

Universidad Empresarial Siglo 21



Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Graduación

*“Psicoprofilaxis Obstétrica  
para Adolescentes”*



Autora: **Guillermina Majela Joliat**

*“Es preciso saber lo que se quiere; cuando se quiere, hay que tener el valor de decirlo, y cuando se dice, es menester tener el coraje de realizarlo”*

*Georges Clemenceau*

***Quiero agradecer...***

- A toda mi familia.

- A mi mamá, por su ternura, por escucharme, por enseñarme a luchar por lo que quiero, por demostrarme que del camino más fácil, no se aprende lo más importante para la vida. Por enseñarme a disfrutar de la etapa universitaria, por confiar y sentirse orgullosa de mí, por darme los mejores besos y abrazos en los momentos más difíciles...

- A mi papá, por enseñarme a ser perseverante, por ayudarme a ser mejor persona cada día, por enseñarme a luchar por lo que quiero y creo. Gracias por confiar ciegamente en mí, por no permitirme dudar de lo que soy y puedo hacer, por sus palabras en mis momentos difíciles, por demostrarme que todo se puede, que todo llega y que confiando en nosotros mismos es cuando cumplimos nuestros objetivos...

- A Maxi, por sus risas, sus miradas cómplices, por sus besos en mi frente cuando estaba cansada y no podía encontrar salida, por confiar tanto en mí, por hacerme sentir importante y ayudarme en todo lo que podía. Gracias, Maxi, por cuidarme de la manera en que lo haces...

- A Marilina, mi ángel de la guarda, por estar presente todos los días. Gracias por cuidarme y guiarme, por dejarme sentirte cerca, muy cerca.

- A Leo. Gracias por estar conmigo en todo momento, por ayudarme en lo que podías, por lo que aguantaste. Gracias por tener siempre esa palabra que me hace mirar hacia adelante. Gracias, también, a tu gran familia, por todo.

- A mis amigos y amigas...de Chilecito, de la facu, de la vida...Gracias por compartir este camino conmigo.

- A todas las personas del Hospital S.AM.Co. "Dr. Daniel Alonso Criado" que me ayudaron, gracias por su calidez y hospitalidad.

- A todos los profes que formaron parte de mi camino universitario.

- A la Lic. Many Gigena, por enseñarme a transitar y disfrutar de este momento...

- A la Lic. Patricia Orortegui y al Mgter. Álvaro Ortiz, por guiarme en este trabajo y por ser parte de mi formación profesional.

***GRACIAS!***

*Guillermina*

---

# *Índice*

---

**Índice**

❖ <b>Introducción</b>	7
❖ <b>Objetivos</b>	10
➤ <b>Objetivos Generales</b>	11
➤ <b>Objetivos Específicos</b>	11
❖ <b>Fundamentación y justificación del proyecto</b>	12
❖ <b>Delimitación del tema</b>	17
❖ <b>Marco Teórico</b>	19
➤ <b>1. La Adolescencia</b>	20
▪ <b>Significado de la palabra adolescencia</b>	20
▪ <b>Edades que comprende la adolescencia</b>	21
▪ <b>Adolescencia y Pubertad</b>	21
▪ <b>Elaboración de duelos en la adolescencia</b>	23
▪ <b>Adolescencia en la Posmodernidad</b>	32
▪ <b>¿Adolescencia o Adolescencias?</b>	35
➤ <b>2. El Embarazo</b>	36
▪ <b>Ansiedades durante el embarazo</b>	38
▪ <b>Miedos durante el embarazo</b>	42
➤ <b>3. El parto</b>	45
➤ <b>4. El puerperio</b>	45
➤ <b>5. La Psicoprofilaxis</b>	47
▪ <b>Psicoprofilaxis Obstétrica</b>	47
➤ <b>6. El embarazo adolescente</b>	52
▪ <b>Perspectivas para estudiar en embarazo adolescente</b>	56
○ <b>Perspectiva sociocultural</b>	57
○ <b>Perspectiva Física</b>	60
○ <b>Perspectiva Psicológica</b>	61
➤ <b>7. Talleres Operativos</b>	68
▪ <b>El Taller</b>	68
▪ <b>El Grupo Operativo</b>	69
❖ <b>Antecedentes de la Institución</b>	73
➤ <b>Organigrama de la Institución</b>	77
❖ <b>Metodología utilizada para el diagnóstico institucional</b>	78

---

➤ El primer contacto con el Hospital	80
➤ Abordaje cualitativo: Entrevistas	81
➤ Abordaje cuantitativo: Encuesta	84
❖ <b>Diagnóstico institucional</b>	85
➤ Evaluación de las entrevistas realizadas	86
➤ Análisis de la encuesta realizada	92
➤ Conclusiones Diagnósticas	109
❖ <b>Propuesta de Intervención</b>	111
➤ Lugares disponibles	113
➤ Días y horarios disponibles	113
➤ Encuentros	114
➤ Características del trabajo grupal	114
➤ El proyecto está dirigido a:	115
➤ Coordinador/a	116
➤ Cómo dar a conocer los talleres	116
➤ Recursos	117
➤ Dinámicas	117
➤ Profesionales invitados	118
➤ Cuestionarios de evaluación	118
➤ Cronograma de actividades	118
➤ Primer encuentro	123
➤ Segundo encuentro	129
➤ Tercer encuentro	133
➤ Cuarto encuentro	137
➤ Quinto encuentro	144
➤ Sexto encuentro	148
➤ Séptimo encuentro	152
➤ Octavo encuentro	156
➤ Presupuesto final del proyecto	158
➤ Evaluación de Impacto	161
❖ <b>Conclusión</b>	162
❖ <b>Reflexiones Finales</b>	165
❖ <b>Bibliografía</b>	167
❖ <b>Anexos</b>	171

---

# *INTRODUCCION*

---

## **Introducción**

El presente trabajo pertenece al Trabajo Final de Graduación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21. El mismo tiene como finalidad la elaboración de un Proyecto de Aplicación Profesional (P.A.P.) para el Hospital S.A.M.Co., “Dr. Daniel Alonso Criado”, de la ciudad de Esperanza, perteneciente al Departamento de Las Colonias, provincia de Santa Fe.

Mediante este proyecto se intenta dar respuesta a uno de los emergentes encontrados en dicha institución a través de la realización de un diagnóstico institucional efectuado entre los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del año 2007.

El Proyecto de Aplicación Profesional tiene como finalidad la creación, dentro del hospital S.A.M.Co., de un espacio destinado a la psicoprofilaxis obstétrica para todas aquellas embarazadas, adolescentes, que asistan a dicha institución.

La psicoprofilaxis obstétrica incluye distintas actividades destinadas a las gestantes y en ocasiones se vuelve posible incluir a su pareja o a una persona significativa para la futura mamá. El lema de dichas actividades es lograr un parto sin dolor y sin temor. Este objetivo llega a cumplirse a través de una adecuada preparación física y psicológica para transitar de una manera satisfactoria el embarazo, el parto y el puerperio.

La mayor parte de la bibliografía revisada hace referencia a que el dolor durante el trabajo de parto tiende a incrementarse debido al temor de la mujer frente a la experiencia desconocida o por experiencias desagradables anteriores. Por esta razón, se promueve el aumento de información y conocimiento de la embarazada. Lograr este objetivo resulta imprescindible a fin de desmitificar dichos temores.

Se ha entrevistado a distintos profesionales del hospital, quienes hicieron referencia a la problemática del embarazo adolescente. Estos manifestaron que se encuentran con mamás, menores de edad, que llegan a la institución para ser atendidas y que, la mayoría de las veces, no tienen los mínimos conocimientos acerca del estado particular por el que están atravesando. Consideran que, la mayoría de ellas, no cuenta con un contexto que pueda brindarles apoyo y/o sostén, como tampoco, conocimientos acerca del embarazo, el nacimiento y el crecimiento de su bebé.

Por lo tanto, se convierte en necesaria la inclusión de la psicoprofilaxis obstétrica dentro del seguimiento habitual de estas mamás adolescentes para intentar

---

responder a esta problemática y para, consecutivamente, promover el bienestar de las mismas.

Es preciso mencionar que se ha tenido la posibilidad, durante la práctica profesional que se realiza a través de la Universidad Empresarial Siglo 21 en el octavo semestre de la Licenciatura en Psicología, de vivenciar encuentros destinados a la psicoprofilaxis obstétrica realizados en una institución de la ciudad de Córdoba. Esta clínica privada incluía dentro de sus servicios, esta clase de psicoprofilaxis para embarazadas de todas las edades. Es debido a los resultados observados y a las devoluciones recibidas, por parte de las mamás durante los mismos, que se comparte la relevancia de la psicoprofilaxis obstétrica con los profesionales entrevistados de la ciudad de Esperanza.

A lo largo de este trabajo se presentan los objetivos que se plantean para llevar a cabo el proyecto, los conceptos que distintos autores han elaborado para el estudio de las temáticas que se encuentran incluidas en el P.A.P., como así también, la metodología utilizada que permitió realizar el diagnóstico institucional. Éste último ha permitido identificar aquellos aspectos destacables, características distinguibles del hospital, como así también aquellas áreas o sectores con los cuales tienen ciertas dificultades, falencias a ser mejoradas. Finalmente, se presenta el desarrollo del Proyecto de Aplicación Profesional propiamente dicho.

# *Objetivos*

---

## **Objetivos**

Para la elaboración de este trabajo se han tenido en cuenta distintos objetivos. Los mismos se dividen en objetivos generales y específicos.

### **Objetivos Generales**

- Evaluar, a través de un plan diagnóstico, el estado en el cual se encuentra el Hospital S.A.M.Co. “Dr. Daniel Alonso Criado”, teniendo como parámetros los recursos técnicos, materiales, humanos, económicos, la infraestructura, etc. de dicha institución.
- Diseñar, dentro del Hospital S.A.M.Co. de Esperanza, “Talleres Operativos” que cumplan con el objetivo de realizar psicoprofilaxis obstétrica en la población adolescente.

### **Objetivos Específicos**

- Promover condiciones psicológicas saludables en la madre adolescente durante el último período de su embarazo
  - Capacitar a las madres adolescentes en la preparación integral para la maternidad.
  - Informar a las madres adolescentes sobre características propias de la maternidad, el parto, el puerperio y los cuidados postnatales de su hijo.
-

*Fundamentación y  
Justificación del  
Proyecto*

---

### **Fundamentación y Justificación del Proyecto**

El presente trabajo consiste en la realización de un Proyecto de Aplicación Profesional (P.A.P.) para el hospital S.A.M.Co. “Dr. Daniel Alonso Criado” de la ciudad de Esperanza, Santa Fe.

La idea de elaborar el P. A. P. surge en base a la problemática explicitada por las autoridades y profesionales pertenecientes a dicha institución.

Uno de los problemas que ellos han detectado y mencionan a lo largo de las entrevistas como alarmante, es el alto porcentaje de embarazos adolescentes que observan entre las ciudadanas que se acercan al hospital en busca de asistencia.

Esta problemática ha cobrado relevancia en las últimas décadas. Existen varias organizaciones que se encargan de la asistencia a dichas adolescentes, como así también es importante la cantidad de bibliografía relacionada a estudios basados en esta temática.

El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) realizó una encuesta acerca del nivel de educación sexual en adolescentes madres que concurrieron a los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. La misma se realizó durante ocho semanas en los meses de Julio y Agosto del año 2005. Fue administrada a 171 adolescentes entre los trece y diecinueve años de edad.

Dentro de los datos más relevantes obtenidos gracias a la misma, se encuentra que el 61% tuvo un embarazo no planificado y que la causa principal para llegar al embarazo fue que no pensaron que iban a quedar embarazadas. No se puede dejar de mencionar que el 58% de ellas abandonó la escuela durante el embarazo. Lo que está relacionado con la vulnerabilidad de estas adolescentes para entrar al círculo de pobreza.

A través de los datos conseguidos se arriba a distintas conclusiones. Sin embargo, se debe destacar que una de las más importantes es la frecuencia de embarazo no planificado, ésta resulta alarmantemente alta entre las adolescentes entrevistadas que tenían entre trece y diecinueve años.

Se consideran valiosos los datos ofrecidos por el Informe de Progreso 2005 – 2006 que presenta la Presidencia de la Nación Argentina en relación a los Objetivos de desarrollo del Milenio. Dentro de estos objetivos, se encuentra el de “Mejorar la Salud

---

Materna”. Dentro de este último, se exponen datos que resultan significativos para el presente trabajo.

Según este informe, la tasa de mortalidad materna se ha establecido en 4 por cada 10.000 nacidos vivos en el período que abarca desde el año 1990 al año 2004. Dentro de las causas que conducen a la mortalidad materna se encuentran las causas obstétricas directas (hipertensión, edema, proteinuria en el embarazo y parto, sepsis y otras afecciones relacionadas con el puerperio), el aborto y el embarazo adolescente, sobre todo cuando éste se produce en edades muy tempranas. Éste puede convertirse en riesgoso no sólo para la adolescente, sino también, para su bebé, quien puede nacer antes de término y/o con bajo peso.

El informe que presenta la Presidencia de la Nación manifiesta que en el año 2004 el porcentaje de nacidos vivos que fueron hijos de madres menores de 20 años, es de 14.5%. Pero es preciso mencionar que dichos valores son globales y no permiten visualizar las diferencias existentes según las diversas provincias argentinas. Se conoce que aquellas provincias que tienen mayores niveles de pobreza son las que contienen los índices de embarazos adolescentes más elevados.

No se puede dejar de lado el informe de actividades del año 2006 que presenta UNICEF. Este organismo indica que se registra un leve ascenso de la maternidad adolescente. En el año 2004 el porcentaje era: 14.5% del total de nacimientos correspondiente a madres adolescentes (diez a diecinueve años), en el 2005 ese porcentaje fue 15.3%.

Para obtener mayores datos sobre la temática del embarazo adolescente, en la provincia de Santa Fe, se ha establecido una comunicación telefónica con el Sr. De la Torre, uno de los responsables del Programa “Salud Reproductiva” perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia.

El Sr. de La Torre ha brindado una explicación de la cual pueden destacarse los siguientes datos pertenecientes al año 2005:

- . El número de habitantes en la República Argentina en dicho año era de 38.592.150.

- . El número de nacidos vivos (NV) fue de 700.000 bebés.

- . La Tasa de Natalidad fue de 18.5 por mil.

- . Existían 11.384.118 mujeres en edad fértil.

- . El 98,7% de los partos son institucionales, partos que se producen en maternidades, sanatorios, etc. El resto de los partos se producen generalmente en las

---

casas. El entrevistado telefónicamente hizo una especial distinción de este porcentaje, ya que es importante para reconocer el desarrollo de un país.

. 105.000 son las adolescentes que fueron madres ese año, lo que representa el 15%.

En la provincia de Santa Fe, el porcentaje de embarazos adolescentes fue **más bajo** que a nivel nacional. Se encontraba entre el 12% y 14%.

Se ha intentado conocer cuáles son las cifras reales de embarazos producidos durante la adolescencia en la ciudad de Esperanza pero se ha encontrado que no existe una sistematización acerca de dichos datos. También, se ha buscado esa cifra en el Hospital S.A.M.Co. de dicha ciudad y se ha obtenido como respuesta que no existe una distinción de embarazos según las edades de las pacientes.

Al no existir un claro conocimiento sobre las cifras del embarazo adolescente, puede entenderse por qué no existen medidas preventivas y asistenciales específicas para estas jóvenes madres. Para la realización de este proyecto se toman como válidos y significativos los datos percibidos por profesionales entrevistados que trabajan en dicha institución.

Con la realización de este proyecto se intentará cubrir esta área de la población que no ha sido diferenciada y que debido a las causas, que posteriormente se trabajarán, deben obtener, por parte de los profesionales, una atención especial.

Es debido a lo anteriormente citado y a la demanda surgida en el diagnóstico del Hospital que se considera de importancia la elaboración de este proyecto de aplicación profesional. El mismo estará destinado a las adolescentes embarazadas, buscando la promoción de su bienestar, teniendo en cuenta factores físicos y psicológicos.

Este proyecto de aplicación profesional se añadiría al habitual seguimiento que se le realiza a cada embarazo dentro de la institución. Está ideado para ser un eslabón más dentro de la cadena de cuidados brindados a la embarazada.

Se considera valiosa la posibilidad de realizar este tipo de actividades reservadas a la prevención desde el ámbito público, ya que estas menores, muchas veces, no cuentan con un espacio específicamente destinado para ellas y para sus bebés.

Varios son los autores que insisten en la carga emocional intensa en este estado particular de la vida de la mujer y, también, de su pareja. Es imprescindible, tener en cuenta que es un momento de cambios tanto corporales como psicológicos y estos deben ser comprendidos y aceptados para el bienestar de la mamá.

---

La psicoprofilaxis obstétrica es indispensable para disminuir las ansiedades y los miedos de la madre para cuando llegue el momento del parto. Ese particular momento en el cual aparecen distintas y ambiguas vivencias; las mismas van desde el pudor a encontrarse desnuda frente a un profesional desconocido, pasando por estar pendiente de “hacer las cosas bien” durante el parto, hasta la felicidad o temor que puede conllevar el primer encuentro con su hijo/a.

Es de fundamental importancia la contención familiar o extrafamiliar que puede tener la pareja de padres adolescentes o la madre adolescente sola. No se puede dejar de mencionar que cuando la mamá espera sola a su bebé, sin una pareja que la acompañe, es importante encontrar un contexto que le brinde contención y apoyo durante la gestación y luego de ella. La decisión de seguir adelante con su embarazo, sin la presencia del papá, puede haber sido una decisión personal o haber surgido debido a otras circunstancias ajenas a la voluntad de esa mamá. Es necesario tener en cuenta que estar sola durante el embarazo no determina que no exista contención por parte de otras personas allegadas a la mamá o por distintos profesionales.

Es pertinente mencionar que este proyecto está destinado a aquellas adolescentes cuyos embarazos han sido producto de una relación sexual consentida entre la madre adolescente y el padre adolescente. Dejando de lado, aquellos casos en los que se halla cometido un delito contra la integridad sexual de la persona. Se ha decidido delimitarlo de esta manera, ya que se considera que el desarrollo del trabajo y/o del proyecto debería sufrir modificaciones si se toma en cuenta el abuso sexual en estas madres.

Finalmente, debe destacarse que las autoridades del S.A.M.Co. han manifestado los deseos pero también la dificultad que presenta el trabajo de manera multi o interdisciplinaria dentro de la institución. Por lo tanto, también con la creación de este proyecto, se intenta mejorar un aspecto del trabajo en equipo y de la interrelación entre las distintas especialidades.

# *Delimitación del tema*

---

### **Delimitación del Tema**

El presente trabajo final de graduación consiste en la elaboración de un Proyecto de Aplicación Profesional (P.A.P.). Este último, tiene como objetivo anexar el servicio de psicoprofilaxis obstétrica a la habitual asistencia brindada a las adolescentes embarazadas en el Hospital S.A.M.Co. “Dr. Daniel Alonso Criado” de Esperanza (Santa Fe).

Con la realización del mismo se intenta dar respuesta a una preocupación explicitada por los profesionales entrevistados y a una necesidad confirmada a través del instrumento aplicado a las potenciales destinatarias del proyecto.

La psicoprofilaxis obstétrica sería incluida dentro de los distintos servicios que brinda la institución, tanto en el hospital como, también, en todos sus centros periféricos.

*Marco Teórico*

---

## Marco Teórico

La fundamentación teórica que se detalla a continuación tiene la finalidad de relacionar todas aquellas temáticas que conciernen al tópico del embarazo adolescente y la psicoprofilaxis obstétrica destinada a este sector de la población.

*“El mayor avance que hemos logrado como sociedad es el de considerar que el parto no sólo obedece a variables médicas o biológicas, sino también a aspectos psicosociales que lo convierten en el acontecimiento emocional singular para la mujer y su pareja, y en el que ellos deberán tomar sus propias decisiones con la ayuda de los conocimientos que puedan aportar su médico, su obstétrica y los que se ocuparon del curso de preparación psicofísica”.* (Sebastiani & Raffo, 2004, p.161)

Con esta cita se quiere destacar el valor que tiene el trabajo destinado a la psicoprofilaxis obstétrica, valor que ha cobrado relevancia en las últimas décadas ya que, anteriormente, el parto era considerado como un fenómeno exclusivamente físico y los aspectos emocionales de la parturienta no eran tenidos en cuenta. Actualmente, se trabaja en la comprensión del embarazo, el parto y el puerperio desde los aspectos físicos, sociales y, también, desde los aspectos psicológicos.

Para un mejor desarrollo se ha decidido organizar los aspectos teóricos en siete grandes tópicos:

1. La Adolescencia.
2. El Embarazo.
3. El Parto.
4. El Puerperio.
5. La Psicoprofilaxis.
6. El Embarazo Adolescente.
7. Talleres Operativos

### ***1. La Adolescencia***

#### **1.1 Significado de la palabra adolescencia**

Literalmente la palabra adolescencia viene del latín: “ad” que significa a, hacia y de “olescere” forma incoativa de oler, crecer. Entonces, adolescencia significa *la condición o el proceso de crecimiento.*

---

### **1.2 Edades que comprende la adolescencia**

La organización Mundial de la Salud define que la adolescencia está comprendida entre los diez y los diecinueve años de edad.

El término “adolescencia” se aplica al período de la vida comprendido entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo, cuyos límites se fijan, por lo general, entre los trece y veintitrés años en el hombre, pudiéndose extenderse hasta los veintisiete. Los hechos demuestran que en las adolescentes se extiende desde los doce a los veintiún años, y en los varones de los catorce a los veinticinco años, en términos generales. (Aberastury, 2006)

### **1.3 Adolescencia y Pubertad**

Usualmente, los conceptos de pubertad y adolescencia son utilizados como sinónimos, lo que implica que se pierda la diferencia que existe entre ambos conceptos.

El término “**Pubertad**” es utilizado para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual. Mientras tanto, el término “**Adolescencia**” se utiliza para calificar a los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. (Blos, 1981)

En general se puede considerar a la adolescencia como un fenómeno psicológico que parte de la pubertad pero que no se reduce únicamente a ésta.

Es necesario no dejar de lado, que la adolescencia, como concepto, no existe desde siempre.

