde donde se le ubica y define. Así, su historicidad no está en relación con lo que es, sino con lo que puede y debe ser. Es una existencialidad ontológica proyectada hacia una forma en espera de ser.
- ¿Por qué simbólico? Porque su cuerpo deja de ser materia que representa un ser que es, para referirse a una materia que produce materia. No se ve en ella solamente lo que es, sino lo que simboliza.

Puramente biológico, a las "leyes de la naturaleza". Pero no sólo pare, da a luz, sustenta la idea de nacimiento como una forma de asumirse la comunidad, la familia, como historicidad ontológica. La historicidad ontológica es una forma de ser que, al estar en el tiempo, produce formas distintas de estar siendo. Ello da la posibilidad de acceder a una simbolización de la vida a partir de la mujer que arroja al mundo una parte de su ser ontológico.

En las culturas primitivas, la mujer aparece como un ser que da vida. Sus grandes senos, listos para amamantar, indican no sólo su cuerpo, sino la idea de que es la dadora de vida. Posteriormente, en las grandes civilizaciones, la idea no cambió, aunque la apariencia sí. La idea de una dadora de vida siguió estando presente.

En la Edad Media se modificó de nuevo la apariencia, pero la idea persistió. Aunque, ahora, se le asoció con el contrapuesto de la Virgen. En esta etapa se fundan en un solo ser las dos ideas rectoras desde las que idealizaban a la mujer: ora como virgen, ora como madre. Y, aunque parezca extraordinario, en ambos casos están presentes las ideas de fertilidad y fecundación. En el caso de la virgen, debido a que denota la idea de que aún no es madre; es decir, su ser ontológico se da a partir de que aún no es, se da desde la posibilidad de ser. En otras palabras, la idea de madre se concibe desde un proyectarse desde la virginidad hasta la del estado de gestación y alumbramiento. El alumbramiento es el culmen de dicho proceso, el final de la espera. Dar a luz, es traer desde la oscuridad a la claridad del estar siendo. Y ambos, madre e hijo, adquieren una nueva forma de ser, una en la que lo definitorio es el estar siendo. Forma por demás simbólica de una historicidad ontológica.

El Renacimiento re-descubre al cuerpo de la mujer, pero sólo lo hace desde la materia. La idea sigue siendo la misma: la maternidad. El cuerpo desnudo sigue estando atado de los moldes simbólicos que dan sentido a la historicidad ontológica. ¿Cómo regresar al origen si la desnudez no está en ideas como la de madre? La apariencia se quedó con la mayor tajada de la realidad. El discurso le ganó al silencio, que también es una forma de ser y de estar siendo.

Por su parte, desde la industrialización hasta nuestros días, la idea de madre se ha visto constreñida al discurso. La madre ha sido re-conocida, una vez más, como madre a partir de que la sociedad le ha dado ese estatus. La comercialización ha reducido la posibilidad de otras formas de entendimiento. El estereotipo de madre cobra cada vez mayor fuerza al unificarla en una sola apariencia. La estética tiene mucho que decir, pero se ha quedado en la apariencia. Sólo a partir de una interpretación de la apariencia, se podrá reconceptuar la idea de madre¹³.

¹³ Hurtado José Martín (2009). **Barroco El concepto de madre en la historia**. Diario de Querétaro, México. Disponible en: [<http://www.oem.com.mx/esto/notas/n1156887.htm>].

La paternidad es una misión humana de carácter vital (se extiende a través de la vida) que abraza a la persona total de los padres y cuyo fruto ha de ser la persona de los hijos. Esto que se trata de una función que realizan los padres en cuanto personas, es decir, con el ejercicio de su inteligencia, su voluntad y su capacidad de amar, y dirigida a sus hijos también en cuanto personas, en cuanto seres inteligentes y libres a los que hay que educar para que asuman un día su propia vida de manera consciente y responsable.

Sin embargo, en el caso de los adolescentes, esto llega a ser un problema, tal como lo explica Grace J. Craig al decir que:

Los hijos de adolescentes se hallan en desventaja con los de padres mayores. Les afecta el hecho de que sus progenitores no sepan todavía asumir las responsabilidades del adulto ni cuidar a otros. Como los padres se sienten tensos y frustrados, es muy probable que descuiden a sus hijos o los maltraten. Estos niños a menudo muestran un desarrollo y un crecimiento cognitivo lentos. La probabilidad de desarrollar problemas cognitivos y psicológicos aumenta en las familias en que coexisten –y se prolonga- las condiciones de pobreza, las disputas conyugales y la educación deficiente.

Pero, (...) si reciben ayuda, algunos adolescentes cumplen de manera excelente su obligación de criar a sus hijos, al mismo tiempo que avanzan a la adultez

Así, la paternidad se convierte en una misión de carácter personal que consiste en la terminación, a través del tiempo, de la obra más viva y personal de los conyugues, que son los hijos. Esta terminación de la obra constituye la acción educativa paterno-filial. Por ello, podemos afirmar que el ejercicio de la paternidad es la realización de una función de carácter educativo.