Hablar sobre la adolescencia remite a una construcción histórica, social, económica y cultural. Ser niño o adolescente no es un problema de edad. Si el siglo XIX fue reconocido como el de la invención de la niñez, el siglo XX es conocido como la invención de la adolescencia. Pero esto no significa que antes de estos siglos, no existieron seres humanos de cinco o quince años. No obstante, luego de estos siglos, no es lo mismo tener cinco años a ser significado como niño, lo mismo para el adolescente. (Rascovan, 2005)

*“Un adolescente es un ser humano que pasó por la pubertad y que todavía se encuentra en etapa de formación ya sea referente a su capacidad profesional, a la estructuración de su personalidad o a la identidad sexual”* (Obiols & Obiols, 1998, p. 41).

Para desarrollar el concepto de adolescencia, se consideran fundamentales los aportes de Aberastury y Knobel (2006).

---

Esta bibliografía puede ser criticada en la actualidad, y de hecho, es revisada por G. Obiols y S. Di Segni de Obiols (1998) quienes postulan ideas acerca de la adolescencia en la posmodernidad. Se considera interesante presentar ambas posturas para intentar conciliar o contrastar los conceptos que dichos autores plantean. También, se hará referencia a otros autores que abordan esta temática.

Cuando el individuo entra a la adolescencia pasa por un período que justamente no está caracterizado por la estabilidad y el equilibrio, sino todo lo contrario. Está expuesto y sufre muchas modificaciones de distintos niveles y en diferentes aspectos.

Existe la “entrada al mundo adulto”, el niño debe realizarla pero para hacerlo debe despojarse de esta condición, justamente, la de ser niño. La adolescencia es un momento crucial en la vida y es la etapa decisiva en un proceso de desprendimiento que comenzó en el nacimiento. Lo que se vuelve inevitable es que el niño, quiera o no, se ve obligado a entrar en el mundo de los adultos. En este período van a producirse cambios psicológicos, los que son correlato de los cambios corporales. Todo esto conlleva a una nueva relación con los padres y, también, con el mundo. Esto es posible, solamente, si se elabora de una manera lenta y dolorosa el duelo por el cuerpo de niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia. (Aberastury, 2006)

El adolescente se enfrenta a varias dicotomías: mundo adulto –mundo del niño, chico-grande, conocido-desconocido, cuerpo de niño- cuerpo adolescente, rol de niño-rol adolescente, etc. Todas éstas convierten a la adolescencia en un período con características particulares que deben ser vivenciadas para poder acceder al anhelado y temeroso “mundo adulto”.

El adolescente oscila entre la dependencia y la independencia extremas y sólo obtener la madurez le permitirá más adelante aceptar ser independiente dentro de un marco de necesaria dependencia. Cuando el adolescente es capaz de aceptar de forma simultánea sus aspectos de niño y de adulto, puede empezar a aceptar, aunque todavía de manera fluctuante los cambios de su cuerpo y comienza a surgir su nueva identidad. Cuando la madurez biológica está acompañada por una madurez afectiva e intelectual le permitirá la entrada al mundo del adulto, en ese momento estará equipado de un sistema de valores, de una ideología que confronta con la de su medio y donde puede aparecer el rechazo a determinadas situaciones. (Aberastury, 2006)

*“El dolor que le produce abandonar su mundo y la conciencia de que se van produciendo más modificaciones incontrolables dentro de sí, lo mueven a efectuar reformas exteriores que les aseguren la satisfacción de sus necesidades en la nueva*

*situación en que se encuentra ahora frente al mundo se produce en este momento un incremento de la intelectualización para superar la incapacidad de acción (que es la correspondiente al período de omnipotencia del pensamiento en el niño pequeño). El adolescente busca la solución teórica de todos los problemas trascendentes y de aquellos a los que se verá enfrentado a corto plazo: el amor, la libertad, el matrimonio, la paternidad, la educación, la filosofía, la religión”.* (Aberastury, 2006, p. 20)

#### **1.4 Elaboración de duelos en la adolescencia**

En la adolescencia se puede observar la elaboración de tres duelos fundamentales. Estos son verdaderas pérdidas de personalidad y para elaborarlos el adolescente recurre, normalmente, a ciertos manejos psicopáticos de actuación, que identifican su conducta. (Aberastury, 2006)

Se realiza una breve síntesis de lo que Aberastury sostiene acerca de cada uno de estos duelos.

##### ***1.4.1 Duelo por el cuerpo infantil***

Por las modificaciones biológicas que se producen en la adolescencia, el sujeto debe asistir obligatoria y pasivamente a los cambios que se producen en su propia estructura. Esto le genera un sentimiento de impotencia frente a esta realidad concreta, que lo lleva a desplazar su rebeldía a la esfera del pensamiento, el cual se caracteriza por una tendencia al manejo omnipotente de las ideas frente al fracaso en el manejo de la realidad externa.

El individuo vivencia la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que está en proceso de hacerse adulto. Esta contradicción ocasiona lo que puede caracterizarse como un verdadero fenómeno de despersonalización.

Se va produciendo la pérdida de los objetos reales, los cuales son sustituidos por símbolos verbales que son las palabras. Éstas pueden manejarse omnipotentemente en su sustitución fantaseada y mientras el pensamiento evoluciona, lo conceptual simbólico reemplaza cada vez más a lo concreto real egocéntrico. En el adolescente normal este manejo de las ideas les sirve para sustituir la pérdida de su cuerpo infantil y la no adquisición de la personalidad adulta, por símbolos intelectualizados de omnipotencia, reformas sociales y políticas, religiosidad, en donde él no está directamente

---

comprometido como persona física, sino como entidad pensante. Niega así su cuerpo infantil perdido.

La despersonalización propia del adolescente involucra una proyección en la esfera de una creación altamente abstracta del pensamiento y explica la relación frágil con objetos reales a lo que pierde con rapidez, como también pierde su cuerpo infantil.

#### ***1.4.2 Duelo por la identidad y por el rol infantil***

En la adolescencia, al no poder seguir con la dependencia infantil y al no poder asumir todavía la independencia adulta, existe una confusión de roles. El sujeto experimenta un fracaso de personificación y así, el adolescente delega en el grupo gran parte de sus atributos, y en los padres, la mayoría de obligaciones y responsabilidades. Cuando recurre a este mecanismo esquizoide, queda su propia personalidad fuera de todo proceso de pensamiento. Hay un manejo omnipotente que es el que caracteriza la irresponsabilidad típica de los adolescentes.

La falta de carácter surgida de este fracaso de personificación lo involucra en confrontaciones reverberantes con la realidad, existe un continuo comprobar y experimentar con objetos del mundo real y de la fantasía que se confunden también, lo que le permite despersonalizar a los seres humanos y tratarlos como objetos necesarios para sus satisfacciones inmediatas. Esta desconsideración por seres y cosas del mundo real hace que todas sus relaciones objetales sean intensas pero lábiles y fugaces generando una inestabilidad afectiva, con sus crisis pasionales y brotes de indiferencia absoluta.

Es propio de la adolescencia, contar con un grupo, “una barra”. Dentro de la misma, el individuo se siente aparentemente seguro, ésta le permite ir adoptando roles cambiantes y participando de la actuación. La responsabilidad y culpas grupales son trasladadas a su propio proceso de pensamiento, en el cual los afectos y los objetos depositarios de los mismos son fragmentados y tratados con prescindencia de una responsabilidad personal.

Un adolescente normal va aceptando las pérdidas de su cuerpo infantil y de su rol infantil al mismo tiempo que va cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndola por la de sus padres actuales, en un tercer proceso de duelo.

#### ***1.4.3 Duelo por los padres de la infancia***

---

Frente a los cambios del cuerpo, de la identidad y del rol el adolescente recurre a un proceso de negación de los mimos, que contiguamente se van produciendo en las figuras y las imágenes correspondientes de los padres y en el vínculo con ellos, quienes no permanecen pasivos en estas circunstancias, ya que también tienen que elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos.

El adolescente pretende a los padres protectores y controladores y, con frecuencia, se idealiza la relación con ellos, con el objetivo de buscar un suministro continuo que en forma imperiosa y urgente debe satisfacer las tendencias inmediatas, que aparentemente facilitarían el logro de la independencia.

Las contradicciones del pensamiento entre la independencia y dependencia con los padres, demuestran que todavía falta la elaboración conceptual y la permanencia en niveles inferiores de este proceso. Esta misma contracción se produce con las relaciones objetales parentales internalizadas y el sujeto rompe la comunicación con los padres reales externos.

Estos padres, por los cuales el adolescente siente, en ocasiones, desprecio, deben ser sustituidos por figuras idealizadas lo que hace que se refugie en un mundo autista de meditación, de análisis, de elaboración de duelo. Tener adultos idealizados, le permite la elaboración de estos padres de la infancia. Estos ídolos pueden ir desde maestros, ídolos deportivos hasta artistas. Para ayudar en este proceso, también cuenta la ayuda de los amigos y el diario íntimo.

El adolescente debe lograr la exogamia, salir del entorno familiar que lo cobijó hasta ese momento (endogamia) y salir a conocer nuevos contextos. Esta salida, promete satisfacciones y peligros por lo que es importante que la familia siga acompañando el desarrollo del adolescente pero, ahora, desde un lugar distinto al que tenía cuando este adolescente era un niño.

Según Aberastury (2006) el adolescente busca la soledad periódicamente y de manera activa ya que le facilita su conexión con los cambios internos en este proceso de pérdida y sustitución de los mismos, que va a terminar enriqueciendo el yo. Según ella, la adolescencia es un período difícil, confuso pero también es un momento que tiene grandes cambios que puede ser vividos como posibilidades, oportunidades y de progresos en distintas esferas.

Para continuar con el desarrollo teórico se cree conveniente mencionar lo conceptualizado por M. Knobel (2006) quien aporta datos relevantes para la

---

comprensión de los aspectos psicológicos que ocurren en la adolescencia. Este autor propone diversas características pertenecientes a lo que él considera una entidad semipatológica y denomina: **“Síndrome de la adolescencia normal”**.

Se ha optado por realizar una síntesis de aquellas características pertenecientes al “Síndrome de la adolescencia normal” porque se considera que las mismas permiten visualizar de manera escueta los diferentes cambios, en los diversos niveles, a los que se enfrentan los individuos al entrar, permanecer y abandonar la adolescencia.

Dentro de las características propias de dicho síndrome, se encuentran:

#### **A. Búsqueda del sí mismo y de la identidad.**

El logro de un “autoconcepto”, se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que acerca de él mismo tienen muchas personas, grupos e instituciones, y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social. Se va a ir formando este sentimiento de identidad, como una verdadera experiencia de “autoconocimiento”. Es necesario ir integrando lo pasado, lo internalizado con las nuevas exigencias del medio y con lo que sucede en las relaciones interpersonales. El adolescente debe darle una continuidad a esto dentro de la personalidad. Para poder lograrla, el individuo establece una búsqueda de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad.

En esta búsqueda de identidad, el adolescente puede adoptar identidades transitorias, ocasionales o circunstanciales.

La búsqueda incesante de saber qué identidad adulta se va a constituir genera angustia, y las fuerzas para superar estos microduelos y los duelos aún mayores de la vida diaria, se obtienen de la primeras figuras introyectadas que forman la base del yo y del super yo, de este mundo interno del ser. La integración del yo se produce por la elaboración del duelo por parte del sí mismo y por sus objetos.

La identidad adolescente es la que se caracteriza por el cambio de relación del individuo básicamente con sus padres, sean estos los externos reales o las figuras parentales internalizadas.

*“El volumen, la configuración y la calidad de las figuras parentales internalizadas adecuadamente enriquecieron al yo, reforzaron sus mecanismos defensivos útiles, permitieron el desarrollo de sus áreas más sanas o, si se prefiere, de las no psicóticas, estructuraron el super yo, y lo dotaron de las necesarias características encausadoras de la vida sexual que comienza a poder exteriorizarse en*

---

*la satisfacción genital, ahora biológicamente posible. El nivel genital adulto, con características procreativas, todavía no se ha logrado plenamente, pero el llamado de la sexualidad a la satisfacción genital, que comenzó ya en la fase genital previa, es ahora una realidad fáctica". (M. Knobel, 2006, p.45)*

### **B. La tendencia grupal.**

En la búsqueda de su identidad, el adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de la uniformidad.

Las actuaciones del grupo y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar. Dentro del grupo, el individuo encuentra un reforzamiento necesario para los aspectos cambiantes del yo que se producen en este período de la vida.

Al grupo se transfiere gran parte de la dependencia que antes se tenía con la estructura familiar y con los padres, en especial. Después de atravesar la experiencia grupal, el individuo podrá separarse de la barra y asumir su identidad adulta.

El fenómeno grupal facilita la conducta psicopática normal en el adolescente. El acting-out motor, producto del descontrol frente a la pérdida del cuerpo infantil, se une al acting-out afectivo, producto del descontrol del rol infantil que se está perdiendo; aparecen entonces conductas de desafecto, de crueldad con el objeto, de indiferencia, de falta de responsabilidad, que son típicas de la psicopatía pero que es parte de la adolescencia normal.

### **C. Necesidad de intelectualizar y fantasear.**

La realidad impone renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil. Esto enfrenta al adolescente a una vivencia de fracaso o de impotencia, lo que obliga al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar.

Knobel (2006) trae a Ana Freud quien sostiene que la intelectualización y el ascetismo son manifestaciones defensivas típicas de la adolescencia.

El ascetismo mantiene al ello dentro de ciertos límites por medio de prohibiciones, y la función de la intelectualización consistiría en ligar los fenómenos instintivos con contenido ideativos y hacerlos así accesibles a la conciencia y fáciles de controlar.

---

**D. Crisis religiosas.**

Se puede observar al adolescente manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas.

La preocupación metafísica emerge con gran intensidad, y las tan frecuentes crisis religiosas no son un mero reflejo caprichoso de lo místico, sino intentos de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su yo corporal. Comienza a enfrentar la separación definitiva de los padres y también la aceptación de la posible muerte de los mismos.

**E. La desubicación temporal.**

El adolescente vive con una cierta desubicación temporal. Convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Parecería vivir en proceso primario con respecto a lo temporal. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales.

Las modificaciones biológicas y el crecimiento corporal, incontrolables, son vividos como un fenómeno psicótico y psicotizante del cuerpo. Las ansiedades psicóticas resultan incrementadas por la posibilidad real de llevar a cabo las fantasías edípicas de tener un progenitor con el hijo del sexo opuesto. El cuerpo se transforma en un área en la cual confluyen exigencias biológicas y sociales y se hace así depositario de vivencias y fantasías persecutorias, terroríficas, de carácter psicótico.

Durante la adolescencia, la dimensión temporal va adquiriendo lentamente características discriminativas.

A las dificultades del adolescente para diferenciar externo-interno, adulto-infantil, etc., se agrega la dificultad para distinguir presente-pasado-futuro.

A medida que se van elaborando los duelos típicos de la adolescencia, la dimensión temporal adquiere otras características y surge la conceptualización del tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte de los padres y la pérdida definitiva de sus vínculos con ellos y la propia muerte.

Cuando es posible reconocer un pasado y formular proyectos de futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, supera gran parte de la problemática de la adolescencia.

---

**F. La evolución sexual.**

Esta evolución implica que en la adolescencia se pase del autoerotismo a la heterosexualidad. Se puede describir una permanente fluctuación entre la actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital. Existe un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio y no tanto, la verdadera genitalidad procreativa, que sólo se da, con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental, recién en la adultez.

Al ir aceptando su genitalidad, el adolescente inicia la búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa. En este período comienzan los contactos superficiales, las caricias que son cada vez más profundas y más íntimas, que llenan la vida sexual del adolescente.

En cuanto al enamoramiento apasionado, el primer episodio de enamoramiento ocurre en la adolescencia temprana y suele ser de gran intensidad. Puede aparecer el llamado “amor a primera vista”. El ser amado puede ser una figura idealizada que tiene en realidad las características de un claro sustituto parental al que el adolescente se vincula con fantasías edípicas.

La relación genital heterosexual completa que ocurre en la adolescencia tardía es un fenómeno mucho más frecuente de lo que habitualmente se considera en el mundo de los adultos de diferentes clases sociales.

Los cambios biológicos de la pubertad son los causantes de la imposición de la madurez sexual e intensifican todos los procesos psicobiológicos que se viven en esta edad. Al elaborar el duelo por el cuerpo infantil perdido que también significa la elaboración del duelo por el sexo opuesto perdido en este proceso evolutivo, la aceptación de la genitalidad surge con fuerza en la adolescencia impuesta por la presencia difícil de negar la menstruación o la aparición del semen.

La sexualidad es vivida por el adolescente como una fuerza que se impone en su cuerpo y que lo obliga a separarlo de su personalidad mediante un mecanismo esquizoide por medio del cual, el cuerpo es algo externo y ajeno a sí mismo.

La masturbación como fenómeno normal de la adolescencia, le permite pasar por la etapa esquizo-paranoide de su personalidad, considerar sus genitales como ajenos a sí mismo, tratar de recuperarlos e integrarlos, y finalmente realizar el proceso depresivo a través de una angustia, primero persecutoria y luego depresiva, e integrar sus genitales a todo el concepto de sí mismo, formando realmente una identidad genital adulta con capacidad procreativa, independencia real y capacidad de formar una pareja

---

estable en su propio espacio y en su propio mundo, así habrá llegado el individuo a la genitalidad procreativa.

### **G. Actitud social reivindicatoria.**

El fenómeno de la subcultura adolescente se expande y se contagia como un signo de rebelión. En realidad, se trata de identificaciones cruzadas y masivas, que ocurren como una necesidad de defensa yoica en este período de la vida, mediante la cual el sujeto va desprendiéndose de situaciones infantiles y viendo al mismo tiempo como peligrosa e indefinida su entrada al mundo de los adultos.

La sociedad impone restricciones a la vida del adolescente. El adolescente con su actividad, con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificar la sociedad, que por otra parte, está viviendo constantemente modificaciones intensas. Se crea un malestar de tipo paranoide en el mundo adulto que se siente amenazado por los jóvenes que van a ocupar ese lugar y que, por lo tanto, son reactivamente desplazados. El adulto proyecta en el joven su propia incapacidad por controlar lo que está ocurriendo sociopolíticamente a su alrededor y trata entonces de desubicar al adolescente.

En la medida en que el adolescente no encuentra el camino adecuado para su expresión vital y la aceptación de una posibilidad de realización, no podrá ser un adulto satisfecho.

Las partes sanas del yo del adolescente se ponen al servicio de un ideal que permite modificar estas estructuras sociales colectivas y surgen así grandes movimientos de contenido valioso y noble para el futuro de la humanidad. El peligro reside en que mediante el mismo mecanismo se pueden canalizar a ciertos jóvenes hacia empresas y aventuras destructivas.

### **H. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.**

El adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida y permanente, aunque muchas veces la intenta y la busca.

Una personalidad permeable, que recibe todo y que también proyecta enormemente es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes.

---

Sólo el adolescente mentalmente enfermo podrá demostrar rigidez en la conducta. Un indicio de normalidad se observa en la labilidad de su organización defensiva. Es el mundo adulto el que no tolera los cambios de conducta del adolescente.

### **I. Separación progresiva de los padres.**

La aparición de la capacidad efectora de la genitalidad impone la separación de los padres y reactiva los aspectos genitales que se había iniciado con la fase genital previa. La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación de estos estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa de cada individuo a la que se sumarán las experiencias infantiles anteriores y ulteriores y la actual de la propia adolescencia.

La presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos, y una escena primaria amorosa y creativa, permitirá una buena separación de los padres, un desprendimiento útil, y facilitará al adolescente el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto.

### **J. Constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo.**

Los fenómenos de “depresión” y “duelo” acompañan el proceso identificatorio de la adolescencia.

El yo realiza intentos de conexión placentera, nirvánica con el mundo, que no siempre se logran, y la sensación de fracaso frente a esta búsqueda de satisfacciones puede ser muy intensa y obligar al individuo a refugiarse en sí mismo.

El repliegue autista tan singular del adolescente y que puede dar origen a ese sentimiento de soledad tan característico de esa tan típica situación de frustración y desaliento y de ese aburrimiento que suele ser un signo distintivo del adolescente. El adolescente se refugia en sí mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante su infancia preparándose para la acción y elabora y reconsidera constantemente sus vivencias y sus fracasos.

Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos; al fallar estos intentos de elaboración tales cambios de humor pueden aparecer como microcrisis maníacodepresivas.

---

Hasta aquí se han desarrollado de manera sintética los conceptos planteados por Aberastury y Knobel (2006).

Es debido a los constantes cambios que se generan, que los conceptos deben ser modificados, por lo que los autores precisan cambiar, variar, revisar y objetar los desarrollos que se han desarrollado en las décadas anteriores.

### **1.5 Adolescencia en la posmodernidad**

Se considera pertinente hacer referencia a otra postura, la de G. Obiols y S. Di Segni de Obiols (1998). Estos autores, realizan la comparación de la adolescencia en la modernidad y en la posmodernidad. Sostienen que en la modernidad, se aspiraba a la adultez pero la época dorada era la niñez, en la cual no existían responsabilidades pesadas, el afecto y la contención venían de los padres; y era en la etapa adulta donde se permitía actuar, se podía influir socialmente, se independizaban de los padres, se imitaba a los padres en la vida afectiva y familiar. Sin embargo, en la posmodernidad los medios masivos en general y la publicidad en particular suponen que la llegada a la adolescencia es deseada y que una vez en ella, el individuo quiere instalarse en ella para siempre. Esto es así porque se define una estética en la cual es hermoso lo joven y hay que hacerlo perdurar mientras se pueda y como se pueda. No sólo es tomado el cuerpo del adolescente como modelo, sino también su vida. Con esta idea, el modelo adulto deja de existir como modelo físico y se trata de ser adolescente por el mayor tiempo posible y luego, ya se es viejo. Esto último, es vivenciado como una vergüenza, una muestra del fracaso ante el paso inexorable del tiempo.

Haciendo referencia a la idea de la adolescencia como el divino tesoro, Rascovan (2005) menciona que la juventud puede pensarse como el período en el que se está en posesión de un “excedente temporal”, de un crédito o un plus, es como algo que se tiene de más y del que se puede disponer, supuestamente en los no jóvenes éste es más reducido, se termina antes. Tendrá más posibilidades de ser joven quien tenga ese capital como una condición general, dejando de lado consideraciones de clase o género.

Volviendo a las consideraciones de Obiols y Obiols (1998), en la modernidad, el adolescente era un individuo que vivía una crisis, era inseguro, introvertido, una persona en busca de su identidad, idealista, rebelde dentro de lo que el marco social le permitía. La cultura posmoderna trae aparejado crisis en los valores, ambigüedad sexual, hedonismo, etc., características que no permiten que el adolescente entre en conflicto con el medio ni con los adultos que lo sostienen. No existen modelos adultos a seguir,

---

porque como la adolescencia pasó a ser la época dorada, los adultos quieren permanecer en ella. Que la adolescencia sea el divino tesoro anhelado y buscado trae aparejado el problema de la posibilidad de fallas en la integración de la identidad y de la personalidad en las condiciones actuales, ya que son de suma importancia las identificaciones que deberían realizar los individuos en la adolescencia y no cuentan con modelos para hacerlo. Se ha perdido la “brecha generacional”. Los adolescentes no sienten la necesidad de rebelarse, no ven a sus padres como personas muy diferentes de ellos, no tienen problemas en ponerse de acuerdo respecto a una convivencia razonable, sus discusiones pasan por temas cotidianos y no por enfrentamientos ideológicos, ya que en realidad, no hay ideología de la que se hable.

Obiols y Obiols (1998) plantean que debería estudiarse qué ocurre con los duelos propuestos por A. Aberastury ya que en medio de la suavidad que supone la posmodernidad, estos duelos implican crisis serias, tristeza, esfuerzo psíquico para superarlos. El adolescente de la modernidad perdía el idealizado cuerpo de niño y se encontraba lejos de lograr un cuerpo adulto. Sin embargo, la mirada que se le da desde la posmodernidad es bastante diferente ya que el cuerpo del adolescente ha pasado de ser un aspecto desgraciado a ser idealizado, es el momento en el cual logra la perfección que deberá perdurar la mayor cantidad de tiempo posible. Deja su cuerpo de niño para pasar a tener el cuerpo deseado por los niños y los adultos, pasa a tener el ideal, se convierte, así, en dueño de un tesoro. El cuerpo infantil no es reemplazado en su totalidad por el cuerpo adulto, lo que genera una mezcla y una modificación parcial de ciertas características. Entonces, estos autores llegan a la conclusión de que el adolescente no tendrá la idea neta de un duelo, no va a sufrir intensamente la pérdida del cuerpo de la infancia.

De acuerdo al duelo por los padres de la infancia cuando el individuo va creciendo va descubriendo que detrás de cada adulto subsisten aspectos inmaduros, impotencia, errores. El niño tiene idealizado a los padres y crecer implica desidealizar, confrontar las imágenes infantiles con lo real. En la posmodernidad, esto también ha sufrido modificaciones porque los padres han incorporado un modo de relación con sus hijos distinto. Primero, estos padres, buscan ser jóvenes el mayor tiempo posible, se visten como sus hijos, si en su infancia han recibido pautas rígidas de conducta, al educan a sus hijos renuncian a ellas pero no generan otras muy claras e improvisan en la medida que la realidad lo impone. Los hijos de estos padres no van a incorporar una imagen de adulto claramente diferenciada por lo que no debe elaborar la pérdida de los

---

padres que en otras épocas los adolescentes tendrían que haber elaborado. (Obiols & Obiols, 1998)

Finalmente, el duelo por el rol y la identidad infantil también ha sufrido modificaciones. Relacionan las características de la niñez con el yo ideal. Éste último tiene características como la omnipotencia, la no espera para satisfacer los deseos y no es capaz de considerar al otro. En la adolescencia debería consolidarse el ideal del yo pero en la posmodernidad, tanto los padres como la sociedad, imponen los valores del yo ideal. Entonces, los valores primitivos de la infancia, no tienen que ser eliminados ya que al llegar a la adolescencia, se puede seguir actuando como un niño, por lo que no hay tampoco un duelo claramente esclarecido. (Obiols & Obiols, 1998)

De lo que se ha trabajado, es posible visualizar dos posturas. Una, sostiene que la adolescencia implica duelos, tres duelos fundamentales han de ser elaborados para que el individuo entre al mundo adulto de una manera saludable. La otra postura sostiene que no existen, en este período particular, duelos claramente establecidos.

Teniendo en cuenta ambas posturas, se considera que la pubertad genera cambios corporales que van a dar inicio al fenómeno de la adolescencia. En ésta última, existen diversos cambios, sean estos de roles, de identidad o en la relación con los padres. Más allá de la posturas a favor o en contra de la elaboración de duelos, existen cambios, modificaciones que los adolescentes van a vivenciar y éste concepto, el de cambio, es el que es preciso destacar para el desarrollo del presente trabajo.

Todo cambio implica pérdidas y ganancias. Cuando se produce un cambio, por más que éste se produzca por motivos externos al individuo, produce modificaciones. Cuando algo o alguien cambia, en esa acción algo se pierde y algo se gana. Lo que se pierde debe ser dueloado, debe ser elaborado. También, no sólo puede sentirse nostalgia por lo perdido, sino que también está presente el sentimiento de temor frente a lo nuevo, frente a lo desconocido.

No es la intención confrontar las dos posturas anteriormente expuestas, sino intentar comprender cómo pueden existir variaciones en los conceptos pero que, no necesariamente, una opaca a la otra, sino que pueden complementarse para nuevos abordajes.

Un concepto que se considera que va adherido al de adolescente, es el de "crisis". Este no connota una amenaza o una catástrofe sino que tiene que ver con un período crucial de vulnerabilidad incrementada y potencial y, por lo tanto, fuente ontogénica de fuerza y desajuste generacional. (Erikson, 1968)

---

También se encuentran posturas opuestas entre quienes sostienen que el período de la adolescencia no implica una crisis o que los cambios ocurridos en ella no son pertinentes para ser llamada crisis adolescente. La postura que se adopta es que la crisis no tiene, solamente, una connotación negativa. Si se tiene en cuenta la antigua definición china de crisis, significa peligro y oportunidad.

*“Por crisis se connota generalmente algo así como ruptura de una forma establecida de relación. Muchas veces esa imagen esconde lo complementario: la idea de pasaje, de reajuste, de nueva forma de adaptación. Crisis tiene que ver con algo que se muere y con algo que nace, es decir que crisis tiene que ver con la idea de desestructuración y reestructuración de la personalidad”* (Bohoslavsky, 2002, p. 50)

Si pensamos en la crisis adolescente, en ella peligra el mundo conocido, el infantil, que deparaba ciertos tipos de seguridades y placeres pero alejarse de él brinda la oportunidad de crecimiento de lograr independizarse de los padres y establecer una identidad distinta, una reestructuración de la personalidad.

### **1.6 ¿Adolescencia o Adolescencias?**

Más allá de las características que pueden discutirse acerca de qué es lo que pasa en la adolescencia, si ésta cambia o no a través del tiempo, si hay o no adolescentes en la actualidad, etc., hay quienes sostienen que en ciertos niveles económicos o de acuerdo a zonas demográficas, la adolescencia, como pasaje, transición, etc. no existe o si existe, no se la puede caracterizar como una sola, debería referirse a las adolescencias.

Fernández (2004) sostiene que no todos los niños tienen las mismas posibilidades en la niñez ni, tampoco, todos los adolescentes pueden adolecer. Serán niños y serán luego adolescentes quienes estén posicionados en su vida de una forma tal que tengan espacios, juegos, instituciones donde desplegar prácticas específicas de esa edad y que estén a cargo de adultos que realicen su crianza de modo tal que ésta incluya un universo de significaciones que permitan su particularización. Actualmente, en América Latina son muchos los chicos que tienen edades correspondientes a la niñez y a la adolescencia que se instituyen en prácticas familiares y sociales y sus modos de subjetivación se organizan de un modo distinto a las pautas que la psicología del desarrollo establece como características de la niñez y la adolescencia.

Existen distintas maneras de ser adolescente porque estas maneras no toman el mismo valor en un contexto determinado. Ni en todas las épocas ni en los diferentes

sectores sociales se han considerado lo que hoy puede denominarse “adolescencia”. Este concepto es relativamente nuevo, su denominación puede ligarse al conjunto de transformaciones que se dieron con el capitalismo en donde surge la figura de la adolescencia, la cual es significada como un período de vida de preparación en las mujeres para el casamiento y maternidad, y en los varones para la capacitación y el trabajo. (Fainsod, 2006)

La adolescencia lleva un sello individual pero también el sello de un medio cultural, social e histórico. Por eso, para poder entender a los adolescentes, no basta con estudiar sus características generales, porque cada adolescencia es vivenciada de distinta manera, de acuerdo a diversos factores. (Aberastury, 2006)

Rascovan (2005) sostiene que en los sectores medios y altos de las sociedades urbanas existe, desde los últimos años, una dilatación del pasaje a la vida adulta o, dicho de otro modo, la prolongación de la adolescencia. Esto se relaciona con la postergación de los individuos en la incorporación al mercado laboral, lo que produce una independencia económica, siendo decisiva en la asunción de roles sociales adultos. Esta prolongación de la adolescencia y de insertarse en el mercado laboral, no es propia de los jóvenes pertenecientes a los sectores sociales menos favorecidos. Debe tenerse en cuenta que existirán niños, adolescentes y adultos tan distintos como clases sociales, regiones geográficas y culturales existan.

## ***2. El Embarazo***

Cuando el óvulo es fecundado por un espermatozoide, se produce lo que se conoce como “embarazo”.

El embarazo, al ser un proceso fundamentalmente corporal y psicológico, debe ser llamado “una situación psicosomática de cambio” en la que el cuerpo y psiquismo se imbrincan dando origen a fenómenos que resultan difíciles de separar. (Videla, 1997)

No se va a realizar un desarrollo teórico de los aspectos físicos propios del embarazo, sino que se focalizará en todos los aspectos psicológicos que pueden encontrarse en éste.

El atributo de albergar a un hijo, desarrollarlo y darlo a luz después, amamantarlo y cobijarlo en los brazos es patrimonio femenino. El embarazo constituye un fenómeno normal en la vida del ser humano pero tiene diferentes características

---

según las diferentes culturas. Desde el punto de vista biológico, todas las mujeres se encuentran igualmente dotadas para gestar y parir. Debido a esta observación se interroga acerca de las causas de que existan diferencias aunque pueden ser sutiles, en ciertas ocasiones. Cuando una mujer busca embarazarse, consciente o inconscientemente, posee dos grupos de potenciales psicológicos de referencia: el primero tiene que ver con el resultante de la relación de cada mujer con su madre y con su padre, con los elementos de identificación y de diferenciación. Y el otro grupo, abarca los elementos que el condicionamiento sociocultural le han brindado: forma en que cada sociedad vive las diferencias sexuales, las relaciones genitales, importancia del rol maternal, enseñanza escolar, influencia de las amistades, relaciones amorosas, etc. (Videla, 1997)

El embarazo es la más acabada representación humana de la intimidad. Esta última es unión, la cual se produce cuando dos individuos establecen “contacto corporal”. La madre y su hijo alojado en su útero son una estrecha relación de intimidad. (Videla & Grieco, 1993)

“¿Quién dijo que el embarazo es una dulce espera?” Es una de las preguntas que plantean Sebastiani y Raffo (2004). Para trabajarla, estos autores, toman el concepto de “espera”. Sostienen que en esa noción de espera ya está presente la ansiedad que produce el posponer la satisfacción de lograr de inmediato lo que se piensa. Cuando la embarazada recibe la confirmación del embarazo, es invadida por distintos pensamientos y la incertidumbre sobre si lo esperado realmente llegará, cómo llegará y cuándo. La espera siempre produce una cierta tensión emocional y un estado de alerta que impide la completa relajación.

Si bien es cierto que el embarazo es un fenómeno común, es decir que es natural en la mujer, es preciso destacar que se presenta de manera distinta en cada mujer y en cada uno de los embarazos de la misma mujer. Por ejemplo, una mujer que está transitando su segundo embarazo, no vivirá las mismas experiencias en los dos embarazos, porque ahora, no se encuentra en las mismas situaciones que atravesaba con el primero. Con esta explicación se quiere dar cuenta de la singularidad de cada embarazo, singularidad que debe ser respetada en todo momento.

No sólo que cada embarazo y parto son distintos y que cada mujer es distinta, sino que las emociones que puede producir la noticia de estar embarazada cambian de mujer a mujer y en los distintos embarazos en una misma mujer. Existen las madres rebosantes de felicidad que muestran alegres sus panzas y están, también, aquellas

---

madres que no pueden disfrutar de la misma manera la maternidad por las circunstancias en las que se anuncia la llegada de este bebé.

La necesidad de tener un hijo puede estar programada y ser deseada por muchas parejas con la voluntad de construir una familia, pero detrás de esto existen muchas significaciones y deseos inconscientes que van desde la intención de probar su fecundidad, de regresar a la infancia, de amar y de ser amados hasta una necesidad de perpetuar la vida más allá de ellos mismos. (Sebastiani & Raffo, 2004)

### **2.1 Ansiedades durante el embarazo**

Durante el embarazo, se observa un incremento de ansiedad. Los accesos de ansiedad pueden durar días o semanas y pueden llegar a producir sintomatología física propia o inclusive provocar aborto o un parto prematuro, se caracterizan por fantasías determinadas y específicas. El embarazo no sólo involucra a la mujer sino también a su compañero y al medio social inmediato que la acompañan en su proceso psicológico de regresión. (Soifer, 1992)

Se incluyen y desarrollan los aportes realizados por Soifer (1992), ya que se considera que tienen una gran claridad conceptual para explicar las manifestaciones psicológicas por las que puede atravesar la mujer durante el período de gestación. Se presenta una síntesis de los momentos descritos por la autora.

#### **a) La situación psicológica en el comienzo de la gestación.**

La primera sospecha de estado de embarazo recae sobre la hipersomnolia, la mujer siente que necesita dormir mucho más que lo habitual. El tratamiento psicoanalítico revela en estos casos que ha comenzado la regresión, la cual asume características de una identificación fantaseada con el feto. Es el momento en el cual la mujer se ensimisma, se halla con un estado de sopor y un tanto desconectada de los demás. Esto sucede ya a partir de la segunda o tercera semana y se une a las ansiedades que despierta la verificación de la falta menstrual.

Todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo (deseo y contradeseo). El rechazo se basa en evidencias persecutorias debidas a la elaboración del conflicto edípico.

Desde el segundo mes suelen presentarse las náuseas y vómitos que coinciden con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo. Una vez que se ha establecido el diagnóstico preciso, desaparecen

---

espontáneamente aunque en ciertas ocasiones persisten en forma leve hasta la evidente modificación corporal o ante la percepción de los movimientos fetales. Las náuseas y los vómitos sirven para evidenciar el embarazo y también para dar salida a la ansiedad por la incertidumbre. Ésta expresa el conflicto de ambivalencia, debido a la intensificación de las vivencias persecutorias que de por sí existen frente a la maternidad: son el producto de sentimiento de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados con la propia madre como por los deseos de ocupar su lugar. La vivencia persecutoria es que alguien pueda arrebatarse el hijo soñado y demostrarle que se trata de una fantasía y no de un embarazo real; o bien que el embarazo tan deseado que implique la pérdida de la propia madre, por haberse concretado la fantasía infantil envidiosa: tener el hijo y que la madre esté destruida.

Otro factor importante de la psicopatología de las náuseas y vómitos que la autora rescata, es el temor de no ser capaz de dar a luz y criar a un niño. Otro factor, dentro de esta ansiedad, es el temor derivado de la situación económica, cuando es realmente precaria.

**b) Ansiedades del segundo y tercer mes. Formación de la placenta.**

Se puede detectar a través de los sueños, la percepción de la instalación de la placenta y las ansiedades concomitantes. Son sueños en los que aparecen elementos de sangre.

Este período es conocido como el período del peligro de aborto. El proceso de placentación tiene asociados terrores como la sensación de ser comida y vaciada por un monstruo (el aborto).

Cuando una mujer queda embarazada es porque su tendencia a la maternidad ha superado ampliamente el temor a los hijos. Este terror seguirá existiendo pero por características atenuadas por el deseo de ser madre. En esta época, a la sintomatología de las náuseas y vómitos se añade la diarrea o la constipación. Ambas situaciones asustan mucho, dado que la embarazada acostumbra asociarlas con el peligro de aborto. Sin bien estos síntomas son la expresión del rechazo al hijo, ese rechazo involucra tan sólo un aspecto de la personalidad, de importancia menor que el otro, el de que anhela ser madre.

**c) La percepción de los movimientos fetales. Tres meses y medio.**

---

Esta época corresponde en la evolución fetal a la aparición de la motilidad. Pero no en todos los casos la conciencia registra esta situación, siendo bastante frecuente que recién comiencen a sentirlo en el quinto mes. Se atribuye este embotamiento de la percepción a la negación, cuyo exponente de mayor intensidad son los casos que confunden la gestación con amenorrea.

Otra manifestación psíquica que puede presentarse en esta época de la gestación es la sensación del “chico que da patadas”, aparecen quejas relacionadas al dormir, trabajar, caminar, etc. En este caso, el mecanismo inconsciente es la proyección, en la cual se desplaza sobre el niño una imagen terrorífica, que es identificada con él. El bebé es sentido como peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos, amenazan con causar un severo daño físico a la madre. Lo proyectado en esta imagen son los impulsos hostiles hacia la propia madre (real o fantaseada). Al no sentir patadas o movimientos, comienzan a sentirse ansiosas porque creen que su bebé no está bien, ya que lo esperable es el movimiento. Las distorsiones de la percepción por negación o proyección, con sus fantasías correlativas, son la expresión de un profundo estado de ansiedad, común a todas las embarazadas. Un temor al hijo, quien aparece como un desconocido. Junto con este temor, está el miedo a la responsabilidad asumida, responsabilidad que ahora, frente al vientre ya desarrollado, adquiere características de hecho concreto. Este sentimiento de responsabilidad se une a la noción de dar vida, lo cual si tenemos en cuenta el proceso genético, significa haber cedido parte de su propia vida.

En el parto aparece, quizás por primera vez, el concepto de la propia muerte. Esta ansiedad de estar cediendo la propia vida se condensa con el miedo a morir en el parto.

Además de la negación y de la proyección, la embarazada utiliza mecanismos maníacos. La ensoñación, las fantasías de un hijo hermoso y bueno que la colmará de felicidad, son el refugio habitual que permite la prosecución del embarazo.

**d) Ansiedades debidas a la instalación franca de los movimientos. Cinco meses en adelante.**

Va acompañada de una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas del embarazo. El vientre se pone duro y luego se afloja. Ambas situaciones producen siempre un nuevo estado de ansiedad.

---

**e) Ansiedades producidas por la versión interna.**

Desde el séptimo mes en adelante puede producirse la versión interna, que lleva al niño a ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal de parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente, que se traduce en diferentes manifestaciones psíquicas y somáticas.

En esta crisis de ansiedad, la ansiedad consciente más clara es que algo raro está pasando que asusta y desconcierta; suelen describirla como una revolución dentro del abdomen o un dolor intenso en el bajo vientre, etc.

A veces está presente la negación y estas sensaciones conscientes no existen. O puede ser que ante su percepción, la ansiedad inconsciente determina ciertos procesos somáticos como pueden ser crisis de hipertensión, lipotimia, gripes agudas, hiperemesis, diarreas, constipación pertinaz, aparición franca de edemas, un brusco y exceso aumento de peso, intensificación dolorosísima de calambres.

La emergencia más grave es el parto prematuro, el que se produce entre los seis y ocho meses cumplidos. Los análisis revelan el incremento de la crisis de ansiedad a niveles intolerables.

**f) Ansiedades del comienzo del noveno mes.**

Con la llegada del noveno mes surgen varias modificaciones fisiológicas: el feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando en peso y volumen, las contracciones fisiológicas se acentúan, el cuerpo debe nuevamente cambiar sus mecanismos posturales para la bipedestación.

La gran cantidad de modificaciones van exacerbándose por la noción de proximidad del parto. El temor a la muerte en el parto cobra características intensas, por lo general inconscientes. En esta ansiedad derivada de la incertidumbre, el narcisismo infantil juega un importante papel, siendo la defensa habitual contra estos estados. El narcisismo infantil cuenta con el pensamiento mágico y la omnipotencia de ideas. Ninguno satisface lo buscado porque el embarazo continúa, entonces se genera más ansiedad que lleva al fracaso de la defensa. Cuando la defensa tiene éxito en cierta medida tiene responsabilidad del parto adelantado, como forma de huir y resolver el estado de incertidumbre y espera.

En cuanto a la percepción del sexo de la criatura, en la mujer embarazada hay un conocimiento bastante certero, a nivel inconsciente, que se traduce en muchos casos por sensaciones conscientes, indefinidas, a cerca del cuál es el sexo de la criatura.

---

**g) Ansiedades de los días previos al parto.**

En medio de la incertidumbre, que es la ansiedad consciente dominante, reaparecen intensas ansiedades, de duración variable, en las que se expresa, por lo general conscientemente, el temor a la muerte en el parto, al dolor, al parto traumático por fórceps o cesárea, al hijo deforme y a la muerte del hijo.

Con bastante frecuencia, en medio de la crisis se experimenta la sensación de haber dejado de percibir los movimientos fetales durante todo un día. La vivencia es extremadamente angustiante y está asociada a la muerte de la criatura.

Otra forma de resolver esta crisis es la llamada “falsa alarma”, ese cuadro en que la embarazada siente contracciones, que tan sólo traducen la acentuación de las contracciones fisiológicas, pero que son percibidas como frecuentes y en parte dolorosas. La frecuencia y el dolor se deben al estado de ansiedad y a la contractura muscular. Esta falsa alarma permite la abreacción de la ansiedad, constituye un ensayo, que esa mujer necesita, acerca de cómo deberá comportarse en el momento de ir a la clínica.