Pero también el proceso educativo afecta a los padres. Estos educan y al hacerlo también se educan a sí mismos. La interacción es recíproca. Es el hijo

quien nos hace padres y son los padres quienes nos hacen hijos. De ahí que los padres hacen familia ya mucho antes de la concepción. Su función de enseñar, las más de las veces con el ejemplo vivido y no con el sermón teórico, a todo nuevo hijo a ser mejor persona, dura toda la vida. Este hecho real de la interacción educativa padres-hijos se encuentra en el centro del significado esencialmente humano de la paternidad.

La familia como comunidad de personas es a la vez naturalmente educadora, ya que con la relación íntima- natural de sus miembros propicia su enriquecimiento, y es sujeto de educación en tanto está constituida por un grupo de educandos: padre e hijo.

Persona y educación son dos términos estrechamente unidos, y a ellos se une de manera natural el de la paternidad, puesto que esta es esencialmente una misión de tipo personal que consiste en la realización de una función de carácter educativo. Esta acción educativa paterno- materna, que coadyuva a la realización de los hijos en cuanto personas, evidentemente consiste en una búsqueda del bien de esos hijos. Es importante que entendamos cabalmente el concepto de bien, pues no se refiere al bien-estar de ellos que siempre es más o menos externo (físico, material, social), sino fundamentalmente al bien-ser de su personalidad total; es decir, a aquello que los conduce a la plenitud personal, a través de la realización al cabo de su vocación en la vida.

El proceso progresivo hacia la plenitud corpórea- espiritual, única e irrepetible de la persona de cada hijo, constituye la esencia de la tarea hacia la que se ha de encaminar la relación paterno- filial. Estimular las disposiciones naturales de los hijos, despertar su inteligencia, fortalecer su voluntad, encauzar sus afectos, es lo que está en la base de la auténtica acción educativa; es lo que, poniendo en marcha todo el potencial de su ser, les permite descubrir y emprender aquello que constituye su vocación humana y por tanto conducirse al fin que solo a cada uno de ellos le es propio.

Entonces, cuando la labor de los padres se identifica con el significado originario de la acción de perfeccionar (del latín *perficere* dar los últimos toques a aquello que ya está hecho en lo esencial), la paternidad encuentra su dimensión más propia.

Sin embargo, es particularmente importante no perder de vista que esa acción de los padres encaminada a perfeccionar a los hijos, ha de ser de acuerdo con lo que convenga a ellos (según lo que corresponda al bien de su persona) y no de acuerdo con nuestros propios deseos y expectativas como padres. Esto significa que debemos comprender que no se puede ni se debe forzar el rumbo de la vida de cada hijo, pues en el descubrimiento y la realización que ellos logren de la vocación irrepetible que les corresponda, se desarrolla el valor de su persona. El acercamiento de los hijos a su propia finalidad es un proceso paulatino, en el *que cada etapa constituye una meta que a la vez solo es un paso.*

Perfecto es lo terminado, lo completo, aquello que refunde todas las calidades concebibles, y eso es imposible en él ser humano que, por naturaleza, es perfectible. En la medida en que la acción educativa de los padres se esfuerce por propiciar el desarrollo de todas las capacidades de sus hijos, conseguirá en ellos la auténtica educación de su persona, que no es otra cosa sino el bien al que todo padre y madre aspira.

La paternidad ayer y hoy y mañana es esencialmente la misma; la donación física y espiritual de los progenitores, para la procreación y educación de los hijos. Desde el punto de vista biofísico, en el orden de la naturaleza material, se encuentra la paternidad genética o paternidad según el cuerpo; desde el punto de vista del derecho, en el orden jurídico se distingue la paternidad legal o paternidad según la ley desde el punto de vista educativo, en el orden de la naturaleza espiritual, se pone de relieve la paternidad específicamente humana, en el sentido integral del término o paternidad según la persona, la paternidad entendida en todos sus aspectos, es la integración armónica de estos enfoques.

La paternidad, esencialmente entendida, es la acción educativa, cotidiana, permanente, personal y amorosa de padres a hijos. Al ser la paternidad una función intrínseca a la naturaleza humana, es un valor permanente, que cambia en sus formas a través del tiempo el espacio porque permanece intocable en su fondo, es decir en su dignificado esencial.

Son muchas las definiciones que se han dado de la Orientación, bien estudiándola como concepto (ayuda) o como constructo educativo (proporcionar experiencias que ayuden a las personas a conocerse a sí mismas). La raíz de la palabra orientación, *guidance*, al concepto de guía, gestión, gobierno....

La orientación familiar¹⁴ se define como el proceso de ayuda a la familia con objeto de mejorar su función educativa pero también, la dinámica funcional, adaptación a sus circunstancias y al entorno vital. Se considera que la orientación familiar es un servicio de ayuda para la mejora personal de quienes integran una familia, y para la mejora de la sociedad en y desde las familias, suponiendo un proceso de ayuda a cada familia asesorada que se extiende a todos los miembros cuando también tiene parte de responsabilidad, de ayuda, de educación o de suplencia en la misma.

La orientación familiar, puede entenderse como una ayuda prestada a la familia a través de un conjunto de técnicas encaminadas a prevenir y a afrontar dificultades por las que atraviesan sus miembros en los distintos momentos del ciclo vital. Este autor afirma que las múltiples variables que interactúan en una situación personal se tornan confusas dificultando la orientación personal, profesional y escolar, complejidad que se acrecienta para la orientación familiar.