En cuanto a la dinámica psicológica de la parturienta, las ansiedades básicas de esa situación se estructuran en un armazón que es la reactivación de la angustia de nacimiento. Estas ansiedades se relacionan con la idea de pérdida, de vaciamiento, de castración, de castigo por la sexualidad y de enfrentamiento con un desconocido, el hijo. La angustia traumática es de naturaleza disruptiva y catastrófica; la ansiedad de vaciamiento y la de pérdida son ansiedades depresivas; el temor al castigo, la ansiedad de castración y el miedo a lo desconocido son de carácter paranoide. El interjuego de las mismas produce el estado confusional, con las concomitantes sensaciones de extrañamiento, despersonalización y pérdida de identidad. Los mecanismos defensivos que se establecen son: negación, disociación, manía, proyección, identificación proyectiva masiva, retracción narcisista, fragmentación esquizoide, conductas psicopáticas, mecanismos obsesivos, sublimación y reparación. (Soifer, 1992)

**2.2 Miedos durante el embarazo**

Videla (1997) sostiene que aquello que es desconocido es deseado y, a la vez, temido, genera expectativas. Los hijos se gestan adentro del útero, lo que implica no poder observarlos y conlleva a un aumento de dudas y hace aparecer miedos acerca de la capacidad de engendramiento que cada mujer posee.

---

El miedo es algo que aparece muy real durante el embarazo, una de las maneras con la que se lo puede combatir es a través del conocimiento, que la mujer pueda obtener y elaborar información. Es el obstetra quien debe ser capaz de discernir lo que es miedo y lo que es fantasía. La diferencia entre ambos radica en que la fantasía no tiene medida y suele basarse en hechos reales, mientras que con el miedo se puede trabajar, se lo puede aceptar, mensurar y ponderar y debe ser absolutamente respetado. La fantasía, a diferencia del miedo, no suele discurrir sobre la realidad y por lo tanto se convierte en una versión distorsionada, inconmensurable, inmanejable e imponderable; en este sentido, transmitir conocimientos y eliminar las fantasías negativas son recursos fundamentales para atenuar sus efectos. Las fantasías pueden ser elaboradas en otros ámbitos y el más adecuado es el psicoterapéutico. (Sebastiani & Raffo, 2004)

Videla (1997), al igual que Soifer (1992), también trabaja con los aspectos psicológicos que ocurren en la mujer mientras se encuentra embarazada. Pero más allá de las ansiedades o angustias, destaca ciertos miedos que pueden observarse en éstas. Caracteriza a los miedos en dos clases:

- A) Aquellos miedos que son comunes y subyacen en la mayoría de las gestantes.
- B) Aquellos miedos que son personales y específicos de cada uno que varían de acuerdo a la situación personal vital que los justifica.

A continuación se realiza una pequeña síntesis de los miedos que esta autora menciona:

- Temor a perder atractivo físico: la mujer debe enfrentar un gran cambio corporal para el cual no siempre está preparada. Esto puede tornarse más dificultoso en aquellas mujeres de rasgos marcadamente narcisísticos, quienes se angustian porque imaginan que no volverán a ser como antes. Otro extremo puede ser el abandono total del cuidado de su dieta, engordando una cantidad importante de kilos. Según la autora, es de fundamental importancia y necesario que la embarazada pueda tomar conciencia de los cambios corporales que vive junto al crecimiento del feto, del desplazamiento de las vísceras, del aumento del volumen mamario y que en general tiende a negarlos. Al hacer consciente este cambio podrá a la vez ir incorporando inconscientemente, todos los contenidos concomitantes al hecho de ser madre. Este proceso incluye dos aspectos: un logro, que es el de su maternidad, y una pérdida, que es la de su cuerpo adolescente.

---

- Temor a tener un hijo anormal o monstruoso: es un temor predominante en las madres primerizas por la falta de experiencia previa para corroborar su capacidad de engendrar cosas buenas e íntegras.

- Temor a engendrar un niño mogólico.

- Temor a no tener leche.

- Temor a morir en el parto: esto se debe a que el parto es un momento crucial para todo individuo, donde se pone en juego la capacidad de vivir y morir, donde se reviven las angustias y depresiones que vivieron en su propio parto. Toda mujer se siente como si naciera de nuevo cuando está dando a luz.

- Temor a la muerte del hijo: la autora manifiesta que tiene que ver con una serie de conflictos no resueltos con la madre.

- Temor a sufrir mucho dolor en el parto.

- Preocupaciones con respecto a la anestesia: hay mujeres que se resisten a ser anestesiadas o dormidas durante su parto, sintiéndolo como un robo de su vivencia y las que reclaman ser anestesiadas, argumentando que la vivencia del parto las enfrentará con la muerte o la locura, éstas son parte de una minoría. La mayoría no quiere estar dormida, quiere vivir su parto y que nadie le robe esta vivencia que espera hace mucho y que tan feliz la hace.

- Temor a la episiotomía: son los llamados “puntos”. Es una herida en los genitales que permite la ampliación de las partes blandas.

- Temor a la operación cesárea, al fórceps y a la ventosa extractora.

- Temor a no desempeñar bien el rol de madre: se enfrentan a un código de lenguaje completamente desconocido hasta entonces. El parto dura poco tiempo pero la crianza supone mucho tiempo de dedicación, observación y amor.

- Temor a no poder separarse del bebé luego del parto: el miedo más grande de la parturienta es el de separarse físicamente del hijo.

- Otros temores: a quedar sola en el parto y sin ayuda, a tener mellizos, a que al médico no se lo encuentre en el momento preciso, al parto prematuro, al aborto en los primeros meses, a las grietas en los pezones durante la lactancia, a las hemorragias, a tener un hijo del sexo no deseado, a los problemas económicos, etc.

Para finalizar los desarrollos correspondientes al embarazo, es necesario destacar que existen motivaciones para el embarazo que pueden tener características patológicas. Cuando una motivación de embarazo tiene estas características es porque no existe un auténtico deseo de hijo, entre ellas se encuentran las motivaciones para ser cuidada y

---

atendida por la familia en un momento en que se siente desplazada, para llenar el vacío dejado por la desaparición o muerte de un ser muy querido, como una forma de competir entre madres o hermanas fértiles, a las que se envidia, para retener a un marido infiel, para exigir casamiento, entre otras. (Videla, 1997)

### ***3. El Parto***

El parto es el momento en el cual la mamá se va a encontrar con ese desconocido que habitó y creció dentro de su útero alrededor de nueve meses.

*“El embarazo ha sido vivido como una travesía y el nacimiento se percibe como la escala a la que le han dedicado muchos meses de espera”.* (Sebastiani & Raffo 2004, p. 151)

El parto implica la culminación del embarazo. Es también conocido como nacimiento o dar a luz. Consta de tres fases: período de dilatación, expulsión y alumbramiento. No se desarrollarán los conceptos teóricos propios del parto pero sí se hará referencia a los aspectos psicológicos que ocurren alrededor del mismo.

El parto es un puerto de llegada pero también de partida hacia otro viaje aún más significativo: la crianza del niño. Este momento se vivirá, la mayoría de las veces, con sorpresa y de manera distinta a como se ha vivido el embarazo, ya que hasta ese momento todos los análisis, las ecografías y los controles prenatales eran programados y pautados. Con el parto, se emprende un nuevo viaje, lleno de sorpresas y temores. (Sebastiani & Raffo, 2004)

El período que va desde la iniciación del trabajo de parto hasta el momento del encuentro entre la madre y el bebé, son de una vital importancia ya que van a determinar la modalidad del vínculo inicial entre esa madre y su hijo. (Videla, 1997)

El momento del parto, es el momento en el cual se separan dos organismos, momento que puede ser explicado desde la medicina como desde la psicología ya que es un momento de gran carga emocional. Es un momento crucial en la vida de la mamá como en la del bebé, probablemente el más importante, de cuya evolución dependerá la calidad de vida posterior.

### ***4. El Puerperio***

---

Según Soifer (1992), luego del parto la madre debe pasar por un nuevo proceso de adaptación. La primera adaptación fue al estado del embarazo, la segunda se deberá adaptar a la situación corriente de no embarazo. La pérdida de un estado y el pasaje a otro, reactiva profundas ansiedades en la parturienta. Por un lado, la mujer revive la angustia sufrida durante su propio pasaje por el canal de parto, o sea que va irrumpiendo en ella la angustia del trauma del nacimiento. La mujer que había logrado adaptarse al estado de gravidez y que había incorporado al bebé como parte de su esquema corporal deberá retornar a la situación de no embarazo y lograr adaptarse a ella, lo que también genera nuevas ansiedades. La readaptación despierta la ansiedad frente al cambio, con los correspondientes fenómenos de despersonalización.

Luego del parto, la mujer se encuentra en el puerperio, éste es una situación de delimitación entre lo perdido, el embarazo; y lo adquirido, el niño. También la delimitación entre ensoñación, fantasía inconsciente y realidad. Esta delimitación múltiple puede hacerse solamente merced a un lento y gradual proceso de elaboración, con sus alternancias depresivas como persecutorias, sustentadas en los elementos difíciles que plantea la realidad, y maníacas o de negación, como única manera de incorporar la nueva situación. Producido el parto, las ansiedades confusionales vividas en su transcurso tienden a resolverse mediante los mecanismos maníacos, que buscan en las actitudes de las personas que rodean a la puérpera un asidero a las ensoñaciones de relevancia y homenaje. Por lo general, el ambiente capta adecuadamente esta necesidad y la satisface. Cuando esta situación de halago y festejo no se produce, la depresión es intensa. Sumado a esto es la situación de internación que trae aparejada una serie de factores como la ubicación en un medio desconocido, entre personas extrañas, que deben atender a la puérpera o que comparten la sala con ella, etc. Otro aspecto importante, es la pérdida de sangre originada en la renovación de la decidua uterina, que reactiva las ansiedades frente a la menstruación, con los correspondientes temores acerca de la integridad del órgano, a lo cual se agregan las sensaciones derivadas de la percepción de las contracciones de retracción. Además, las intensas ansiedades respecto de la lactancia, a si tendrá o no leche para alimentar a su hijo, hacen que este período se haga difícil para la mamá. (Soifer, 1992)

Marie Langer, quien es citada por R. Soifer (1992), denomina al conjunto de conflictos que se producen luego del parto como estado depresivo, que se agudiza al tercer día del parto cuando baja la leche. En este estado, dependiendo de la personalidad de la mujer, predominarán las fantasías de vaciamiento o castración. Para detectar esta

---

melancolía postnatal los síntomas son: tristeza persistente, cambios repentinos de humor, ansiedad, falta de concentración, irritabilidad, cansancio extremo, problemas para dormir, deseo de comer a toda hora o de no comer nada, rechazo hacia el bebé, etc. Durante el puerperio puede surgir lo que se denomina “psicosis puerperal”. La misma es caracterizada por un total rechazo hacia el bebé, no quieren verlo ya que les produce terror. La mamá permanece triste, alejada, está como ausente. Está como apática, abandonada, puede manifestar insomnio o inapetencia.

## ***5. La Psicoprofilaxis***

Bleger (1966) sostiene que la psicoprofilaxis, es cuando al psicólogo le corresponden los aspectos psicológicos de la prevención o la profilaxis. No la entiende como la prevención de las enfermedades psíquicas, sino que considera que se debe definir a la psicoprofilaxis como el empleo de los recursos psicológicos para prevenir enfermedades. Según este autor, el psicólogo debe intervenir intensamente en todos los aspectos y problemas concernientes a la psicohigiene y no esperar a que la gente enferme para recién poder intervenir.

Bohoslavsky (2002) también hace mención al concepto de psicoprofilaxis y sostiene que ésta se caracteriza por ser una actitud delineada a partir de la salud.

*“La psicoprofilaxis puede entenderse como toda actividad que desde un nivel de análisis psicológico y mediante el empleo de recursos y técnicas psicológicas, tienda a promover el desarrollo de las posibilidades del ser humano, su madurez como individuo y, en definitiva, su felicidad”.* (Bohoslavsky, 2002, p. 25)

La salud es una sola y es fundamental enfocar la prevención y la terapéutica desde tres áreas básicas de comportamiento humano: mente, cuerpo y conducta social. Es importante y necesario reconocer que se debe abordar la salud pública con la consideración igualitaria de los aspectos biológicos y psicológicos, entendiendo que la disociación mente – cuerpo es una deformación del pensamiento científico. (Videla & Grieco, 1993)

### **5.1 Psicoprofilaxis Obstétrica**

Luego de haber hecho referencia al concepto de prevención y psicoprofilaxis, se va a enfocar en la psicoprofilaxis obstétrica, uno de los objetivos específicos que se intenta realizar a través del proyecto de aplicación profesional.

En general, cuando se habla, se comenta, acerca de la noticia de un parto o que se ha producido un nacimiento, generalmente, ésta está teñida de una connotación positiva. Esto puede deberse a que en la sociedad en la cual vivimos, el nacimiento de un hijo es parte del desarrollo propio de los seres humanos y es una de las tareas que le son normalmente adjudicadas a todas y cada una de las mujeres.

Para la mayoría de las mujeres, cuando se les pregunta sobre lo que es para ellas ser madres, es habitual que éstas respondan que es la experiencia más hermosa que han tenido o vivido.

La experiencia del embarazo puede no ser vivida de la misma manera por todas las mujeres. Algunas mujeres la viven como una experiencia angustiante de la que prefieren escapar. Ciertas mujeres viven el parto como si fuera una situación culpógena de la que logran aliviarse haciéndose perforar el vientre para sacarse el hijo de sí. (Videla, 1997).

Si bien se considera impactante y movilizante la manera de expresarse de la autora, de acuerdo a las experiencias vividas y a la bibliografía revisada para la concreción del presente marco teórico, se puede confirmar que muchas mujeres prefieren evadir el parto provocándose un aborto. También, puede ser interpretada haciendo referencia a la cesárea, que también puede ser un medio de saltar la ansiedad propia de un parto natural.

Lo destacable, es que no todas las mujeres, están en condiciones de disfrutar del placer que “supuestamente” traería aparejado el ser madre. En los días que corren no es sorprendente, pero no por eso dejado de considerarse como aberrante, conocer que una madre mate a su hijo (infanticidio) y lo deposite en un basurero, o que se ha encontrado un niño abandonado en algún sitio en particular, o todavía más reciente, madres que por no poder alimentar al resto de sus hijos, “pongan en alquiler sus vientres”.

Generalmente la psicoprofilaxis es considerada como sinónimo de prevención. “Prevención” viene del latín “praevenire” que significa, adelantarse. “Profilaxis” deriva del griego “profhylátto” que significa, yo tomo precauciones. Si a este último se le agrega el significado de “psico”, alma; se puede intentar una definición etimológica de lo que es la Psicoprofilaxis Obstétrica: *“Psicoprofilaxis obstétrica es un conjunto de técnicas psicológicas que incluyen la toma de precauciones en forma anticipatoria, de*

---

*todas las variables personales, familiares, profesionales e institucionales, centradas alrededor del nacimiento humano”.* (Videla, 1997, p.251)

### **5.1.2 Historia de la Psicoprofilaxis Obstétrica**

Para entender qué es la psicoprofilaxis obstétrica es necesario conocer cuáles fueron sus objetivos a lo largo de su desarrollo y las diversas corrientes que trabajaron para lograrlos.

A continuación, se cree necesario realizar una breve reseña histórica acerca de las tres corrientes más importantes que se refieren a la Psicoprofilaxis Obstétrica.

Videla (1997) hace referencia a la historia de este tipo de psicoprofilaxis, mencionando tres grandes teorías (nacidas en Rusia, Inglaterra y Francia).

Se ha decidido tomar de dicha reseña histórica, aquellos datos que resultan más relevantes y explicativos para el presente trabajo.

La autora comienza la reseña situando la aparición de dos teorías casi en forma paralela, en Rusia e Inglaterra, las cuales tenían como objetivo disminuir el dolor del parto. Una de ellas, se basa en los reflejos condicionados de Pavlov y sus creadores son Velvosky, Plátonov y Nicolaiev. La otra teoría surge del médico Read, basada en la necesidad de la educación adecuada de las mujeres como base de supresión del dolor.

Una tercera teoría que aparece para sintetizar las dos anteriores es la teoría de Lamaze en Francia, la cual ha tenido mayor difusión en América Latina.

- **Escuela de Reflexología de la URSS**: sostiene que el parto es un fenómeno natural e indoloro que ha sido pervertido. El objetivo de estudio de esta escuela es el **dolor del parto**. Estudiaron los procesos de las estructuras nerviosas superiores responsables del dolor y sostienen que este dolor está basado en condicionamientos históricos que se inscriben en el cerebro de la mujer y determinan su manera de comprender y practicar su parto. Esta organización de la mujer se puede modificar fácilmente dando a la mujer una nueva comprensión de su parto y una nueva práctica, lo que se logra con educación y aprendizaje. “Sabiedo parir, la mujer no sufre”. Se trata de suprimir los reflejos condicionados dolorosos mediante una educación racional que destruya los prejuicios y la ignorancia, unida a una actividad práctica respiratoria y corporal. Le dan gran importancia al valor analgésico de la respiración, la gimnasia y la información médica.

- **La teoría de Read en Inglaterra**: No propone eliminar el dolor del parto, sino la atenuación del mismo mediante el intento de supresión del miedo, de la angustia y los

temores unidos al parto, intentando volver a la mujer a la pureza de los primeros tiempos, sin la carga cultural y de la civilización. Por eso, es llamado *parto sin temor* o parto natural. Trata de tranquilizar a la mujer, dándole confianza en su parto y en su médico, para lo cual crea en la mujer un estado de éxtasis, adormeciendo su conciencia mediante el método de relajación muscular. El parto será entonces un momento entre el médico y su paciente que por sugestión semihipnótica lograda a través de la relajación, pierda el temor y colabore obedientemente.

- *Lamaze en Francia*: sostiene que la psicoprofilaxis es un trabajo colectivo. Introduce la idea de equipo que practica activamente para la preparación. El objetivo es la educación física y psíquica de la mujer embarazada. Sostiene que el lenguaje es el mejor instrumento que se nos ha dado para adaptar a la mujer a su parto. Se ayuda a asumir a la mujer el rol protagónico en su parto, rol activo y participante. Tiene en cuenta las condiciones materiales, la parturienta, el personal administrativo y paramédico y personal médico.

Para el trabajo a realizar en el Hospital de Esperanza, se toman los aportes de estas tres corrientes. Las adolescentes tendrán la posibilidad de aprender diversas técnicas relacionadas a la respiración y relajación para disminuir los dolores propios del parto. También, se apunta a reconocer y disminuir los posibles temores que pueden aparecer en las embarazadas a través de una correcta y abundante información y brindándoles la posibilidad de dialogar sobre ellos y compartir las experiencia con otras madres. Además, pueden beneficiarse del aporte de los diversos profesionales relacionados con su embarazo y su bebé, lo que apunta a aumentar su confianza en ellos y disminuir temores, ansiedades, etc.

La tarea profesional que implica la psicoprofilaxis es una tarea preventiva en psicología. La misma deberá tener como objetivo el permitir expresar libremente a la mujer y al marido toda la sintomatología del embarazo, lo que acontece con el hijo y por el hijo. No deben provocarse en los futuros padres sentimientos de culpa, ni aumentárselos si estos ya existen; si no que se debe tratar de entender que cada uno de ellos son partes componentes de un proceso y no signos de patología. (Videla, 1997)

Sebastiani y Raffo (2004) expresan que las mujeres deber ser ayudadas y no libradas en soledad a la búsqueda de su instinto materno. Éste se convierte en uno de los objetivos a lograr con la psicoprofilaxis obstétrica: ayudar, no dejar solas a las mujeres en la maternidad. Con la psicoprofilaxis se busca mejorar la calidad de vida de la

---

embarazada, analizando aquellas situaciones y sentimientos más cercanos a la dificultad y al dolor y tratando de incluirlos como lo que son: una parte posible de la vida, ya que consideran que el sufrimiento, en cualquiera de sus graduaciones, es una parte ineludible de la evolución como seres humanos. En los cursos de psicoprofilaxis para el parto se dedica mucho tiempo al intento de establecer una buena conexión entre el cuerpo y la capacidad de percibirlo, entre el cuerpo y las emociones que en él se expresan, haciendo un delicado trabajo de integración.

El objetivo de la psicoprofilaxis obstétrica es que la mujer logre que su cuerpo deje de ser algo desconocido, y el parto y la gestación algo que le sucede, y no entiende en absoluto. Es necesario buscar que la mujer entienda que es su parto, que la gestante se convierta en protagonista del parto y que pueda como resultado, lograr una experiencia positiva. (Videla, 1997)

La medicina, la psicoprofilaxis para el parto, la psicología, etc., ayudan a que las mujeres puedan esperar y aceptar la llegada de un hijo con una actitud de entrega y comprensión hacia cada una de las vivencias que ocurrirán durante el embarazo. La reflexión, en muchos casos espontánea, surge en la tranquilidad de un espacio de encuentro que otorga el permiso necesario para relajarse y expresar lo que está realmente sucediendo en el interior de cada mujer durante el transcurso de un embarazo o cuando el hijo ya está junto con la pareja. La psicoprofilaxis obstétrica es una herramienta que permite realizar un trabajo de prevención en la psiquis de la embarazada, se intenta adelantarse a los posibles problemas que pudieran surgir en el campo emocional y mental, mediante la información, la reflexión y la desmitificación de numerosos aspectos relacionados con esta etapa de la vida. (Sebastiani & Raffo, 2004)

*“No se trata de un tratamiento psicoterapéutico, sino de prevención destinada a la desmitificación de la maternidad, al esclarecimiento de los temores y las dudas, al refuerzo de su confianza hacia la institución, la preparación para la breve separación del ámbito familiar y los cambios corporales y afectivos que sobrevendrán”.* (Videla & Grieco, 1993, p. 140)

La prevención es un conjunto de estrategias que se aportan desde el saber que cada uno tiene, con el objetivo de facilitar en las madres una amplificación socializada de los conocimientos acerca de su maternidad, que les permita optimizar los recursos propios a favor del cuidado de cada salud. (Videla & Grieco, 1993)

---

La mayor cantidad de espacios destinados a la psicoprofilaxis obstétrica se dividen en dos aspectos: el aspecto psicológico y el aspecto corporal. Y la razón para esta división puede surgir de distintos motivos. *“El tiempo de embarazo es ideal para unir cuerpo, emoción, mente y espíritu, y es preciso trabajar sobre todos ellos”*. (Sebastiani & Raffo, 2004, p.30)

Para finalizar con el desarrollo de la fundamentación teórica, se ha decidido hacer referencia al embarazo adolescente y a los “Talleres Operativos”, ya que luego de un largo desarrollo teórico que abarcó la adolescencia, el embarazo, el parto, el puerperio y la psicoprofilaxis obstétrica, queda pendiente el desarrollo del tema específico con el cual se quiere trabajar, el embarazo adolescente y la manera con la cual, a través del proyecto de aplicación profesional, se va a intentar abordar dicha temática, los llamados “Talleres Operativos” .

## ***6. El Embarazo adolescente***

*“El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológico 0 = edad de la menarquía en la mujer) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”*. (Silber, Munist, Maddaleno, Suárez Ojeda, 1992, p. 473)

La maternidad, generalmente, es considerada como parte del rol adulto de la mujer. Pero en ciertas ocasiones, llega a ser mamá en un período anterior a esta etapa. Una adolescente se convierte en mamá.

El embarazo es un estado natural, propio de la mujer pero si éste ocurre en la adolescencia puede volverse crítico, ya que es producido en un momento que para esta mamá, ya tenía características propias de una crisis, la crisis adolescente.

En el texto consultado de Videla y Grieco (1993) se hace referencia a la Organización Mundial de la Salud. Según esta última, la realidad social y biológica se están transformando y las jóvenes están capacitadas sexualmente en edades más tempranas y las parejas se constituyen más tarde.

---

Hasta 1960 la sociedad era mucho más represiva y primitiva preocupándose poco por buscar soluciones para las que en su momento fueron llamadas niñas-madres. En las escuelas se las expulsaba sin apelación posible. A partir de 1970 se comenzó a reconocer que se trataba de un problema sociológico con consecuencias médicas, advirtiéndose además que sucede en todos los sectores sociales. (Videla & Grieco, 1993)

La realidad es que cualquier adolescente puede embarazarse. No hay diferencias sociales, económicas o culturales en ello. No obstante, los distintos autores consultados sostienen que las que corren riesgo en su salud y su vida son las adolescentes pertenecientes a sectores que tienen mayores carencias de distintos tipos.

La aceptación de ser madre es un gran paso para el cual estas adolescentes no se encuentran preparadas y deben estarlo para el momento en que nazca su bebé y una vida dependa de ellas. No se puede dejar de mencionar que, a esta preparación, se le impone un límite temporal que determina una imperiosa y rápida aceptación de la maternidad. Si ellas han podido aceptar el hecho de estar embarazadas y que van a ser mamás, recién ahí, se encontrarán en condiciones para prepararse y enfrentar esta nueva etapa de sus vidas.

Es pertinente mencionar que, en generaciones pasadas, una adolescente de 18 años, era una mujer y podía encontrarse casada, ser madre y hacerse cargo de un hogar. Actualmente, no ocurre de la misma manera. El embarazo durante la adolescencia suele ser observado como un problema y sería importante cuestionar por qué ocurre de esta manera.

Una de las autoras trabajadas sostiene que adolescentes embarazadas y adolescentes madres han existido siempre pero no siempre esta situación se ha visualizado como problema. Actualmente, una preocupación acerca del embarazo adolescente se asienta en la idea del incremento de éste. Sin embargo, el número de madres adolescentes es cada vez menor en la Argentina. Esto puede deberse a la sensación creada por la visibilidad, que ha adquirido este problema en los últimos años, en los medios de comunicación y las escuelas, entre otras instituciones sociales. (Fainsod, 2006)

Inicialmente, el embarazo en esta edad fue considerado como resultado de una debilidad de carácter, posible en personas con deficiencia mental o algún tipo de inmoralidad. Luego, se responsabilizó a los factores ambientales como posibles causas y más tarde, a los subculturales. Sin embargo, en algunos estudios llevados a cabo en la

---

década de los 80 se incluye la combinación de los factores emocionales y ambientales como los que contribuirían a un embarazo temprano. (Semmens, Lamers, Jr., Semmens, 1982)

Una posible causa para visualizar el embarazo adolescente como problema puede deberse a las preocupaciones que se registran alrededor de la idea de que la temprana edad en la que ocurren estos embarazos y la maternidad es lo que las conduce a transformarse en situaciones de riesgo, biológico y también social. Estos riesgos biológicos tienen relación con las mortalidades maternas e infantiles, las cuales son más altas que en otras edades, dada la inmadurez biológica de las adolescentes. Los riesgos sociales conciernen a que el hecho de ser madres en esa etapa de la vida es lo que traería aparejado el abandono de los estudios y la inmediata exclusión del sistema productivo, reduciéndose el acceso a los recursos que permitan un desarrollo adecuado de los hijos, reeditando, así, el círculo de la pobreza. (Fainsod, 2006)

Es preciso observar el hecho de que en la actualidad, no existen claros parámetros para saber cuándo comienza la adolescencia o cuando termina. Por lo que el problema del embarazo adolescente, no sólo debe ser considerado por la edad de las adolescentes, sino también por la preparación que las mismas tienen para traer un hijo al mundo y enfrentar su crianza y el contexto próximo de ellas. Es preciso mencionar que el embarazo producido en la adolescencia es mucho más frecuente de lo que la sociedad quisiera aceptar.

La noticia del embarazo, puede generar distintas reacciones en las adolescentes. Son muchas las condiciones que cobran importancia para evaluar cómo puede desarrollarse ese embarazo y el crecimiento del niño, entre las cuales se cree necesario mencionar la familia de la adolescente, si acepta y apoya o no este embarazo, si el padre del bebé asume la paternidad con todo lo que eso trae aparejado, la situación económico social en la cual se encuentra la adolescente, la reacción de la institución escolar, la reacción de la institución médica en la cual se atiende, entre otras. Se hace referencia a estas características porque son las que forman parte de la vida de la adolescente, donde se desarrolla psicológica y socialmente y se cree que pueden convertirse no sólo en aspectos condicionantes para este embarazo sino también determinantes.

Para la madre y padre adolescentes, en el caso en que éste último asuma su paternidad, sus estilos de vida deberían cambiar, también sus proyectos deberían sufrir modificaciones. Frente a la situación nueva sentirán miedos, inquietudes y tendrán que

---

superar dificultades, las que pueden llegar a obstaculizar en un importante grado la vida de estos jóvenes padres, quienes pueden pasar por el abandono escolar y pueden tener que comenzar a trabajar. Estos y otros inconvenientes se suman a los conflictos propios de la etapa evolutiva en la cual se encuentran, la adolescencia.

Fainsod (2006) expone que las adolescentes embarazadas se presentan como desvíos de lo que sería un adolescente ya que es un fenómeno inesperado en esta etapa.

Silber y colaboradores (1992) realizan una diferenciación de acuerdo al momento en el cual se produce el embarazo, adolescencia temprana, media o tardía.

Según estos autores, si éste se da en la *adolescencia temprana* existe una incidencia más elevada de trastornos emocionales y una negación patológica del mismo. La preocupación de las adolescentes pasa por su propio cuerpo y la separación de su madre. En muchas adolescentes, el embarazo aparece como respuesta contrafóbica a la dependencia de la madre y lo es a la manera de un experimento con el propio cuerpo misterioso. Estas adolescentes estarían tan ligadas a sus mamás y a sus propias necesidades que no son capaces de pensar en el embarazo como un evento que va a terminar transformándolas en madres. En cambio, si el embarazo se da en la etapa de la *adolescencia media*, existe un establecimiento de la identidad y de la feminidad. Sostienen que en esta etapa, puede observarse una marcada competición de las adolescentes con sus madres. Tomando puntualmente al embarazo, éste se relaciona con la expresión del erotismo. Durante esta etapa, es frecuente el cambio de estado de ánimos, pasando de la depresión a la euforia, por lo que el mismo embarazo puede ser vivido, en un mismo día, como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y oportunidades. En estas adolescentes se puede ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, se sienten posesivas en relación al feto, el cual se vuelve un instrumento poderoso de la afirmación de la independencia de los padres. La actitud que puede observarse es ambivalente, de orgullo y culpa.

Según Silber y colaboradores (1992), finalmente, cuando el embarazo surge en la etapa de la *adolescencia tardía*, el embarazo sería un intento de consolidar la intimidad y de “atar al novio”. Es en esta etapa donde debe darse la consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, lo que está estrechamente ligado a factores culturales. Se puede ver la adaptación al impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por temas de la realidad, prácticos.

Siguiendo a los mismos autores, consideran que se pueden mencionar actitudes diferentes *frente a la maternidad*, también teniendo en cuenta la adolescencia temprana, media o tardía. En la primera etapa, la adolescente está ligada a su madre, incluso tiene celos a los sentimientos que su hijo podrá evocar en su madre. No tiene un concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé con un aspecto realista, lo que puede ser entendido como mecanismo de defensa, negación. La maternidad para estas adolescentes tempranas provoca depresión y aislamiento. No hay un lugar para el padre, éste está ausente de los planes de la adolescente. En la adolescencia media existen fantasías ambivalentes acerca de ser madre, en ciertos momentos idealizan el futuro y en otros, se desesperan con las responsabilidades que se les acercan. El papá del bebé es importante, está dentro de los planes. Por último, la adolescente que se encuentra en la adolescencia tardía tiene sentimientos maternales protectores y existe una sensación de anticipación del hijo. Se considera al padre como un futuro compañero, existe una búsqueda de afecto y compromiso de su parte.

### **6.1 Perspectivas para estudiar el embarazo adolescente.**

La temática del embarazo durante la adolescencia, puede ser estudiada desde diversas perspectivas pero se ha decidido, para un adecuado desarrollo teórico, optar por tres puntos significativos desde los cuales puede ser enfocada. Estos tres puntos son: la perspectiva sociocultural, la perspectiva física y la perspectiva psicológica.

La primera de las perspectivas es incluida dentro del marco teórico debido al impacto que usualmente genera la noticia del embarazo en la adolescencia. Se considera que más allá de los aspectos individuales (físicos y psicológicos) que puede generar un embarazo, la adolescente se encuentra inmersa en un contexto sociocultural que va a condicionar su rol de adolescente y de madre. Es por este motivo que se cree pertinente hacer mención a los aspectos socioculturales del embarazo en esta etapa.

Teniendo en cuenta la segunda perspectiva, la física, es imprescindible no dejar de lado los riesgos propios que puede traer aparejado el embarazo cuando se produce en la adolescencia, sobre todo cuando éste aparece en edades muy tempranas. También, es importante esta perspectiva debido a la relevancia que cobra el aspecto físico en la adolescente, quien está cambiando su cuerpo de niña y comenzando a experimentar un cuerpo adolescente, y deberá enfrentar los cambios propios de un cuerpo que alberga a un niño dentro.

---

Por último, se ha optado por la perspectiva psicológica. Si bien, se considera que es el aspecto más importante a tener en cuenta para la realización del proyecto, se ha decidido realizar su desarrollo en la parte final debido a que las dos perspectivas anteriores (sociocultural y física), tienen implicancias en esta última. También, se postula esta perspectiva al final, debido a que se ideó comenzar con la parte más externa del individuo (mundo externo), pasando por el aspecto físico (cuerpo), hasta llegar, al interior (mente) de cada una de las adolescentes que esperan a su bebé.

### **6.1.1 Perspectiva Sociocultural**

Pueden ser muchos los aspectos a incluir dentro de esta perspectiva, como ser la religión, la zona (urbana o rural), las diferentes clases sociales, etc. Se cree pertinente enfocar, para el desarrollo de este punto, el contexto sociocultural de las adolescentes embarazadas que asisten a la institución para la cual se realiza el Proyecto de Aplicación Profesional. Es decir, que se va a dirigir la mirada a aquellas embarazadas que pertenecen a la zona urbana y que se encuentran dentro de un nivel socioeconómico bajo.

De acuerdo a la bibliografía revisada, el embarazo adolescente puede, también, ser denominado embarazo temprano, precoz, juvenil, premarital, fuera del matrimonio o la conocida denominación estigmatizadora “madre sola”. Se ha decidido optar por la denominación de “*adolescente embarazada*”, ya que se considera que es un estado de la misma dentro del período vital en el cual se encuentra.

Este “fenómeno” es posible de ser observado a nivel local, nacional y, también es observable a nivel internacional.

El albergar a un hijo dentro del vientre, no tiene en cuenta la edad de la madre, las clases sociales, los niveles de educación, las distintas religiones, culturas, etc. Si el cuerpo se encuentra en condiciones para ello, un hijo puede ser traído al mundo, independientemente que su mamá tenga la edad escogida como adecuada o no para embarazarse por la sociedad en la cual vive.

*“Las adolescentes embarazadas, las adolescentes madres que viven en contextos de pobreza constituyen modelos singulares de subjetividad adolescente; la pobreza, la maternidad, el embarazo las distingue, las aleja; pero, no por ello, les deniega su condición de adolescente”.* (Fainsod, 2006, p. 42)

---

La sociedad y la cultura proponen ciertos modelos de familia y de maternidad. En la actualidad, esos modelos no se encuentran tan claros, ya que existen parejas homosexuales que adoptan hijos, casamientos entre parejas homosexuales, familias disgregadas, padres que vuelven a formar nuevas familias, etc. Asimilar estos cambios, lleva tiempo, genera polémica, fomenta la necesidad de encontrar explicaciones teóricas para estos. Aparecen las situaciones y posteriormente, se intenta buscar una explicación teórica. La maternidad adolescente puede ser considerada como un modelo que desvirtúa el modelo maternal que la sociedad propuso y propone y que tantas dificultades trae el intentar cambiarlo.

*“La sociedad mitifica, idealiza a la maternidad, pero cuando ésta se produce fuera del modelo legalizado, esta misma sociedad tiende a segregar, a estigmatizar, y no pocas veces a denigrar esta conducta, o la califica como “desviada”. Estos hijos no son los esperados, los deseados; en rigor de verdad a estos hijos y a estas madres esta sociedad ambivalente, prefiere ocultarlos”.* (Del Castillo et al., 1988, p.15)

Lo que cobra relevancia, actualmente, es que ya no permanece oculto y debe ser aceptado por la sociedad.

Se apuesta a la integración de estas adolescentes, se debe promover la no discriminación; la estigmatización y la condena provienen de la misma sociedad en la cual habita la adolescente. Aunque es preciso mencionar que, con el paso de los años, se pueden observar diversas actitudes de la sociedad frente a estas adolescentes y, también, desde las propias familias de éstas. No es raro encontrar aquella abuela que comenta que en su época, a las chicas que quedaban embarazadas de jóvenes las enviaban al extranjero o al interior para tener a sus bebés, cuando no hacían que contraiga matrimonio, claro. Hoy, en cambio, es factible el reconocimiento del embarazo y el apoyo por parte de la familia, lo que podría convertirse en un mejor pronóstico acerca de la calidad de vida para esa adolescente y su hijo.

No ha cometido un crimen, va a traer un hijo al mundo y precisa de vínculos sólidos para afrontar todo lo que el nacimiento y crianza de un bebé trae aparejado.

Videla (1997) sostiene que la mujer es preparada para mantener buenas relaciones sexuales, dentro o fuera del matrimonio, pero no para poder decidir la maternidad en forma adecuada. Se le propone entonces una sexualidad que no tiene en cuenta la maternidad como variante posible. Y, manifiesta que, en nuestro país, es difícilmente aceptable considerar que un embarazo es no deseado, esto es causa de la ideología dominante. Para esta última, una mujer debería aceptar todos los embarazos

que se producen por pura resignación. De acuerdo a lo expuesto por Videla acerca de la preparación de la mujer para tener buenas relaciones sexuales, se puede integrar la opinión de diversos autores, quienes sostienen que en la actualidad la sexualidad ha dejado de ser un tema tabú, pero se considera que tampoco se está en condiciones de confirmar que la mujer es preparada para determinada actividad, por lo que la idea expuesta por la autora puede llegar a ser cuestionada. Si bien, sí se coincide con la idea de no poder decidir sobre la maternidad de una manera adecuada y sobre la ideología imperante en nuestra sociedad.

Fainsod (2006) también hace referencia a este tema, señalando que en la sociedad existe una contradicción, entre lo que ésta misma ofrece y lo que en realidad brinda, debido a que permite una libertad sexual que, en el posible caso de obtener como resultante un embarazo, condena a la adolescente por éste.

Es preciso tener en cuenta en qué medida se encuentra actualmente vinculada la relación entre el matrimonio y las relaciones sexuales, como así también la relación entre éstas y la maternidad. Deben ser evaluados los valores tradicionales como: la virginidad femenina hasta el matrimonio, la administración de la sexualidad de una mujer por parte de su esposo, el destino de la cantidad de hijos como destino y no como elección, etc. (Fernández, 2004)

Para Fainsod (2006), las adolescentes embarazadas han sido ubicadas del lado de la anormalidad y han sido blanco de prácticas estigmatizantes y discriminatorias que ponen el acento en las “irresponsabilidades” de ellas y su entorno familiar. La autora realiza una diferenciación del embarazo, teniendo en cuenta miradas tradicionales y miradas críticas. El embarazo desde las *perspectivas tradicionales* reedita visiones contrapuestas: por un lado, es una conducta esperada, la maternidad se constituye en condición mitificada e idealizada para la mujer en nuestra sociedad; y por el otro lado, es una conducta desviada, es algo que no debiera ocurrir es esta etapa vital, ni tampoco por fuera del matrimonio. Si bien, Fainsod sostiene que esta experiencia desacomoda cierto orden natural de la vida, ya que son otros los proyectos y expectativas para esta etapa, manifiesta que existen prejuicios y estigmas con los que se caratula al embarazo adolescente. *La visión crítica*, que confronta la tradicional, sostiene que la maternidad en la adolescente es dejada de verse como desviación y comienza a ser vista como modos que dan cuenta de fragilidades que hablan del ser pobre, del ser mujer, del ser joven en la sociedad actual.

---

Lo que se intenta dejar en claro es que el embarazo adolescente es un problema de la sociedad que compete a todos, el cual no debe dejarse relegado, sino que es preciso desarrollar un papel activo ya que tanto la madre, el padre como, también, el hijo pueden sufrir consecuencias perjudiciales a nivel físico, psíquico y sociológico.

### **6.1.2 Perspectiva Física**

Tomando en cuenta el aspecto físico del embarazo adolescente, Videla y Grieco (1993) manifiestan que muchas “niñas” ocultan y niegan su estado, lo que hace que su diagnóstico sea tardío y las posibles dificultades o patologías no sean detectadas a tiempo. Justifican dicha conducta, sosteniendo que es difícil obtener una consulta precoz y oportuna en quien se encuentra avergonzada y temerosa de ser descubierta en falta por su familia y por la sociedad. Cuando el embarazo en la niña es diagnosticado, se alteran inmediatamente sus relaciones familiares, escolares y sociales. La incredulidad, el susto y la duda acerca de la decisión a tomar son los primeros sentimientos que experimentan las adolescentes. Según estos autores, la ambivalencia es el sentimiento más importante, que generalmente termina resolviéndose por presión del contexto, sin tener en cuenta el deseo de la embarazada. No existe escucha para el deseo de estas “niñas”, porque se encuentran en el lugar de las trasgresoras, entonces son arrojadas sin remedio hacia el aborto clandestino, el abandono del niño o la pérdida de sus lazos familiares.

Son pocos los casos en los cuales la familia atiende, contiene y protege a la futura mamá. Afortunadamente, existen organizaciones no gubernamentales que entienden la situación de estas adolescentes y les brindan ayuda y contención, hasta un lugar en el cual pueden esperar la llegada de su bebé.

Las adolescentes que deciden continuar con el embarazo corren tantos riesgos como sus hijos; ya que en la mayoría de los casos no poseen ninguna información al respecto. Estos riesgos dependen de la alimentación, la salud y su situación socioeconómica y la asistencia médico-psicológica prenatal recibida. (Videla & Grieco, 1993)

El obstetra entrevistado del Hospital S.A.M.Co. de la ciudad de Esperanza confirmó que, físicamente, el embarazo adolescente puede traer problemas para el bebé como para la mamá. Sobre todo, si ésta última es menor a quince años. Esto se debe a que ella va a engendrar un hijo, cuando todavía no ha terminado su proceso de

---

crecimiento y desarrollo. Fainsod (2006) menciona que cuando un embarazo se produce a partir de los quince años, en condiciones adecuadas de nutrición, salud y atención prenatal, los embarazos y partos no conllevan riesgos mayores que los que ocurren entre los veinte y veinticinco años.

El embarazo de una adolescente es lo no dicho; éste no existe como proyecto consciente ni aún, en ciertos casos, como presencia física, hasta que sus signos resultan inocultables. El desarrollo de este embarazo comienza en un vacío. Por este motivo, a M. del Castillo y colaboradores (1998), no les resulta extraño el hecho de que en algunas jóvenes puedan mantenerse las menstruaciones hasta el cuarto o quinto mes, como así también que no hayan registrado otros síntomas, como puede ser la mayor necesidad de descanso, las alteraciones digestivas, etc. Con frecuencia, el esquema corporal acompaña esta actitud, ya que suele no sufrir modificaciones evidentes, llegando a extremos en que el embarazo es descubierto en el momento del parto. Se puede entender, entonces, que en gran parte de los casos no existe durante el primer período una actitud prenatal activa, entendida ésta como voluntad de embarazo cuidado del feto, a través del cuidado de la madre.

*“Más allá de que estén o no casadas y de que estén o no preparadas, emocional y socialmente, para criar a sus hijos, se ha demostrado que las adolescentes embarazadas corren un gran riesgo de salud y muestran una tendencia desproporcionadamente elevada a dar a luz a niños de bajo peso al nacer, los cuales, a su vez, tienen menores probabilidades de sobrevivir durante el período de lactancia”.* (Videla & Grieco, 1993, p. 53)

Es necesario comprender que estos hechos son los que deben captar nuestra atención como sociedad y no la edad o el estado civil de la madre.