Se entiende la orientación familiar como: "el conjunto de técnicas encaminadas a fortalecer las capacidades evidentes y las latentes que tienen como objetivo el fortalecimiento de los vínculos que unen a los miembros de un mismo sistema familiar, con el fin de que resulten sanos, eficaces y capaces de

¹⁴ **La Orientación Familiar.** María Fernández Hawrylak. Universidad de Burgos. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=743598]

estimular el progreso personal de los miembros y de de todo el contexto emocional que los acoge.”

Además Ríos plantea que:

“El contenido fundamental de la orientación familiar se centra en la ayuda técnica que hay que ofrecerle como sistema vivo y dinámico sometido a reglas que le permitan evolucionar hacia una continua apertura, en la que el equilibrio (homeostasis) entre los factores estables (morfoestáticos) y los susceptibles de cambio (morfo genéticos), hagan viable el progreso de todos los elementos.”

Entre los orientadores profesionales se distinguen dos interpretaciones como las más importantes de la función orientadora y que se derivan de dos líneas principales de desarrollo histórico que convergen en esta profesión:

- La primera, donde el objetivo de la orientación es facilitar las elecciones y decisiones prudentes o ayudar a personas que sufren por las preocupaciones de la vida cotidiana (counseling).
- La segunda, donde el propósito es promover la adaptación o la salud mental. El orientador es responsable de atender ambos objetivos.

A pesar de estas concepciones podemos afirmar que la orientación es un proceso complejo que incluye multitud de elementos, por ello, las definiciones de orientación son muy numerosas; no se puede dar una sola. Son varios los autores que coinciden al considerar la orientación como un proceso de ayuda técnica y humana al individuo para que alcance su autonomía personal y una madurez social.

El concepto de orientación es tan amplio y abarca tantos modos de prestar ayuda a una población de cualquier tipo que se la considera como un servicio o

grupo de servicios especializados o una manera de actuar. Esta autora manifiesta que todo ello tiene aplicación a la Orientación Familiar, y sirve para destacar la variedad de actividades propias de un orientador familiar en las múltiples relaciones de ayuda de la corriente.

Orientar sería:

“en esencia, guiar, conducir, indicar de manera procesual para ayudar a las personas a conocerse a sí mismas y al mundo que las rodea; es auxiliar a un individuo a clarificar la esencia de su vida, a comprender que él es una unidad con un significado capaz de y con derecho a usar de su libertad, de su dignidad personal, dentro de un clima de igualdad de oportunidades y actuando en calidad de ciudadano responsable, tanto en su actividad laboral como en su tiempo libre”.

En el mismo sentido, la orientación implica una ayuda personal proporcionada por alguien y fundamentada en el hecho de que los seres humanos necesitan ayuda.

La orientación, en cualquier caso, supone no sólo la simple consulta, sino que es más bien un proceso de acciones y prácticas que se dan en varios momentos y en dirección a una meta principal: ayudar a la persona a tomar conciencia de sí mismo, de los modos en que interacciona y de las influencias que ejerce y padece para poder clarificar sus problemas y las posibilidades que tiene de superarlos.

Por otro lado, es importante resaltar que para evitar gestantes adolescentes, las autoridades de gobierno deben implementar las leyes correspondientes a fin de evitar que las cifras de adolescentes en periodo de gestación sigan en ascenso. En la actualidad está vigente la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar, En el Artículo 10, Formación integral del adolescente. Establece,

“El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales, deben incluir en la currícula de formación contenido sobre: derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno-infantil”¹⁵.

Mismo que aún es tema de discusión con relación a que si debe o ejecutar o no, debido a la complejidad del tema así como el rechazo de parte de la sociedad.

La cual establece la inclusión en los planes de estudio de la educación sexual, en los últimos años de educación primaria y al mismo tiempo la adaptación de los contenidos de acuerdo a la edad sobre los “derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno infantil.

Cabe mencionar que en el país existe la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM) y la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES) instituciones no gubernamentales que brindan capacitaciones relacionados a educación sexual en general así como también suministros de salud reproductiva asequibles para los adolescentes, al mismo tiempo el Ministerio de Salud cuenta con clínicas dedicadas a los adolescentes a lo largo del país.

¹⁵ Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Disponible en: [<http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnálisisDocumentaciónJudicial/cds/CDs%20Leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>]

1.3. Delimitación

El trabajo de investigación que se lo llevo a cabo en la Sección de Salud Mental Infanto – Juvenil, específicamente en el Centro de Salud de la Zona 1; Ubicado en la 10 Avenida 14-00 Zona 1, Guatemala. Se abordan los elementos de resiliencia, sobre como las madres afrontan y asumen la maternidad durante la adolescencia, además de dar acompañamiento a las madres en la adaptación y aceptación de la maternidad durante la adolescencia.

Teóricamente se delimita la resiliencia como la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. Toma en cuenta la historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores. Y un enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos.

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

Técnica de muestreo: La población son todas aquellas adolescentes que asisten a Sección de Salud Mental Infanto – Juvenil, específicamente en el Centro de Salud de la Zona1, donde se tomó la muestra por referencia del psiquiatra del centro de Salud, para trabajar con un total de 50 madres adolescentes.

Dentro del Programa se utilizaron las siguientes técnicas:

Conversación informal: Se realizaron conversaciones con las adolescentes de forma informal con el objetivo de obtener información general sobre la situación de vida de las adolescentes.

Grupo de discusión: Se utilizó esta técnica para abordar temas grupales con las adolescentes sobre los elementos en común que tienen y abrir espacios de interacciones entre ellas como una red de apoyo.

Taller: Se implementaron dos talleres con las adolescentes con los siguientes temas adolescencia y gestación, ¿qué es ser madre?

Entrevista: Se elaboró una entrevista que nos permitió identificar que elementos o indicadores de resiliencia se identifican en la población.

Grupo de apoyo: Se implementaron con el objetivo de que las madres creen redes de apoyo y comunicación

2.2 Instrumentos

Planificación del grupo de discusión: Contiene los objetivos del grupo de discusión y las preguntas generadoras que se desarrollaran en grupo de discusión para crear redes de apoyo entre las madres adolescentes.

Planificación de taller: Contiene elementos como objetivos, actividades a desarrollar, material responsables de cada actividad, sobre el tema adolescencia y gestación y ¿Qué es ser madre?.

Guía de la entrevista: Contiene los preguntas orientadas a identificar si las adolescentes presenta indicadores de resiliencia ante la situación de ser madre adolescente.

OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO	CATEGORIA	TÉCNICA
Describir los factores de riesgo de las adolescentes ante la situación que atraviesan.	Factores de riesgo en madres adolescentes	Observación Entrevista a profundidad Grupo de discusión
Identificar el factor psicológico y social que interviene dentro de la dinámica de la madre adolescente	Factores psicológicos y sociales	Entrevista a profundidad Grupos de discusión
Sensibilizar a las madres adolescentes sobre la responsabilidad de ser madres	Responsabilidades sobre la maternidad	Talleres Grupos de discusión Conversaciones informales
Evaluar si existen indicadores de resiliencia que se presentan en el embarazo en adolescentes	Indicadores de resiliencia	Entrevista a profundidad Observación Conversaciones informales

III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

La adolescencia en las mujeres es una etapa caracterizada por muchos cambios físicos, psicológicos y de adaptación social. Estudios previos denotan que la madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ellos, esta situación representa nuevos retos por lo que el programa incluye acciones orientadas a proporcionarle herramientas a las madres para fortalecer su rol como madre. El acompañamiento en la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no están preparadas, actualmente el estado no cuenta con un programa que ayude a la madre adolescente adaptarse a los procesos de cambio que están por llegar. Esto puede provocar en la adolescente niveles de frustración, dificultades en la maternidad, estos embarazos acarrearán gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral interfieren con la posibilidad de conseguir ingresos suficientes.

El trabajo se desarrolló en la Sección de Salud Mental Infante – Juvenil, específicamente en el Centro de Salud de la Zona 1; Ubicado en la 10 Avenida 14-00 Zona 1, Guatemala. Se atendieron a 60 adolescentes que llegan a control a el Centro de Salud por maternidad. El centro atiende población de toda el área central metropolitana.

El objetivo del programa de acompañamiento fue brindarle a las madres elementos que las fortalezcan y ayuden a afrontar esta situación que deviene haciéndole reflexionar sobre el reto que es ser madre en esta época pero sobre todo desde su condición de adolescente, beneficio para la institución. La estructura del programa se ejecutó a través de de cuatro técnicas la conversación informal dirigida a las madres adolescentes, dos talleres, entrevista con el objetivo de identificar indicadores de resiliencia en las madres y grupos de apoyo entre las madres para crear redes de apoyo entre pares.

3.1.2 Características de la población

Durante la fase I se tuvo el contacto inicial con la población para seleccionar la muestra a través de conversaciones informales con las adolescentes y con los profesionales del centro de Salud. A través de la observación participante se registraron las conductas que tienen los profesionales hacia las madres adolescentes, percibiéndolas como “niñas embarazadas” los médicos y enfermeras manejan juicios de valor hacia estas madres, considerándolas poco preparadas para desempeñar el rol de madres. En esta fase se realizaron conversaciones informales con las madres invitándolas a participar en las actividades del programa, se mostraron receptivas y participativas durante el proceso, muchas de ellas con entusiasmo e interés. Después que accedieron a participar dentro del programa se llenó el consentimiento informado.

Durante la fase II se desarrollaron dos talleres que abordan los temas: Adolescencia y gestación y ¿cómo ser madre?, esto con el objetivo de sensibilizar a las madres. Se evidenció que las adolescentes manejan gran desinformación en relación a lo que representa ser madres, muchas de ellas sienten temor y reconocen desconocer las repercusiones físicas, emocionales y sociales que trae a su vida. Durante el taller se mostraron tímidas al principio mientras se fue desarrollando participaron más y se incluyeron dentro de las actividades. Un elemento en común en la mayoría de adolescentes es que han sido víctimas de exclusión social, recibir señalamientos por parte de sus padres, familiares y amigos, ellas consideran que esto les dificulta el asumir y aceptar su rol de madres.