El embarazo en la adolescencia puede generar un aumento en la mortalidad materna. Existe un mayor riesgo de anemia y toxemia del embarazo. Las consecuencias para el hijo, también, incluyen un mayor riesgo de muerte, riesgo de bajo peso al nacer, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. (Silber et al., 1992)

### **6.1.3 Perspectiva Psicológica**

La elaboración realizada acerca de la temática del período adolescente va a ser retomada con la idea de lograr relaciones entre el período adolescente y la maternidad.

Se había expuesto que la adolescencia era una etapa de cambios, de crisis. Existe una gran transformación en distintos niveles. La sexualidad es un tópico importante y permite un amplio desarrollo.

Los primeros contactos entre personas de diferente sexo aparecen durante la adolescencia. Los adolescentes buscan el contacto corporal como una manera de lograr su identidad. Mientras la mujer busca su identidad femenina a través de ser penetrada, el varón lo hace a través de sus genitales en el acto de la penetración. Muchas veces, los adolescentes suelen mantener relaciones promiscuas, en una actitud del acostarse con cualquiera, lo que se convierte en un cuadro frecuente y, su explicación debe buscarse en la necesidad de aliviar la soledad, tristeza y aflicción, a través de la compañía y caricias que terminan en coitos no esperados y sin sentido. Debe diferenciarse lo que se entiende por la capacidad de gozar genitualmente y la reproducción, ambas son capacidades humanas diferentes. La genitalidad del ser humano tiene vigencia por sí misma y no en virtud de la reproducción solamente. Hombre y mujer pueden gozar plenamente de su sexo sin que ello implique deseo de tener un hijo. Los conceptos de coito, embarazo e hijo están relacionados pero no son equiparables. Desear un coito placentero, desear embarazarse y desear tener hijos, asumiendo la total responsabilidad de la crianza, son tres situaciones diferentes. El problema del embarazo adolescente es que, muy pocas veces, por no decir nunca, tiene como fin subyacente el deseo de tener un hijo y hacerse plenamente responsable de su vida. (Videla, 1997)

Cuando se piensa en el embarazo adolescente existe una cantidad importante de casos en los cuales, la relación sexual tuvo la característica de ser circunstancial, la cual no implicaba una continuidad afectiva en un vínculo proyectado. En éstas no se llegó o no se quiso articular la sexualidad con la maternidad. También, la inmadurez constituye frecuentemente motivo de un embarazo que en realidad viene a cumplir el deseo adolescente de ser admirada o cuidada como en la niñez perdida, cuando no a reproducir modelos propuestos por la televisión o el cine. Buscan de esta manera expresar su rebeldía contra los padres a través de una relación prohibida por estos, situación que muchas veces se resuelve dolorosamente en un aborto, en un casamiento desgraciado, o aún en procesos de destrucción y muerte. Otra de las motivaciones frecuentes del embarazo adolescentes y aun de mujeres maduras lo constituye la competencia con la madre, hermanas o cuñadas. (Del Castillo et al., 1988)

---

En el año 1982, ya Semmens y colaboradores, sostenían que el sexo es una manera mediante la cual el adolescente puede rebelarse con eficacia contra la sociedad, los padres o sus compañeros. Esta rebeldía puede tener motivos conscientes como los que resultan de la amenaza o negación de los derechos individuales por parte de la sociedad o liberarse de las restricciones sociales. Lo que se remarca es que no todas las mujeres, van a embarazarse voluntariamente para lograr sus metas, aunque saben que existe esta posibilidad. El participar en la actividad sexual en la adolescencia implica optar entre el impulso y la acción, entre el deseo y el temor, entre lo que es aceptable y no aceptable y entre el placer mediato e inmediato. Para controlar sus impulsos, la adolescente, debe aprender a posponer la gratificación inmediata con la esperanza de una realización a largo plazo, con el tiempo. El adolescente debe aprender a asumir responsabilidad en relación a las secuelas personales e interpersonales de su conducta. En el caso, de gestar a un hijo, poder, ambos padres, responsabilizarse por éste.

Sebastiani y Raffo (2004) expresan que los adolescentes de la posmodernidad, han crecido influidos con el concepto de la inmediatez, quieren experimentar todo en forma rápida, aquí y ahora. Sostienen que estos, desean tener primero la vivencia y la experiencia y posteriormente, de manera eventual, analizan de qué se trató.

La idea que sostienen estos autores puede relacionarse con la iniciación sexual precoz que experimentan estos adolescentes. Necesitan vivenciar, experimentar, explorar la sexualidad pero, en ciertas ocasiones, lo hacen de una manera que tiene como consecuencia la procreación. Sin embargo, más allá del embarazo, estas adolescentes, continúan siendo adolescentes y, por lo tanto, deben elaborar duelos, lograr una independencia, formar una nueva identidad. Las características propias de las adolescentes, seguirán existiendo, sólo que deberán ser elaboradas de una manera distinta. Deberán ser elaboradas conjuntamente con el aprendizaje diario de la maternidad.

Cuando se hace referencia a los cambios psicológicos de la adolescente embarazada no se pueden establecer reglas generales ya que varía la forma de pensar, la forma de ver el mundo y el contexto sociocultural que rodea a las adolescentes. La realidad que enfrentan puede ser distinta, las necesidades, los deseos, pueden ser diferentes, por lo que no es posible realizar una generalización de los aspectos psicológicos. No obstante, es posible hipotetizar acerca de lo que le puede estar ocurriendo a esta mamá, a esta adolescente que va a vivir una adolescencia distinta porque debe pasar de ser “adolescente” a ser “mamá”.

---

Anteriormente, se sostuvo que uno de los cambios que sufría el individuo al entrar en la pubertad era la modificación corporal. Desde el aspecto psicológico, se intentó contrarrestar posiciones acerca de la posible elaboración de un duelo por el cuerpo infantil perdido. Más allá de estas posturas, la adolescente que se embaraza, efectivamente, va a enfrentar un gran cambio corporal para el cual no está preparada. Una mujer adulta embarazada puede sentir temor a perder el atractivo físico. Se hipotetiza que este temor puede estar exacerbado en una adolescente que pasa de tener un cuerpo de niña a tener el cuerpo de una mujer. Va a aumentar de peso, va a sufrir la modificación de su abdomen por el crecimiento del útero que va a albergar al bebé, tendrá mayor sensibilidad en sus pechos, los que también aumentarán de tamaño, etc.

En síntesis, la adolescente va a enfrentar un cambio corporal para el cual no se siente preparada. Deberá contar con información para ir, de a poco, elaborando esos cambios y consecutivamente, ir aceptando ese embarazo y a ese bebé, su hijo. Se sostuvo, cuando se desarrolló acerca del embarazo, que es muy importante y necesario que la embarazada pueda tomar conciencia de los cambios corporales que vive junto al crecimiento del feto, del desplazamiento de las vísceras, del aumento del volumen mamario y que en general tiende a negarlos. Al hacer consciente este cambio podrá ir, a la vez, incorporando inconscientemente, todos los contenidos concomitantes al hecho de ser madre.

Como adolescente, esta mamá está tratando de independizarse de sus padres, transita entre la independencia y la dependencia con ellos y es durante esta fluctuación que ocurre el fenómeno del embarazo. Es otro ser humano el que comienza a depender absolutamente de esta mamá. La adolescente está tratando de independizarse y el embarazo aparece, la mayoría de las veces, de una manera no programada, y puede llegar a desestabilizar el precario equilibrio que intenta mantener en un período fluctuante.

Se considera de suma importancia contar con el apoyo familiar durante el embarazo y la crianza del bebé, como también es importante el grupo de amigos con que la adolescente pueda contar, anteriormente se hizo mención acerca del importante papel que puede tener la barra de amigos. Se considera que el apoyo y la contención son factores de gran importancia para lograr una vivencia que no sea angustiante, desesperante, para esta mamá.

El logro de la identidad se torna dificultoso, sobre todo en adolescentes de niveles económicos bajos, a partir de haber desempeñado roles confusos y

---

entremezclados ellas mismas y quienes la rodean. Pueden, por ejemplo, ser adolescentes que cumplen el rol de madre para sus hermanos. Sumada a esta realidad, se encuentra la inseguridad propia de verse empujada a actividades para las que no está preparada, y privada de aquellas que hubieran correspondido. Evidentemente, estas condiciones no son las más adecuadas para el logro de la autoafirmación, necesaria en la adolescencia. Es poco lo que en la vida de la joven se adecua a su estado: ni descansa más, ni se alimenta mejor, ni cambia de hábitos o aún de indumentaria. Así también tarda en aparecer un proceso reflexivo en lo atinente a “ser madre”. (Del Castillo et. al, 1988)

Cuando se buscan las posibles causas de ese embarazo adolescente, teniendo en cuenta la condición socio-cultural, Fainsod (2006) sostiene que para algunas adolescentes la maternidad resuelve la ilusión de tener algo propio. En este caso aparece diferenciado “tener un hijo” de “ser madre” en tanto función, rol a desempeñar. La maternidad vendría a confirmar cierta dependencia, necesidad de cuidado y protección de otro que ubica a la madre en otra posición.

El conocimiento acerca del embarazo está marcado por un fuerte impacto. Estas chicas dejan de golpe sus muñecas y se enfrentan con una función para la que no están preparadas, generalmente no saben qué hacer. Lo mismo pasa con esas adolescentes, que tienen una edad mayor pero que si bien no se encuentran con la muñeca, están vivenciando otras experiencias que deberán ser resignadas o modificadas si se desea el bienestar del bebé que está por llegar.

Dentro de las consecuencias que puede traer la noticia del embarazo, Semmens y colaboradores (1982) sostienen que ésta genera un impacto muy grande, que puede ir desde el suicidio y la autodestrucción hasta el ignorarse y castigar a los demás amenazando su reputación o posición social.

Si esta mamá no puede, no se siente capaz, no se siente en condiciones de poder criar a esta criatura y, además, no cuenta con apoyo familiar, de amigos, etc. el futuro de ese bebé se ve obstaculizado por estas razones. Y alguien va a tener que tomar precauciones al respecto.

Dentro de los destinos posibles de este bebé que ha sido no planeado, que fue no deseado durante la gestación, puede que se encuentre el abandono y en el mejor de los casos, la adopción.

Los embarazos no deseados en adolescentes solteras suelen continuarse, terminando en abandono o inclusión familiar como hijo de la abuela. Esto claro, si no optan por realizarse un aborto. (Videla & Grieco, 1993)

---

Del Castillo y colaboradores (1988), también hacen referencia a los posibles destinos del embarazo y sostienen que puede haber un rechazo manifiesto de éste, lo que puede tener como respuestas la posterior entrega del bebé en adopción o su permanencia en la familia en un rol confuso. Se vuelve confuso en el sentido de que muchos abuelos son los que asumen la paternidad de ese bebé, no sólo familiarmente sino que también frente a la sociedad y de una manera legal.

Se considera necesario ayudar a estas adolescentes. Dentro de las consecuencias posibles de un embarazo adolescente, si la mamá no encuentra en sus vínculos, apoyo y contención, puede sufrir cierta confusión, comportándose de una manera perjudicial para el bebé. Lo que no se debe dejar de lado, es que más allá de lograr el bienestar de esta mamá se está intentando que el hijo que espera sea recibido con el amor que necesita.

Si bien, el embarazo de la adolescente no ha sido planeado, no ha sido deseado, es de fundamental importancia que, mientras avanza el desarrollo del bebé, este último entre en el deseo de la madre, pueda ser amado y esperado por ella. Si esto ocurre, se evitan consecuencias de tipo físico y psicológico para ambos, madre e hijo, ya que, como se expuso anteriormente, el parto prematuro puede ser desencadenado por motivos como la ansiedad frente a la incertidumbre o como resultante de un embarazo no deseado.

Videla (1997) manifiesta que la única razón válida para tener hijos es la decisión adulta de una pareja que conoce plena y maduramente las implicancias de la crianza y la educación de un ser humano. Sin embargo, se considera que si esto no ocurre, si la llegada de este bebé no es producto de una decisión adulta, se debe colaborar para que esta mamá adolescente pueda comprender lo que implica el nacimiento, la crianza y la educación de su hijo, todo esto, siempre con la finalidad de tender al máximo bienestar posible de la díada.

Semmens y colaboradores (1982) clasifican de modo arbitrario los casos de embarazos adolescentes de acuerdo al grado de *participación consciente* en el embarazo de la futura madre. Esta clasificación está dividida en tres.

- 1- Intencional: existe un intento consciente de embarazarse para forzar una decisión respecto al matrimonio o a pesar de un padre rechazante o desconfiado.
-

- 2- Accidental: la participación consciente es mínima y la motivación evidente hacia el embarazo con el propósito de producir un niño es mínima o poco clara para la adolescente.
- 3- Desconocida: en la que no existe el intento aparente consciente o inconsciente de lograr el estado del embarazo.

Según estos autores, en el primero, la adolescente está buscando satisfacer una necesidad particular. Como por ejemplo, salir de un hogar donde es responsable de criar a los hijos de alguien, puede ser una manera de herir a un padre que la ha lastimado emocionalmente. En realidad, no se desea al producto del embarazo. El mero hecho del embarazo es lo que la ha adolescente pretendía sin comprender por completo que está propensa a involucrarse con un bebé. Remitiéndose al segundo, expresan que un embarazo nunca es accidental, pero esta clasificación hace referencia a los casos en los cuales la motivación no estaba clara. Sostienen que dentro de este grupo hay una mayor diversidad de medios sociales y culturales, individuos con grados variables de inestabilidad emocional que se embarazaron por razones menos evidentes. Algunas sólo aceptaron cumplir pautas familiares o subculturales. La mayoría refleja la necesidad de satisfacer metas adolescentes: identidad, independencia, conflicto, resolución de la dependencia, etc. El embarazo es en general incidental, no planeado y resultado de una temprana actividad sexual encaminada a lograr la atención de una familia o sociedad que no parecía tener lugar para ellas. Para mencionar características del tercer motivo de embarazo, sostienen que aquella adolescente que, sin saberlo, se embaraza es un fenómeno que se puede observar en personas que sufren deficiencia mental, aquellas que tienen carencias en la información o que se encuentran informadas pero de una manera errónea. El diagnóstico del embarazo en sí mismo se retrasa usualmente a causa del bajo índice de sospecha y de la falta absoluta del deseo de embarazarse.

De acuerdo a lo todo lo expuesto, se puede concluir que el embarazo adolescente puede ser abordado desde distintas perspectivas, para la creación del proyecto se consideran las socioculturales, las físicas y las psicológicas. Las primeras, debido a que estas adolescentes están atravesando un momento especial en un periodo particular de sus vidas y deben ser ayudadas desde el contexto sociocultural más próximo. Las segundas, porque el dar a luz a un hijo, trae aparejado múltiples cambios corporales y las enfrenta a realidades, como el parto y la cesárea, que deberán ser comprendidas para afrontarlas con un nivel de angustia adecuado para que nazca su bebé. Finalmente, las

---

psicológicas porque es preciso considerar los aspectos emocionales intensos de esta etapa y los sentimientos que éstas puedan tener.

## ***7. “Los Talleres Operativos”***

Para cerrar el desarrollo de la fundamentación teórica, se van a tener en cuenta los aspectos teóricos pertinentes a la forma de trabajo que se utilizará para cumplir con el objetivo de brindar el servicio de psicoprofilaxis obstétrica para la población adolescente.

La modalidad de trabajo será a través de la conformación de grupos. Si bien, a lo largo del trabajo se intentó comprender la singularidad de cada adolescente y el respeto por ella, se cree conveniente trabajar grupalmente. Esta decisión surge de considerar, primero, el recurso humano disponible y el tiempo que podría llevar trabajar individualmente con estas adolescentes, considerando que no se obtendrían los mismos resultados. Y, segundo, el trabajo grupal va a permitirles, a las integrantes, tener una nueva vivencia, experiencia dada en otra dimensión, que les permitirá reconocer aspectos intra e intersubjetivos, siempre apuntando a su crecimiento.

Dora García (1997) sostiene que cuando una persona se encuentra involucrada con otras en una necesidad y desde ella se desarrolla una tarea en común, se puede hablar de que un grupo se ha instituido, se ha establecido una estructura de roles entre sujetos. En este caso, la responsable de la conformación del grupo sería la necesidad de prepararse de una manera adecuada para la maternidad.

Para trabajar, se ha decidido realizar una conjunción de dos aportes. Uno de ellos, pertenece a Pichón Rivière (2007) y hace referencia a los “Grupos Operativos”. El otro, a Dora García (1997) quien hace un importante desarrollo sobre los talleres. Como resultado de estos aportes, surge lo que se ha denominado como “Talleres Operativos”. A continuación, se intentará brindar una explicación del por qué de esta denominación para la modalidad de trabajo.

### **El Taller**

*“Podemos definir el Taller, como tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. La vivencia puede entenderse como el primer paso en el cual se*

---

*implementarán ciertas técnicas disparadoras con el objetivo de romper el hielo y movilizar algunas estructuras cognitivas en relación al tema que se trate”* (García, 1997, p. 21). Esta misma autora, sostiene que el taller es una experiencia social en la cual los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica. Al interactuar, se convierten en protagonistas del aprendizaje, el propio sujeto se vuelve sujeto de estudio. El aprender, para ella, comprende que el sujeto inquiera, investigue, indague la realidad y pueda modificarla y modificarse. El tiempo espacio sirve para que el individuo repiense qué sintió en la experiencia y qué ideas puede aportar, así se van hilvanando los distintos contenidos más emocionales que conceptuales, en relación con las técnicas que se utilizaron como disparadoras. Estos contenidos quedan en suspenso hasta la etapa posterior en la cual se debe articular aquel hacer con el sentir.

El taller puede volverse un lugar de vínculos, de participación, en el cual se llevan adelante distintos modelos de comunicación y, por lo tanto, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos. Es un camino que estimula el aprendizaje, las intersubjetividades, la creatividad, mientras se busca la apropiación del objeto de conocimiento. Permite valorar la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de sus propios aprendizajes. (García, 1997)

### **El Grupo Operativo**

*“El grupo operativo es un grupo centrado en la tarea y que tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de sus integrantes, lo que sería un análisis individual en grupo. Sin embargo, tampoco está centrado exclusivamente en el grupo como en las concepciones gestálticas, sino que en cada aquí – ahora – conmigo en la tarea se opera en dos dimensiones, constituyendo en cierta medida una síntesis de todas las corrientes”*. (Pichon Rivière, 2007, p. 128)

Se ha decidido trabajar con la teoría perteneciente a los grupos operativos porque se considera que es pertinente para elaborar los conflictos que pueden estar vivenciando las adolescentes durante su embarazo.

El grupo operativo, según Pichon Rivière (2007) permite la movilización de las estructuras estereotipadas a causa del monto de la ansiedad que despierta la posibilidad de cambio. Las ansiedades pueden ser: depresiva, de acuerdo al abandono del vínculo anterior y paranoide, creada por el nuevo vínculo y la inseguridad social consiguiente.

Se puede pensar que más allá de las ansiedades expuestas en el apartado de “El embarazo”, las ansiedades depresivas que deberían ser elaboradas en las adolescentes se relacionan con su pasado, como adolescente, lo que pierde de esta condición al enfrentar el nuevo rol de madre, que puede ser vivido como ataque al yo, a lo conocido, creando ansiedades paranoides. Por estas razones, se considera deseable que ambas ansiedades, depresivas y paranoides, intenten ser elaboradas a través de los talleres operativos.

Con los talleres operativos, se intentará captar lo que Pichon Rivière (2007) menciona: “aquí-ahora-conmigo y en la tarea”. Él propone trabajar con el grupo alrededor de una tarea, lo cual genera un conjunto de experiencias, afectos y conocimientos con los cuales los componentes del grupo piensan y actúan tanto a nivel individual como grupal. Según este autor, en el grupo operativo, coinciden el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de la tarea, porque en la resolución de la tarea es posible resolver situaciones de ansiedad. El grupo operativo es un instrumento que permite la modificación de dos miedos básicos: el miedo al ataque al yo (ansiedad paranoide) y miedo a la pérdida del objeto (ansiedad depresiva). Estos miedos paralizan la acción impotenciando al yo y a través de las técnicas operativas se puede fortalecer al yo, haciéndolo más plástico y flexible, logrando así una adaptación activa a la realidad. (Pichón Rivière, 2007)

La adaptación activa del individuo a la realidad, se vuelve, en la psicoprofilaxis obstétrica, un objetivo fundamental. A través de los “Talleres Operativos”, se busca que la embarazada tome un rol protagónico, activo, en la realidad que atraviesa y de esta manera, pueda fortalecer su yo para enfrentar las presentes y futuras situaciones ligadas a la maternidad. También, se intenta modificar sus miedos básicos, enfrentar las ansiedades de una manera no estereotipada, se tiende a un aprendizaje constante y activo, se busca la libre participación de la adolescente, lo que favorecería la comunicación entre las integrantes y se obtendrían mejores resultados a nivel grupal.

Si bien Pichon Rivière (2007) manifiesta que en los grupos operativos el objetivo es abordar los problemas de la tarea, del aprendizaje y problemas personales relacionados con la tarea y que se trata de realizar un aprendizaje que tiene un carácter grupal, en los “Talleres Operativos” también se trabajará a nivel grupal pero es destacable que no se dejarán de lado las individualidades. Para trabajar con las adolescentes embarazadas se ha planeado que las actividades sean evaluadas desde dos miradas: la mirada grupal y la singular. El coordinador de los “Talleres Operativos”

---

deberá fluctuar entre ambas perspectivas para poder tener un mejor conocimiento acerca del desarrollo de las actividades y, concomitantemente, de las integrantes.