Se realizaron grupos de discusión orientados a que las madres identificarán las herramientas y estrategias para sobre llevar la situación de ser madres adolescentes, a través de reflexión grupal. Esta técnica fue muy útil ya que cada una de las adolescentes lograron expresar lo que representa ser madres se notó un cambio en el discurso después de asistir a los talleres mostraron mayor comprensión de ciertos términos. Al expresar cada una de ellas su situación personal las demás adolescentes mostraron conductas de comprensión y

aceptación hacia las otras, además de brindarle consejos y sugerencia sobre el manejar cada una de las situaciones se presenta como el rechazo de los amigos frente al embarazo, un elemento en común que el grupo narra es que familiares y amigos hacen comentarios que les provocan malestar, se siente señaladas y se les hace ver que el estar embarazada es un error y una equivocación, este hecho en particular les genera una percepción que el embarazo es un castigo por sus malas acciones. Se realizó una reflexión sobre este esquema haciendo evidente que tener conductas sexuales de riesgo genera un embarazo, además de generar enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo se concientizó a las adolescentes haciéndoles ver que el embarazo no es un castigo es resultado de una toma de decisión que deben afrontar de forma positiva y optimista, se identificó dentro del grupo sobre lo que puede representar para cada una de ellas la maternidad fortaleciendo las ideas que pueden tener sobre la maternidad.

En esta fase también se realizaron entrevistas con el objetivo de identificar si las madres cuentan con indicadores de resiliencia como la percepción de sus propios sentimientos y los de los demás, una mente abierta y receptiva a las siguientes etapas de su embarazo, tolerancia al sufrimiento y rechazo por su condición de adolescente embarazada, la creencia de que se puede aprender con sus experiencias, todos estos elementos fueron identificados con el objetivo de fortalecerán sus relaciones con familiares y sociales.

Durante la fase III se realizaron grupos de apoyo entre las madres para fortalecer las redes de comunicación entre ellas, sensibilizándolas sobre las herramientas con las que cuentan y que estrategias pueden ellas sugerir para llevar el rol de madre que están próximas a asumir. Dentro de las estrategias que ellas identificaron son el asumir con responsabilidad su rol de madres, siendo un apoyo y referente de afecto hacia sus hijos. Asumir el cuidado de salud para que el desarrollo del embarazo no presente ningún riesgo en sus hijos.

Los principales resultados que evidenciamos al realizar el programa son los siguientes:

El ser madres adolescente no representa únicamente una desventaja biológica ya que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, sino también tiene repercusiones a nivel psicológico se hace evidente su inmadurez para asumir el embarazo; la mayoría no estaban psíquicamente preparadas, algunas no desean tener el hijo, no manejan conocimientos de la función de madre, denotan falta de confianza en su familia y poca información sobre lo que realmente significa ser madre durante la etapa de adolescencia.

El participar dentro del programa evidenció cambios conductuales y de percepción sobre el embarazo, las adolescente que participaron dentro del programa evidencia los siguientes indicadores de resiliencia: la percepción de sus propios sentimientos y los de los demás, una mente abierta y receptiva a las siguientes etapas de su embarazo, tolerancia al sufrimiento y rechazo por su condición de adolescente embarazada, la creencia de que se puede aprender con sus experiencias, todos estos fortalecen sus relaciones con familiares y sociales.

La experiencia de la maternidad durante de la adolescencia, es aun vista de forma negativa y tiene repercusiones sociales y psicológicas en las adolescente en relación al rechazo o aceptación hacia el bebe que esperan. La maternidad durante la adolescencia es uno de los cambios sociales que se dan actualmente en la sociedad guatemalteca, en gran parte a causa de la desinformación que existe sobre métodos anticonceptivos, inicio de actividad sexual responsable y en muchos casos abuso sexual.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Los factores de riesgo de las adolescentes ante la situación que atraviesan el principal es el factor económico, no cuenta con ingresos estables y esto hace que el adaptarse a su embarazo sea complicado, el segundo factor es la falta de apoyo por parte de familia, se hace evidente cuando los padres de la adolescente la señalan por su embarazo y el tercer factor de riesgo es el rechazo social que sufren algunas de ellas frente a pares que se burlan, juzgan y señalan su embarazo.

El factor psicológico y social que interviene dentro de la dinámica de la madre adolescente el factor psicológico que más fuerte se evidencio es el familiar las adolescentes necesitan mantener sus redes de apoyo familiar como referente de afecto, apoyo y acompañamiento a la fase de maternidad que experimentan. El segundo factor psicológico que interviene es de la pareja las adolescentes muestran que es necesario contar con la pareja para que les apoye.

Las madres adolescentes no evidenciaron estar sensibilizadas sobre las responsabilidades que conlleva ser madre previo al programa que se implemento al final del programa se hizo evidente la utilidad que tuvo el mismo, ellas reconocen que conlleva un gran esfuerzo, tiempo y empeño el llevar a cabo la tarea de ser una madre responsable.

Indicadores de resiliencia que se presentan en el embarazo en adolescentes es la ilusión a ser madres, asistir a consulta frecuente a chequeo pre-natal, tomar su medicamento pre-natal, aceptación a hecho de ser madres.

4.2.Recomendaciones

Se recomienda al la Sección de Salud Mental Infanto – Juvenil, específicamente en el Centro de Salud de la Zona 1; implementar acciones de prevención orientadas a informar a las madres adolescentes, dar acompañamiento psicológico en el proceso de adaptación que tiene las adolescentes al ser madres, para reducir los factores de riesgo que presentan las adolescentes, creando programas que ayuden a fortalecer la economía, creando oportunidades de desarrollo a madres adolescentes.