Cada integrante del grupo operativo porta su esquema referencial pero la tarea más importante y prioritaria en un grupo es la elaboración de un esquema referencial común (ECRO). La elaboración de éste resulta indispensable para establecer comunicación, ésta se dará en la medida en que los mensajes puedan ser decodificados. Cada participante tiene su propio esquema referencial y sobre la base del común denominador de estos sistemas, se configurará, en sucesivas “vueltas de espiral”, un ECRO grupal. Cuando éste se logra, el grupo funciona sobre implícitos compartidos que se reflejan en las características y formas que toman los roles, que de fijos y estereotipados, se hacen funcionales, con una dinámica que sigue las leyes de la complementariedad y suplementariedad. Este esquema referencial participa en el grupo desde los modelos de pensar, sentir y hacer. Es este sistema significativo el que emergerá entrelazado con los fantasmas propios de cada integrante y de los que se articulen como parte de la novela grupal. (Pichon Rivière, 2007)

Si bien se considera que la conformación de un ECRO grupal no es inmediata, sino que es parte de un proceso, se buscará que exista entre las adolescentes un buen nivel de comunicación desde el comienzo. Si la comunicación se encuentra obstaculizada, se dificulta la posibilidad de cumplir con los objetivos que se propongan para ese encuentro. Es importante el papel del coordinador en estos momentos, quien puede promover la comunicación entre las adolescentes orientándolas hacia un nivel óptimo que permita el trabajo grupal.

*“Lo que se trata de lograr de los pacientes a través de este complejo proceso es una adaptación activa a la realidad, caracterizada por el hecho de poder asumir nuevos roles con una mayor responsabilidad y el abandono progresivo de los roles anteriores, inadecuados para la situación en el aquí y ahora. Esto se da en la tarea, en la que los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia que operan en todo grupo humano se conjuguen armónicamente en el logro de una gran productividad”.* (Pichon Rivière, 2007, p. 138)

La cita anterior nos permite sintetizar algunos de los objetivos que se plantean para los Talleres Operativos con adolescentes embarazadas.

Primordialmente se intentará promover en ellas una activa adaptación a la nueva realidad que les toca vivir, su embarazo y maternidad. Se realizarán distintas actividades grupales para que puedan reconocerse como madres y como responsables de una vida.

A través de las distintas dinámicas grupales se pretende que las adolescentes puedan realizar una transición, al menos cognitiva (durante los encuentros), sobre sus roles anteriores, presentes y futuros. Es decir, poder reconocerse como adolescentes, reconocer sus conflictos, las preocupaciones propias de su edad, pasando por un reconocimiento de los cambios corporales y en su identidad, promoviendo la integración de una nueva identidad y rol, el rol de madre. Finalmente, acercar a la embarazada a las futuras experiencias que deberá afrontar como madre, pasando por el parto, el puerperio y terminando en la larga y ardua tarea de crianza de su hijo. Cada uno de estos roles deberá estar acompañando de una mayor responsabilidad personal y también, en relación a su hijo. En síntesis, se promueve la pérdida de los roles anteriores que no son adecuados para la situación actual de la embarazada.

Para terminar de desglosar la cita anterior de Pichon Rivière, se hace mención a los tres sentimientos que de encontrarse en un grupo humano, logran una gran productividad, estos son los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia. Se buscará, a través de los distintos objetivos, promoverlos y mantenerlos para la productividad del grupo.

Se prefiere trabajar con la modalidad de talleres ya que en ellos, se vuelve posible la utilización de técnicas grupales como disparadoras. Este fue uno de los principales aspectos a tener en cuenta, para no trabajar directamente con grupos operativos. También, no puede dejar de señalarse la variable del tiempo a tener en cuenta para trabajar con estas adolescentes. El nacimiento del bebé se torna un límite temporal imposible de negar y debe ser reconocido para la planificación de las distintas actividades destinadas a cumplir con los objetivos propuestos.

Se ha optado por rescatar ciertos aspectos teóricos de los grupos operativos desarrollados por Pichon Rivière (2007) y trabajar con la modalidad de talleres.

En los “Talleres Operativos” se trabajará principalmente sobre los aspectos emocionales que surgen a través de las distintas tareas propuestas, manteniendo como soporte teórico a los grupos operativos.

*Antecedentes de la  
Institución*

---

### **Antecedentes del Hospital “Dr. Daniel A. Criado”**

A continuación, se brindan datos referidos al Hospital S.A.MCo. “Dr. Daniel Alonso Criado” de Esperanza, Santa Fe. Dentro de este establecimiento, se realizó el análisis institucional, el cual brindó los datos que fueron el fundamento del presente proyecto de aplicación profesional.

#### **Sus orígenes...**

La creación del Hospital surge estrechamente vinculada con la fundación de la Sociedad de Damas de Beneficencia, la que a su vez surgió como una necesidad en la población, desde los primeros años de la Colonia y recrudesció con motivo de la terrible epidemia de cólera morbo. En esa oportunidad, la incipiente población sufrió una angustiosa prueba, destacándose en la lucha contra la enfermedad. Esta penosa emergencia demostró una vez más la necesidad de un hospital.

La predisposición al servicio y la solidaridad encontraron la cristalización de su objetivo el día 12 de diciembre de 1888, cuando un representativo núcleo de señoras, con espíritu visionario y altamente humanitario, fundó la Sociedad de Damas de Beneficencia.

Desde el primer momento la idea latente en todas las socias, era la construcción de un hospital para la población que aumentaba día a día.

Luego de diversas gestiones se logró la donación de un terreno, ubicado en la parte noroeste de la ciudad, para erigir en el mismo el futuro hospital.

#### **La concreción del edificio**

El día 19 de agosto de 1894, en la Casa Municipal tuvo lugar la reunión de presidentes convocada por la Sociedad de Damas de Beneficencia, con el objeto de fundar un hospital con los dineros recolectados por aquella asociación, con la condición de que las demás sociedades se obliguen a mantenerlo en cuotas. Asistieron las Sociedades Francesa, Italiana, Suiza, entre otras junto con la Cruz Roja. Todos de conformidad con la idea, sólo impusieron como condición que se excluyera toda cuestión política o religiosa, siendo ésta aceptada por todos.

---

Se nombra entonces, una comisión encargada de elaborar los planos del futuro hospital, integrada por distintos doctores, entre los cuales se encontraba el Dr. Daniel Alonso Criado.

El día 6 de Septiembre de 1894, las Damas de Beneficencia dan a conocer el proyecto de organización del hospital. En éste se aceptarían enfermos sin distinción de credos ni nacionalidad.

La inauguración se realizó el día 25 de Diciembre de 1898. Su primer médico director fue el Dr. Daniel Alonso Criado.

Desde su fundación y a medida que las necesidades lo exigían y se contaba con los medios financieros, se fueron realizando diversas ampliaciones y mejorando las instalaciones, cumpliendo siempre un servicio asistencial eficiente que abarca, no sólo la ciudad y poblaciones vecinas, sino todo el departamento.

Hasta que en el año 1950, al habilitarse un Centro Asistencial Privado, el entonces Hospital Caridad, se vio privado del pensionado, lo que repercutió desfavorablemente en la parte económica, no pudiendo sostenerse con los ingresos de pacientes que acudían al consultorio externo e internados de escasos recursos que no podían pagar, salvo algunas limosnas, por este motivo, la situación se agravaba día a día, tornándose insostenible por las deudas que acumulaban.

No pudiendo conseguir nuevos subsidios, la Sociedad Damas de Beneficencia, luego de diversas consultas con autoridades locales y fuerzas vivas resolvió ofrecer el Hospital al gobierno nacional.

Pero en el año 1979 la Nación lo transfiere a la Provincia. En el año 1980 por Ley Provincial se transforma en S. A. M. Co. (Servicio de Asistencia Médica a la Comunidad) y en diciembre de 1995 es reconocido como Hospital Público de Autogestión (HPA).

El funcionamiento del Hospital se basa en tres pilares fundamentales:

- 1- Técnico Profesional (a cargo de la dirección médica).
- 2- Económico - Financiero - Administrativo (por la cadena: Consejo Administrativo - Comisión Ejecutiva - Administradora).
- 3- Relativo a Obras (por la cooperadora).

***Su política de Salud***

---

Su política de salud, se basa en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS). Llevándose a cabo la atención médica en las cuatro clínicas base y especialidades, siempre desarrollando los programas provinciales de Salud.

Dentro de las cuatro áreas básicas, se encuentran la Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica y la Clínica Tocoginecológica.

Es permanente la incorporación de aparatología, instrumental, métodos de diagnóstico, adquiridos por la Comisión Ejecutiva del S.A.M.Co., por entregas del Ministerio de la Provincia y gran parte de la comunidad.

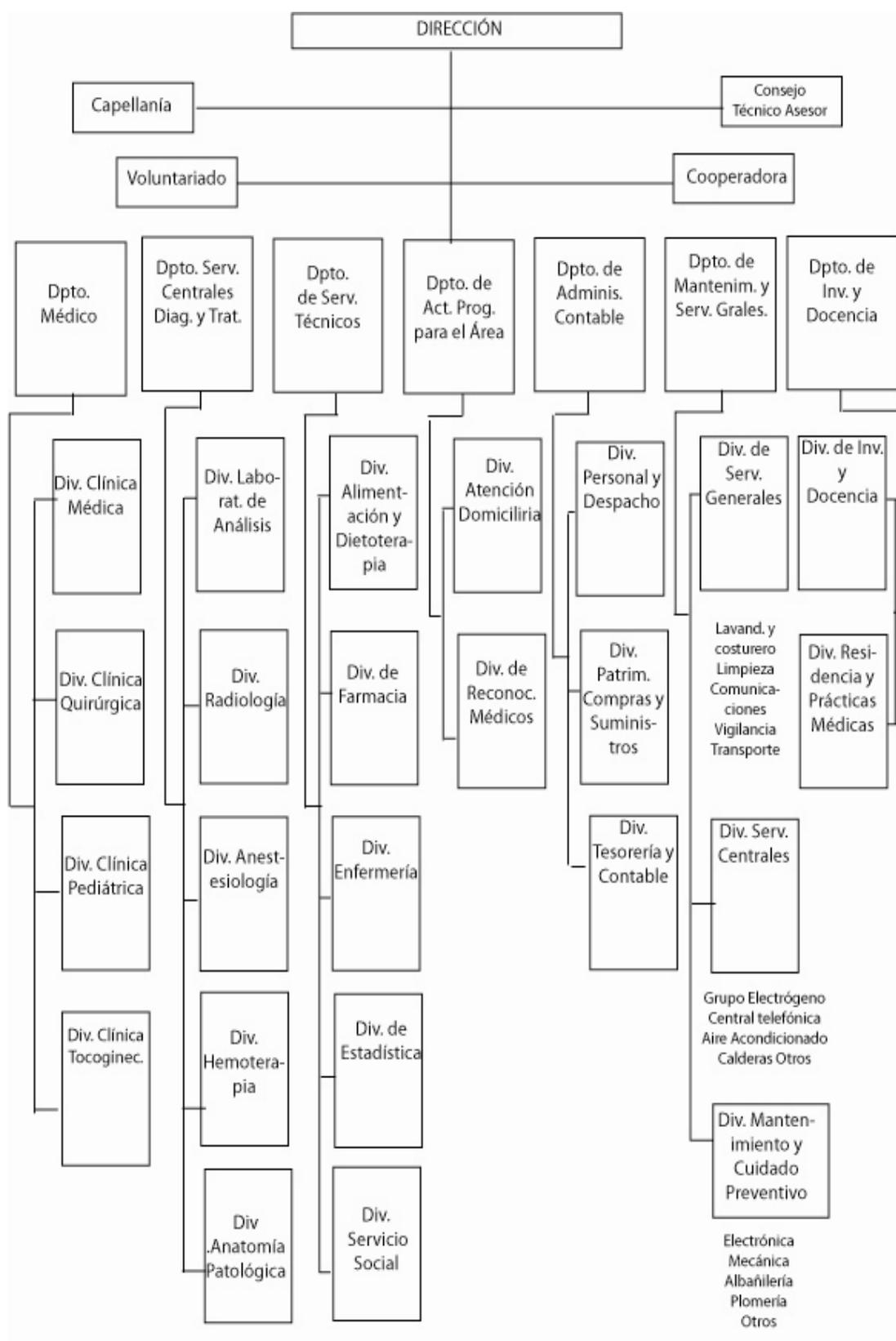
Entre otros logros, en el año 1994 y a través de un proyecto - decreto del Ministerio, comenzaron a funcionar las Residencias Médicas, en Medicina General.

Al hospital concurren aproximadamente trescientas personas para recibir asistencia. Es el único que asiste a los ciudadanos de Esperanza y alrededores de manera gratuita.

Para estar más cerca de los ciudadanos, la institución cuenta con distintos centros periféricos en los diferentes barrios de la ciudad. En los mismos, se encuentran permanentemente médicos residentes y enfermeras para asistir a quienes se acerquen a ellos.

Seguidamente, se puede visualizar el organigrama de la institución para una mejor comprensión de sus departamentos y divisiones.

**Organigrama del Hospital “Dr. Daniel Alonso Criado”**



*Metodología utilizada  
para el diagnóstico  
institucional*

---

### **Metodología utilizada para el diagnóstico institucional**

El diagnóstico institucional del Hospital S.A.M.Co. “Dr. Daniel Alonso Criado”, se llevó a cabo en distintas etapas y a través de abordajes cualitativos y cuantitativos. El mismo se realizó entre los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del año 2007.

Dentro del abordaje cualitativo, las entrevistas semidirigidas fueron las técnicas utilizadas para la obtención de los datos. Las mismas fueron administradas a los siguientes profesionales:

- Subdirectora del Hospital S.A.M.Co. “Dr. Daniel Alonso Criado”.
- Médico Ginecólogo - Obstetra.
- Licenciada en Psicología.
- Partera.

Para llevar adelante el abordaje cuantitativo, se realizó una encuesta para todas aquellas embarazadas y madres recientes entre los catorce y diecinueve años de edad. Es necesario aclarar que uno de los requisitos para que las madres recientes pudieran contestar el cuestionario, era que sus bebés no tengan más de dos meses de vida.

Los cuestionarios fueron administrados a todas aquellas embarazadas y madres recientes que asistieron al hospital o a los distintos centros periféricos durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2007 y que, voluntariamente, aceptaron responderlo.

Antes de realizar la administración final del instrumento se optó por llevar adelante una prueba piloto. La misma fue administrada a seis adolescentes embarazadas, quienes completaron el instrumento y permitieron realizar una evaluación del mismo. Como conclusión, se observó que debían realizarse algunas modificaciones:

- Se evaluó la posibilidad de una administración directa del instrumento pero debido a la observación de algunas dificultades, como por ejemplo la legibilidad de las respuestas, se optó por realizar la administración de manera indirecta.

- También se consideró pertinente la modificación de algunas preguntas ya que las destinatarias demostraban cierta dificultad en la comprensión de las mismas.

- Por último, se pudo observar que el instrumento era demasiado extenso y generaba comentarios con características negativas entre las encuestadas por lo que se realizó una selección de los ítems, buscando aquellos aspectos más pertinentes para el objetivo que se intentaba cumplir.

Una vez realizadas las modificaciones, se llevó a cabo la administración final del mismo.

El modelo final del instrumento administrado puede verse en los anexos.

Cuando se pensó en la utilización de la encuesta como técnica cuantitativa de abordaje, se consideraron dos aspectos que la convirtieron en ventajosa: ésta no implicaba grandes costos a nivel económico y permitía organizarse de una manera adecuada en relación a los tiempos. Este último, se volvió un criterio fundamental ya que las embarazadas y madres debían ser ciudadanas de Esperanza, lo que implicaba permanecer en dicha ciudad, gran cantidad de tiempo para la aplicación del instrumento.

Originariamente, se pensó en aplicar el instrumento sólo a las adolescentes embarazadas. Sin embargo, se consideró que era pertinente que las adolescentes que habían sido madres recientemente, participaran de la encuesta. El motivo de dicha decisión fue que, estas adolescentes, ya habían pasado por la experiencia del embarazo, el parto y el puerperio sin la posibilidad de realizar psicoprofilaxis obstétrica, por lo que su opinión se tornaba valiosa.

La finalidad que tuvieron los cuestionarios fue la de evaluar las respuestas que las adolescentes madres y embarazadas tenían frente a la posibilidad de beneficiarse de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital S.A.M.Co. de la ciudad de Esperanza o en los centros periféricos.

### **El primer contacto con el Hospital**

El primer acercamiento a la institución se realizó en los últimos días del mes de Agosto del año 2007.

En el primer día de visita a la institución se mantuvo una reunión con el Director de la misma. Dicho encuentro tuvo como objetivos la presentación formal y la confirmación de la factibilidad para realizar un diagnóstico institucional en dicho hospital.

El Director accedió a la propuesta.

Al día siguiente, se vuelve a la institución para encontrarse con la Subdirectora de la misma.

**Abordaje Cualitativo:**

**Entrevistas**

El propósito de la primera entrevista era obtener la mayor cantidad de información posible para obtener una visión generalizada, global, acerca de la institución. La Subdirectora del Hospital fue entrevistada para intentar obtener los principales datos acerca de la institución. Los ejes que se tuvieron en cuenta para la misma fueron:

- ❖ Las áreas con que cuenta dicha institución.
- ❖ Las especialidades.
- ❖ Información acerca de los profesionales.
- ❖ Información acerca de los pacientes.
- ❖ Los aspectos y aportes más positivos de la institución.
- ❖ Las características que distinguen a la institución del resto de las instituciones de la ciudad de Esperanza.
- ❖ La relación entre la institución y la comunidad.
- ❖ Las problemáticas que surgen en la institución.
- ❖ Los aspectos a mejorar.
- ❖ Rol del psicólogo dentro de la institución.
- ❖ Las demandas de los pacientes.
- ❖ Los proyectos a cumplir en un futuro próximo.
- ❖ La flexibilidad ante la creación de proyectos.
- ❖ El trabajo interdisciplinario.

(Ver entrevista realizada en anexos).

De los problemas mencionados por la Subdirectora se tomó como foco ***la problemática del embarazo adolescente.***

Si bien existían otros aspectos que podían ser mejorados a través de la intervención de un psicólogo, se consideró pertinente tomar como “foco” al embarazo cuando se produce en la adolescencia. Éste ha sido seleccionado, teniendo en cuenta dos aspectos significativos:

1. El porcentaje de embarazos adolescentes que se asisten en la institución.

2. La importancia de dicha problemática a nivel nacional e internacional.

Es necesario realizar una aclaración con respecto al primer punto. Si bien, la Subdirectora durante la entrevista hace mención al “porcentaje” de adolescentes embarazadas que se acercan al hospital para ser atendidas es preciso destacar que ese porcentaje mencionado parte de la apercpección general de los profesionales, en este caso de la Subdirectora.

Se ha intentado conseguir estudios estadísticos realizados en dicha institución que permitan conocer con exactitud el porcentaje de los embarazos que tienen como protagonista a las adolescentes y no se ha podido encontrar dicha información debido a que no existe, dentro del hospital, una sistematización de este tipo de datos. Por lo que, el foco problemático que impulsa la realización del presente proyecto nace de la apercpección de quienes atienden diariamente a estas adolescentes, tanto en el hospital como en los centros periféricos.

Para continuar con la realización de las entrevistas, se toma un dato significativo del discurso de la subdirectora, quien hizo mención sobre el Centro de Rehabilitación que existe en el hospital. Allí, trabajan diariamente las licenciadas en Psicología y una psiquiatra.

Días posteriores al encuentro con la subdirectora, se llevó a cabo una entrevista con una de las licenciadas en psicología para obtener mayores datos acerca del foco elegido anteriormente.

Los siguientes ejes fueron tenidos en cuenta para la realización de la misma:

- ❖ La cantidad de psicólogas que trabajan en la institución.
- ❖ El servicio de Psicología.
- ❖ El trabajo interdisciplinario.
- ❖ Las interconsultas.
- ❖ La forma de trabajo.
- ❖ Los aspectos a modificar en un futuro próximo.
- ❖ El embarazo en las adolescentes.
- ❖ La Psicoprofilaxis: general y obstétrica.
- ❖ Rol del psicólogo dentro de la institución.

(Ver la entrevista en Anexos)

---

Se llevó adelante una tercera entrevista, con las mismas características que las anteriores, con una de las parteras del hospital.

Se consideró de fundamental importancia esta entrevista ya que la partera C. brindaba charlas informativas a las embarazadas; este dato fue obtenido gracias a los comentarios realizados por los distintos profesionales entrevistados con anterioridad.

Los ejes de dicha entrevista fueron:

- ❖ Las charlas que la entrevistada brindaba a las embarazadas. El cuándo y el por qué comienza con ellas.
- ❖ La opinión y reacción de las autoridades acerca de las mismas.
- ❖ Los destinatarios de las mismas.
- ❖ Desde qué semana del embarazo concurren a las mismas.
- ❖ Conocimiento que la profesional tiene sobre el embarazo adolescente.
- ❖ Las devoluciones de las personas que asisten.
- ❖ El papel de los papás.
- ❖ Si existe diferencia entre aquellas madres que fueron a las charlas y aquellas que no lo hicieron.
- ❖ La cantidad de embarazos en la institución.
- ❖ La importancia del aspecto psicológico.

(Ver la entrevista en Anexos)

En los días siguientes se pudo concretar un día y horario para la entrevista con el obstetra. La misma se realizó en el consultorio privado del profesional. Tuvo como ejes:

- ❖ La asistencia a las adolescentes embarazadas.
  - ❖ Principales aspectos propios de este tipo de pacientes.
  - ❖ Controles prenatales.
  - ❖ Realidad de las pacientes que asisten al sector público.
  - ❖ Factores de riesgo pertenecientes a las adolescentes embarazadas.
  - ❖ Factores de riesgo para el bebé.
  - ❖ Capacidad para la maternidad.
  - ❖ Comportamientos de estas pacientes en el consultorio.
  - ❖ Parto... ¿Experiencia traumática?
  - ❖ Interconsultas con las licenciadas en Psicología.
  - ❖ Trabajo interdisciplinario.
-

- ❖ Psicoprofilaxis Obstétrica.
- ❖ Posibilidad de realizar psicoprofilaxis obstétrica en el sector público.

(Ver la entrevista en Anexos)

### **Abordaje Cuantitativo:**

#### **Encuesta**

Se realizaron dos modelos de cuestionarios diferentes: el primero, para embarazadas entre los catorce y diecinueve años de edad y el segundo, para aquellas mamás, que estuvieran dentro de las mismas edades, cuyos bebés no tenían más de dos meses de vida. Estas madres, han sido denominadas “Madres Recientes”.