El factor psicológico y social que interviene dentro de la dinámica de la madre adolescente el factor psicológico que más fuerte se evidencio es el familiar las adolescentes necesitan mantener sus redes de apoyo familiar como referente de afecto, apoyo y acompañamiento a la fase de maternidad que experimentan. El segundo factor psicológico que interviene es de la pareja las adolescentes muestran que es necesario contar con la pareja para que les apoye.

Se recomienda a la Escuela de Ciencias Psicológicas implementar acciones que sensibilicen a las adolescentes sobre la importancia de una maternidad responsable como estrategia de prevención a problemas en la dinámica madre-hijo, violencia intrafamiliar y rechazo a la maternidad.

Al Ministerio de Salud elevar el número de actividades de promoción de salud sobre temas como: Adolescencia y Sexualidad, Embarazo en la adolescencia, y otros temas afines, como estrategia de prevención a embarazos no deseados.

BIBLIOGRAFÍA

Becker, Paulo *Naturaleza y funciones de la literatura infantil*. En: Livro *Leitura e animação cultural: repensando a escola e a biblioteca*. Passo Fundo: UPF, 2002., organizado por Tania M. K. Rösing y Paulo Becker. Pág 157.

Benatuil, Denise. *Paternidad adolescente ¿factor de riesgo o resiliencia?* En: *Psicodebate 5. Psicología, cultura y sociedad*. Buenos Aires: 2001. Disponible en: [<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico5/5Psico%2001.pdf>].

Klingler C. y Vadillo G. **Psicología cognitiva: estrategias en la práctica docente**. México, 2003 . McGRAW-HILL. 234 Pág.

Melillo. A., Suárez. E y Rodríguez. **Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida**. Buenos Aires 2004. PAIDOS. 134 Pág.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Guatemala: ¿un país de oportunidades para la juventud? informe nacional de desarrollo humano 2011/2012**. Guatemala, 2012. 112 Pág.

Poletti R. y Dobbs B. **La resiliencia: El arte de resurgir a la vida**. Buenos Aires-México, 2005. Grupo Editorial Lumen. 98 Pág.

Embarazo en la Adolescencia. Disponible en: [http://www.deguate.com/salud/articulo_11834.shtml]. Septiembre, 21, 2007.

Anexos

**Programa de acompañamiento dirigido a madres adolescentes de 14 a 17 años
en el Centro de Salud No. 1 de la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil**

Planificación de la ejecución del trabajo de campo

Objetivos:

- Sensibilizar a las adolescentes sobre las responsabilidades que conlleva ser madre.
- brindar a las madres adolescentes elementos que las fortalezcan y ayuden a enfrentar su embarazo de forma positiva.

Cronograma:

Fecha: del 03 al 21 de junio de 2013

Hora: 9:00 a.m. – 10:00 a.m.

Participantes: de 15 a 30 adolescentes en periodo de gestación.

Convocatoria: Durante los meses de marzo y abril previo al inicio del programa se hace una convocatoria por medio de afiches pegados en el centro de salud y sus alrededores, en donde se les invita a las madres a participar e inscribirse.

Cuadro de actividades:

Sesión	Fecha	Actividades	Material
1	Del 3 - 10 de junio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevista individual ✓ aplicación Escala de Hamilton ✓ Explicación del programa y talleres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Hoja de datos ✓ lápiz ✓ Prueba de Hamilton ✓ Grabadora
2	Miércoles 12 junio	Taller 1: adolescencia y gestación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Cañonera ✓ Computadora ✓ Escritorios ✓ Papelografos ✓ Algodón ✓ Lija ✓ pañuelos
3	Viernes 14 junio	Taller 2: ¿Qué significa ser madre?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Cañonera ✓ Computadora ✓ Escritorios ✓ Huevos ✓ Papel prensa ✓ Otros materiales
4	Lunes 17 junio	Grupos de discusión:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Papelografos ✓ Marcadores ✓ Lana ✓ salón
5	Miércoles 19 junio	Grupos de apoyo:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rompecabezas ✓ Papel arcoíris(Piedras) ✓
6	Viernes 21 junio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ aplicación prueba de Hamilton ✓ evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de Hamilton

Descripción de actividades:

Sesión 1: (duración: 20 minutos) de forma individual se explica a cada una de las madres sobre la dinámica del taller se establece rapport se les hace una entrevista inicial se les informa que se grabara la entrevista (Consentimiento informado) se les pasa la Escala de Hamilton y se les indican las fechas de las actividades.

Sesión 2: (duración: 1 hora)

En los primeros 25 minutos se les da la bienvenida y se inicia con una presentación en video sobre el tema: adolescencia y gestación, en los siguientes 25 minutos se realizara un taller el cual consiste en taparles los ojos a las madres que estarán en circulo y pasarles dos objetos que son lija y algodón, se les indicara que tendrán que rosarse las manos con ellos y explicar que sintieron, al terminar se hará una reflexión sobre las cosas que nos causan malestar y las que nos causan comodidad tomando como punto para la analogía la lija y el algodón.

Sesión 3: (duración: 1 hora)

En los primeros 25 minutos se les da la bienvenida y se inicia con una presentación en video sobre el tema: ¿Qué significa ser madre?, en los siguientes 25 minutos se realizara un taller el cual consiste en realizar grupos y darles un huevo y diferentes materiales como prensa, bolsas, tijeras esponjas, lana y otros objetos, ellas tendrán subirse a un escritorio o un banco y deberán lanzar el huevo, este tendrá que estar cubierto por todos los materiales que se les dieron a modo de protegerlo y que este no se quiebre, esto con el objetivo de que por medio de esta dinámica ellas concienticen de que en la vida y al momento de ser madres tienen que valerse de cualquier herramienta para proteger a su hijo y lo delicado que es este.

Sesión 4: (duración: 1 hora)

en los primeros 25 minutos se les da la bienvenida y se inicia con una presentación en video sobre lo importante de realizar grupos de discusión en su comunidad así como los métodos anticonceptivos después del parto, en los siguientes 25 minutos se realizara un taller el cual consiste en: primero se colocan las mamás en un círculo, después se le da a la primera un rollo de lana esta tendrá que quedarse con la punta y lanzar el rollo a otra persona y esta hará lo mismo, la tomara por una parte y la volverá a lanzar y así sucesivamente hasta que llegue a la ultima mama, y se forme una especie de telaraña, el objetivo del juego es hacer todo de reversa e ir enrollando la lana al mismo tiempo que van discutiendo un tema y dando su punto de vista y así se hará con tres temas concernientes a madres adolescentes.

Sesión 5: (duración: 1 hora)

en los primeros 25 minutos se les da la bienvenida y se inicia con una presentación en video sobre lo importante de buscar apoyo con las demás madres, en los siguientes 25 minutos se realizara un taller el cual consiste en: primero en grupos se les darán rompecabezas con carteles de apoyo y ellos en grupo lo tendrán que armar siendo esta la primera actividad, seguidamente se formaran en dos filas (una atrás de otra) se les darán hojas de prensa indicándoles que son piedras y que con ellas tendrán que cruzar el río todas, dándoles una piedra extra la cual servirá para que una por una pase poco a poco atrás de la de adelante, la ultima levantara la piedra faltante, todas apoyándose la pasen hasta la primera y esta la coloca en el suelo avanzando un espacio y así sucesivamente, el objetivo de la actividad es que se den cuenta que apoyándose en sus compañeras podrán pasar cualquier obstáculo en la vida de una madre.

Sesión 6:

Aplicación de Escala de Hamilton, evaluación grupal sobre los beneficios de dicho programa.

Nota: en los afiches de convocatoria y en la primera sesión se les indica a las madres que habrá refrigerio en todas las sesiones

Facilitadores (investigadores):	Astrid Mariel Hernández Quan	200821862
	Amílcar Isaías Estrada Cubur	200821139



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A. S.
CENTRO DE SALUD NUMERO UNO
SECCION DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
10^a. Avenida 14-00 Zona 1, Guatemala
Teléfono: 2232-7935

HISTORIA CLINICA #

Fecha: _____

Identificación del paciente

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escolaridad: _____

Dirección: _____

Municipio, Departamento _____ Teléfonos: _____

Tiempo de Gestación-----

Nombre de la Madre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nombre de la Padre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nombre del Encargado/a: _____

Parentesco: _____

Hermanos:

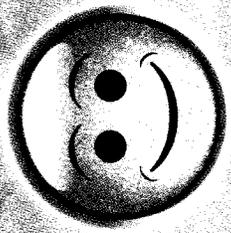
Situación de los padres:

Constelación familiar (Explique y enumere quienes viven con el paciente):

Si convive con alguien llene los espacios de abajo.

Nombre de Conviviente-----

Edad----- Escolaridad----- Ocupación-----



Administre este cuestionario para calificar la severidad de la depresión en los pacientes que ya tienen un diagnóstico de depresión. Entre mayor la calificación más severa es la depresión. Para cada ítem anote el número correcto al lado (**solamente una respuesta por ítem**).

(*sensación de tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad*)
0= Ausente
1= Expresa estas sensaciones solamente al ser interrogado
2= Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal
3= Expresa estas sensaciones de manera no verbal (p.ej., por medio de la expresión facial, la postura, la tendencia al llanto)

4= Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal, de forma espontánea

0= Ausente

1= Se culpa a sí mismo, siente que ha decepcionado a la gente
2= Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal
3= La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad

4= Oye voces acusatorias o de denuncia y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras

0= Ausente

1= Piensa que no vale la pena vivir la vida
2= Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de quitarse la vida

3= Piensa o amenaza con la manera de suicidarse

4= Intentos de suicidio (*cualquier intento de suicidio se califica en 4*)

0= Ausente. No tiene dificultad para dormirse

1= Se queja de que le cuesta dormirse algunas veces (*por ejemplo, tarda más de media hora en dormirse*)

2= Se queja de que le cuesta dormirse siempre (*todas las noches*)

0= Ausente

1= Se queja de que está inquieto durante la noche

2= Está despierto durante la noche (*si se levanta de la cama por cualquier razón se puntúa en 2, excepto si va al servicio*)

0= Ausente

1= Se despierta a primera hora de la madrugada y no vuelve a dormir

2= Es incapaz de volver a dormirse si se levanta de la cama

0= No tiene dificultad

1= Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones (*directamente expresado por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión y vacilación; siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades*)

3= Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad

4= Dejó de trabajar por la enfermedad actual

(*Lentitud en el pensamiento y de lenguaje; pérdida de la capacidad de concentración, disminución de la actividad motora*)

0= Habla y piensa normalmente

1= Ligera inhibición durante la entrevista

2= Evidente inhibición durante la entrevista

3= Entrevista larga y difícil

4= Estupor (*no habla ni piensa*). Entrevista imposible

0= Ausente

1= No puede estar quieto

2= Juega con sus manos, cabello

3= Cambia constantemente de posición, no puede estar sentado
4= Se frota las manos, se muerde las uñas, se tira los cabellos, se muerde los labios

0= Ausente

1= Tensión subjetiva, irritabilidad

2= Preocupación por las cosas sin importancia

3= Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje

4= Expresa temores espontáneos sin ser preguntado

Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad, tales como gastrointestinales (*boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos*); cardiovasculares (*palpitaciones, cefalalgias*); respiratorios (*hiperventilación, suspiros*); frecuencia urinaria; sudoración

0= Ausente

1= Ligera

2= Moderada

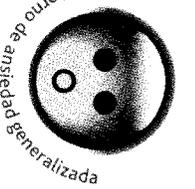
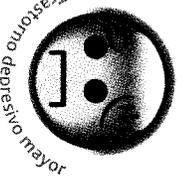
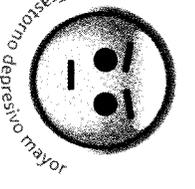
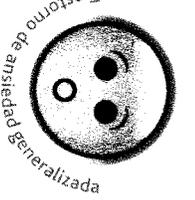
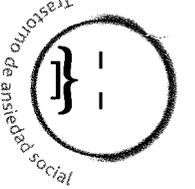
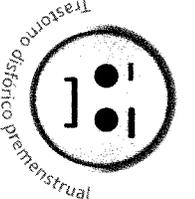
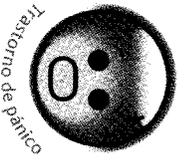
3= Grave

4= Incapacitante

0= Ausente

1= Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le insistan. Sensación de pesadez abdominal

2= Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o requiere laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales



Administre este cuestionario para calificar la severidad de la depresión en los pacientes que ya tienen un diagnóstico de depresión. Entre mayor la calificación más severa es la depresión. Para cada ítem anote el número correcto al lado (solamente una respuesta por ítem).

- 0= Ausente
- 1= Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
- 2= Cualquier síntoma somático bien definido se puntúa 2

- (completar A en la primera evaluación y B en las siguientes)
- A
 - 0= No hay pérdida de peso
 - 1= Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual
 - 2= Pérdida de peso conocida y expresada por el paciente

- (tales como sensación de irrealidad, ideas nihilistas)
- 0= Ausente
 - 1= Leve
 - 2= Moderada
 - 3= Grave
 - 4= Incapacitante

- 0= Ausente
- 1= Leve
- 2= Grave

- B
- 0= No hay pérdida de peso o pérdida de peso inferior a 500g en una semana
- 1= Pérdida de peso superior a 500g en la semana anterior
- 2= Pérdida de peso superior a 1kg en la semana anterior

- 0= Ausente

A

- 1= Esta preocupado por las funciones corporales y por síntomas orgánicos
- 2= Está muy preocupado porque piensa que tiene una enfermedad orgánica
- 3= Está convencido de que tiene una enfermedad orgánica. Solicita ayuda, exploraciones, etc
- 4= Ideas delirantes hipocondríacas

- A
- Anotar si los síntomas empeoran por la mañana o por la tarde. Si no hay variación durante el día marque "ninguna"
- 0= Ninguna
- 1= Peor por la mañana
- 2= Peor por la tarde

- 0= Ausentes
- 1= Leves
- 2= Graves
- 3= Delirios de referencia y persecución
- 4= Alucinaciones

- 0= Reconoce que está deprimido y enfermo
- 1= Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas, como la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, un virus, la necesidad de descanso, etc.
- 2= Niega que está enfermo

- B
- Cuando haya una variación, puntúe su intensidad. Marque "ninguna" si no hay variación
- 0= Ninguna
- 1= Leve
- 2= Grave



Para mayor información contacte a GlaxoSmithKline al apartado postal: 10196-1000 San José, Costa Rica o a los teléfonos: Líneas Gratuitas: Costa Rica: 800-772-7272 • El Salvador: 800-6048, Guatemala: 1-800-999-6035 • Nicaragua: 001-800-506-0012 • Panamá: 00-800-506-0007 • República Dominicana: 1-829-200-9018 • Centrales Telefónicas no gratuitas: Honduras: 232-5135. Derechos reservados para GlaxoSmithKline. La reproducción completa o parcial de este material está prohibida. Material exclusivo para entregar a Profesionales de la Salud.

* Adaptado de Hedlung and Vieweg. Hamilton rating Scale for depression. Journal of Operational Psychiatry. 1979, 2003.

Aprobación: 28 Junio 2012

Expiración: 28 Junio 2014

CC/PXT/0017/12