La información básica que se esperaba obtener a través de la administración del instrumento era:

- ❖ Edad.
- ❖ Estado Civil.
- ❖ Cantidad de hijos.
- ❖ Manera por la cual se toma conocimiento del embarazo.
- ❖ Primera atención médica y visitas posteriores.
- ❖ Controles prenatales.
- ❖ Preguntas realizadas a los profesionales.
- ❖ Preocupación acerca del cuidado de su hijo.
- ❖ Conocer si le resultaría de utilidad contar con un espacio destinado a la psicoprofilaxis obstétrica.
- ❖ Conocer si estaría dispuesta a acercarse al hospital o al centro periférico más cercano para llevar adelante encuentros destinados a la psicoprofilaxis obstétrica.

En los anexos se pueden visualizar los instrumentos administrados a las adolescentes.

---

*Diagnóstico*  
*Institucional*

---

### **Diagnóstico Institucional**

Luego de realizar la administración de todos los instrumentos, se realiza la evaluación de cada uno de ellos y, posteriormente, se lleva a cabo una evaluación global acerca de los datos obtenidos.

#### **Evaluación de las entrevistas realizadas**

La evaluación de los datos obtenidos a través de la entrevista realizada a la **Subdirectora del hospital S.A.M.Co.** de la ciudad de Esperanza permitió delimitar distintos aspectos de dicha institución, entre los que se mencionan ciertas características de valor positivo de la misma, como así también algunas falencias que la misma presenta y que deben ser modificadas.

Dentro de las ***características de valor positivo, destacables***, que la misma presenta, se encuentra que:

- El Hospital S.A.M.Co. “Dr. Daniel Alonso Criado” es la única institución que brinda asistencia pública, gratuita, en la ciudad de Esperanza y en algunos pueblos del Departamento de Las Colonias. Este Departamento consta con las localidades de: Colonia Cavour, Colonia San José, Cululú, Elisa, Empalme San Carlos, Felicia, Franck, Grutly, Hiparía, Humboldt, Ituzaingó, Jacinto L. Aráuz, La Pelada, Las Tunas, María Luisa, Matilde, Nuevo Torino, Pilar, Progreso, Providencia, Pujato Norte, Rivadavia, San Pereyra, San Agustín, San Carlos Centro, San Carlos Norte, San Carlos Sud, entre otros.

Son muchos los pueblos que dependen de la asistencia que brinda el hospital, además de los ciudadanos de la ciudad de Esperanza.

- Su atención gratuita lo convierte en la única posibilidad para aquellas personas que pertenecen a un sector determinado de la sociedad, un sector que cuenta con escasos recursos.

- No sólo se cuenta con el hospital (base referencial), que se encuentra en la calle Janssen al 2693, sino que, con el paso de los años, se ha ramificado su atención a los centros periféricos (anteriormente llamados dispensarios) por los distintos barrios de la ciudad. Estos se encuentran en cuatro barrios: Barrio Sur, Barrio Norte, Barrio La

---

Orilla y Barrio Este. El trabajo en los dispensarios permite una cercanía mayor entre los ciudadanos y una mayor posibilidad de asistencia médica a la población.

- Cuenta con el trabajo de los médicos residentes, lo que demuestra que apuesta al aprendizaje y brinda la posibilidad de que alguno de ellos pueda recibir un nombramiento dentro de la institución.

- Cuenta con recursos económicos propios y, también, con recursos que provienen del gobierno. Estos dos ingresos le permiten tener una mayor flexibilidad a la hora de destinar recursos para distintas actividades. Esto también resulta beneficioso durante el tiempo de espera que suele existir entre la petición de los recursos y la llegada de los mismos, ya que la institución puede ir enfrentando las diferentes demandas de una manera más holgada que otras instituciones que sólo cuentan con el aporte gubernamental.

- Cuenta con la posibilidad de realizar distintas actividades de acuerdo a la demanda surgida de la población. Un ejemplo de éstas son los encuentros que se realizan con las Licenciadas en Psicología del hospital en el salón de una capilla para que los ciudadanos tengan un espacio dedicado a hablar, escuchar y compartir vivencias acerca de los fenómenos naturales que causaron la inundación completa de la ciudad, fenómeno que ocurrió dos veces en menos de seis meses. Uno de ellos, ocurrió la noche del 24 de Diciembre de 2006 y el siguiente, en el mes de Marzo del año 2007. La ciudad quedó devastada frente a dichas tormentas y se encuentran grandes consecuencias a nivel material pero sobretodo psicológico, por lo que se llevaron y, todavía, siguen llevándose a cabo distintas actividades encaminadas a paliar los efectos causados.

- Con los dos ítems anteriores queda demostrada la flexibilidad de la institución para dar respuesta a ciertas demandas provenientes de los ciudadanos.

- Es una institución que trabaja en relación a la atención primaria de la salud. A través de los distintos centros periféricos se apuesta a un primer contacto eficiente entre el paciente y la institución; de esta manera, el paciente puede beneficiarse de los recursos médicos disponibles para su salud.

- El hospital es el único de la ciudad y de los pueblos vecinos que responde a las urgencias.

- Cuenta con el servicio 107. El mismo cobra importancia con los accidentes de tránsito. Son los profesionales pertenecientes a esta institución los que asisten a las víctimas.

---

- Posibilidad de realizar no sólo la asistencia, sino también la prevención y promoción de la salud de los vecinos.
- Se considera de gran valor que la institución pretenda estar cerca de un sector social determinado de la ciudad y trabaje arduamente para ello.
- De acuerdo al discurso de la profesional, se entiende que debe ser destacado el valor humano de las personas que trabajan en la institución.

Dentro de las *falencias o dificultades* explicitadas por la Subdirectora y como futuros aspectos a mejorar dentro del hospital de la ciudad de Esperanza, se encuentran:

- La falta de profesionales necesarios para la gran cantidad de ciudadanos que asisten a diario al mismo.
  - La falta de profesionales, hace que estos deban priorizar problemas, lo que genera que, consecutivamente, se releguen otros.
  - El tiempo de espera que sufren los pacientes, quienes deben realizar largas colas mientras se espera para sacar un turno o ver a un profesional.
  - El malestar que genera en los directivos los problemas de horarios y coordinación de los profesionales quienes se encuentran saturados por la carga horaria que manejan.
  - La dificultad para trabajar multi o interdisciplinariamente.
  - La falta de organización y coordinación entre todos los miembros de la institución.
  - Existe una baja motivación en los ciudadanos cuando se programan, desde la institución, diferentes actividades como puede ser la realización de talleres. Lo que no incentiva la continuidad de estas actividades.
  - El alto porcentaje de embarazos adolescentes que llegan al hospital en busca de asistencia. En muchos casos, sin haberse realizado los controles prenatales aconsejables.
  - Los problemas de comunicación observados entre los profesionales.
  - El hospital sigue manteniendo la misma forma de trabajo que hace muchos años y la cantidad de gente que se atiende actualmente, desborda esa organización.
-

- Teniendo en cuenta el discurso de la Subdirectora, se puede hipotetizar que el rol del psicólogo, dentro de la institución, no es tenido en cuenta para trabajar multi o interdisciplinariamente en todas las situaciones que lo ameriten, por lo que se sostiene que se encuentra relegado. En varias oportunidades menciona que se trabaja en conjunto con enfermeras, asistentes sociales, médicos residentes pero no con los psicólogos. Sólo se trabaja con ellos, en ciertas situaciones.

Las posteriores entrevistas realizadas no sólo tuvieron en cuenta aspectos concernientes al hospital sino, también, al “foco” seleccionado de la entrevista con la Subdirectora. Con la realización de las mismas se intentó recabar mayor información sobre la temática seleccionada, el embarazo en el período de la adolescencia.

Realizando un análisis de la entrevista que se mantuvo con la *Licenciada en Psicología* se debe destacar, principalmente, la cantidad de profesionales de la psicología y/o psiquiatría que trabajan en el hospital. Solamente, se cuenta con tres licenciadas en psicología y una psiquiatra para dar asistencia a todo el Departamento de Las Colonias. No resulta difícil llegar a la conclusión de que hay una gran dificultad en brindar una adecuada atención a la gran población que, supuestamente, le corresponde a estas profesionales. Esta situación lleva a que exista una larga lista de espera para obtener asistencia psicológica gratuita en la ciudad. Para demostrar esto, es necesario mencionar que la entrevista se realizó en el mes de Septiembre del año 2007 y la asistente social, ya estaba otorgando turnos (que pasaban a lista de espera) para los primeros días del año 2008.

Los reclamos que provienen de estas profesionales se relacionan con la gran carga horaria que tienen y con la situación en la que se encuentra el aspecto psicológico dentro del hospital. La psicóloga entrevistada manifestó el “olvido” que manifiestan otros profesionales en relación a la psicología o la actitud “reacia” para realizar interconsultas o el no ser invitadas a capacitaciones, entre otras cosas.

Más allá de estas dificultades, intentan estar en todos aquellos aspectos urgentes, como puede ser la asistencia a quien ha sufrido un intento de suicidio.

También, logran organizar charlas informativas para adolescentes o planificar grupos de autoayuda frente a emergencias, como las inundaciones que afectaron a la ciudad.

Es destacable el deseo que esta profesional manifiesta acerca del trabajo en conjunto, multi o interdisciplinario, que se intenta lograr más allá de las dificultades.

---

Se le preguntó su opinión acerca de la posibilidad de diseñar un proyecto para las adolescentes embarazadas y ésta manifestó una opinión favorable, además aconsejó buscar espacios indicados para poder estar cerca de estas futuras mamás. Asimismo, reconoció que el embarazo en este período podría estar teñido de características negativas por lo que sería beneficioso poder brindarle un nuevo servicio a la comunidad.

La entrevista que se llevó a cabo con la partera permitió conocer que ya existe una dedicación específica hacia la mujer embarazada. Esta profesional realiza charlas con las embarazadas, las cuales tienen características de enseñanza e información.

Se quiere destacar, de dicha entrevista, que existen grandes falencias en cuanto a la comunicación dentro de la institución. Esta profesional lleva adelante charlas para las embarazadas de todas las edades, de manera periódica y no sabe si las autoridades de la institución tienen conocimiento acerca de las mismas.

No sólo manifiesta la falta de colaboración por parte de las autoridades, sino también por parte de sus colegas y otros profesionales que se encuentran relacionados con el embarazo. Se puede conjeturar que existe una falta de compromiso, por parte de estos profesionales, para cumplir el objetivo de estas charlas. Se hipotetiza que esto podría ser debido al desconocimiento que tienen las autoridades sobre las charlas. Se considera que si las autoridades evaluaran correctamente estas actividades y las aprobaran, deberían incentivar la participación de todos los integrantes de la institución, lo que se convertiría en un primer intento de trabajo multi o interdisciplinario entre los profesionales. Éste, traería aparejado resultados positivos, no sólo para las embarazadas, quienes podrían aprovechar interconsultas con los profesionales sino que, también, estaría fomentando el mantenimiento de un trabajo grupal adecuado y satisfactorio entre los expertos.

Para finalizar, no se puede dejar de mencionar la calidez de la partera, la dedicación que ésta presenta y la finalidad que persigue dedicando su tiempo a las mamás. Ella destaca, en varias oportunidades, el valor humano que deberían tener los profesionales, el respeto hacia las pacientes para una mejor experiencia que tiene características importantísimas para la vida de una mujer, como es traer un hijo al mundo.

---

Por último, se hace un análisis de la información conseguida a través de la entrevista al obstetra. La misma estuvo especialmente destinada a conseguir datos sobre el embarazo en la adolescencia.

El profesional entrevistado trabajaba en los dos ámbitos, el público y el privado, lo que permitió marcar algunas diferencias en dichos contextos.

El Dr. M. manifestó que una de las grandes preocupaciones que se relacionan con el embarazo en las adolescentes son los escasos controles prenatales que éstas se realizan, destacó que esto se incrementaba sobre todo en el ámbito público. Cuando estas embarazadas no concurren al dispensario o al hospital no puede realizar un seguimiento eficiente de ellas y de su bebé, lo que conlleva la existencia de factores de riesgo, tanto para la mamá como para su hijo.

El obstetra sostiene que estas adolescentes debido al momento vital en el cual se encuentran no están capacitadas para enfrentar la maternidad y, si ésta se desarrolla en un contexto carente de contención y/o de apoyo, puede tornarse en un hecho traumático para ellas.

En un momento de la entrevista, el Dr. mostró su lamento y preocupación por la falta de interconsultas con las licenciadas en psicología. Sostuvo que eran necesarias e importantes pero debido a la planificación de las actividades y a la organización de los tiempos institucionales esto no se realizaba. Se mostró consternado cuando indicó que en varias oportunidades, se encuentra por primera vez con la paciente en el momento de realizarle una cesárea. Entiende que esto no es lo esperable ni deseado pero manifestó que por el momento, era lo que estaba sucediendo.

Todas las entrevistas que se realizaron tuvieron la particularidad de llevarse adelante en un clima cordial. Se quiere destacar la predisposición y la buena voluntad que todos los profesionales manifestaron ante la propuesta de ser entrevistados.

Del análisis de las entrevistas pueden extraerse diversas áreas a mejorar, que podrían ser posibles focos a tener en cuenta para la intervención psicológica.

De acuerdo al relato de la Lic. en Psicología existe una intervención para aquellas adolescentes que son pronosticadas como los casos más necesitados (ella relata el caso de una adolescente en la entrevista), menos contenidos, menos informados, aquellos casos que llegan a las psicólogas derivados de interconsultas cuando peligra la vida de la adolescente y del bebé en un alto grado.

---

Las falencias que se pueden observar de la misma es que ésta es eventual, no se realiza de manera cotidiana y permanente. No todas las adolescentes pueden ser asistidas, sólo aquellas derivadas por interconsulta y lo que se trabaja con ellas son sólo algunas pocas entrevistas en forma de guía, orientación, para estas futuras mamás.

Trabajar de este modo genera mayores dificultades para las licenciadas, quienes manifiestan tener una lista de espera de un año para atender a los pacientes. Creen pertinente y necesario el espacio destinado a los talleres de psicoprofilaxis obstétrica para las adolescentes, sobre todo, aconsejaron que en la organización exista una importante cantidad de información ya que existen chicas de trece años que no tienen ningún tipo de conocimiento en cuanto a los cuidados básicos de un bebé.

El proyecto toma como valiosas las charlas dictadas por la partera a las embarazadas por lo que se planifica que la misma siga ayudando a través de estas actividades, específicamente, con temas relacionados a las adolescentes.

Por estas razones y las anteriormente mencionadas se cree conveniente destinar el proyecto de aplicación profesional a la psicoprofilaxis. Se intenta promover de manera constante, a modo de ideología, el bienestar físico y psicológico de la mamá adolescente y del bebé por nacer, no sólo en el hospital de la ciudad, sino en el resto de nuestro país y en el resto de las naciones.

Entendemos que el mismo es un proyecto ambicioso para una tesis de graduación de licenciatura pero no es menor el aporte que se puede brindar con y desde la misma.

### **Análisis de la Encuesta realizada**

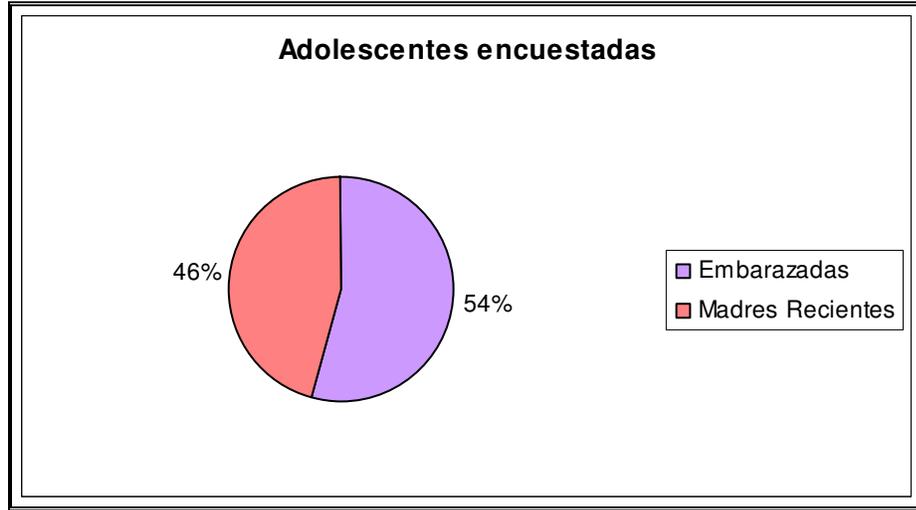
Luego de haber evaluado cada entrevista realizada a los profesionales, se lleva a cabo el análisis de los cuestionarios administrados a las adolescentes.

Los datos que se presentan a continuación corresponden a la encuesta realizada a veinticuatro adolescentes ( $n = 24$ ) de la ciudad de Esperanza. Dentro de ellas, trece son adolescentes embarazadas ( $n = 13$ ) y once son madres recientes ( $n = 11$ ).

Como se expuso anteriormente, se consideró interesante la opinión de todas aquellas adolescentes que ya han vivenciado el embarazo, el parto y el puerperio; por esta razón, once adolescentes “madres recientes” han sido incluidas dentro de la encuesta.

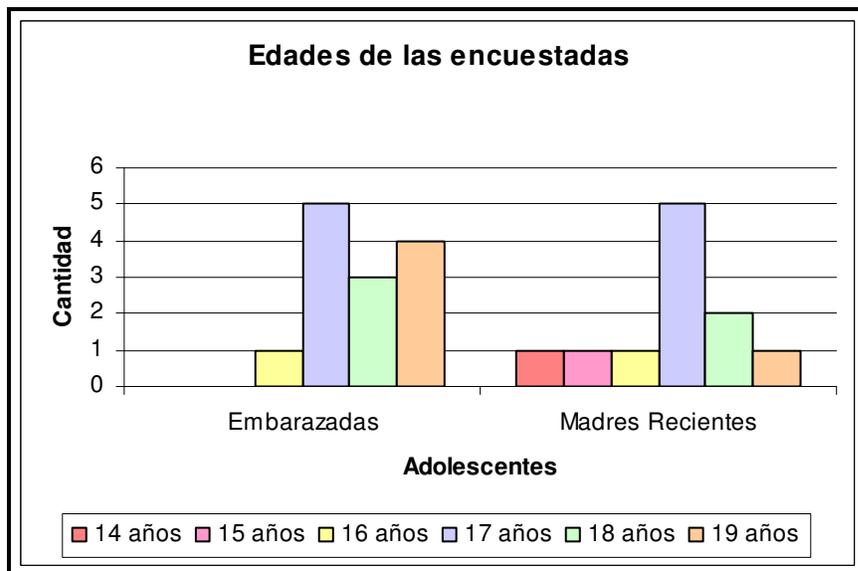
---

Gráficamente, se pueden plasmar estos datos de la siguiente manera:



Para delimitar la edad de las encuestadas se toma en cuenta lo que la Organización Mundial de la Salud define como “Adolescencia”. Este organismo sostiene que ésta comprende a las personas que se encuentran entre los diez y diecinueve años de edad.

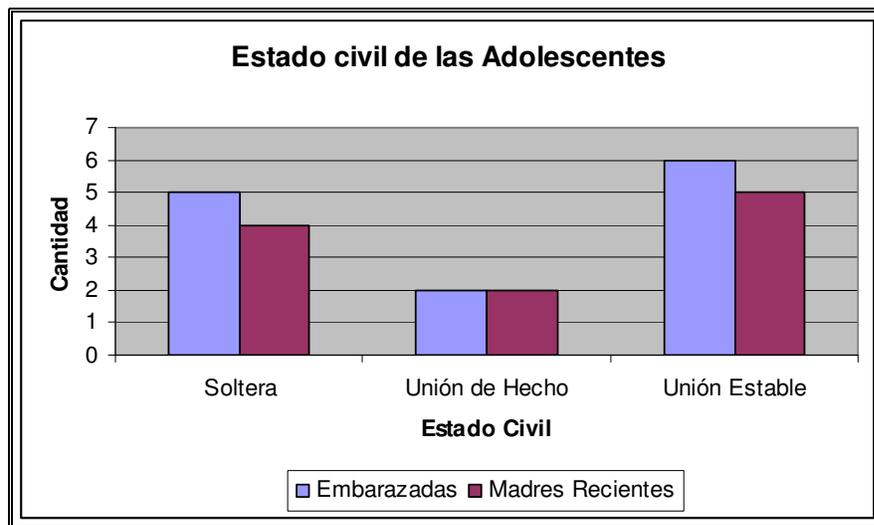
Las adolescentes que accedieron a responder el cuestionario se encuentran en un rango de edad entre los catorce y diecinueve años. Teniendo en cuenta a embarazadas y madres recientes se realiza un gráfico que permite visualizar como se distribuyen estas edades:



Las encuestas se realizaron entre los meses de Septiembre y Octubre del año 2007. Las adolescentes fueron encuestadas en el hospital o en los distintos dispensarios que dependen de éste.

Si bien no resulta relevante para el análisis de la encuesta pero sí para tener en cuenta para el proyecto de aplicación profesional, existió una importante cantidad de adolescentes, madres, que no pudieron ser encuestadas ya que sus hijos tenían más de dos meses de vida en ese momento (variable que permitía delimitar a las “madres recientes”). Sin embargo, es preciso destacar que muchas de ellas estaban interesadas en la encuesta que se estaba llevando adelante y manifestaban sus ganas de participar. Con esto, se quiere indicar que fueron más de veinticuatro las adolescentes encontradas, con hijos, en el hospital o en los dispensarios durante los meses en los cuales se realizó la encuesta.

En la encuesta se consideró importante preguntar acerca del estado civil de las adolescentes. De las opciones posibles: Casada, Soltera, Viuda, Separada, Divorciada, Unión de Hecho y Unión Estable, sólo tres se presentaron entre las encuestadas. Los datos pueden ser visualizados en el siguiente gráfico.



Incorporar el estado civil de las adolescentes como variable relevante dentro del cuestionario surgió a raíz de pensar en aquellas personas que posiblemente forman parte del contexto más próximo de las ellas.

Si bien se hipotetiza que la mayoría de ellas continúa viviendo con su familia, se quiso conocer el estado civil de las encuestadas para comenzar a pensar en posibles compañías, posibles vínculos disponibles para esta mamá, saber si cuenta con alguien

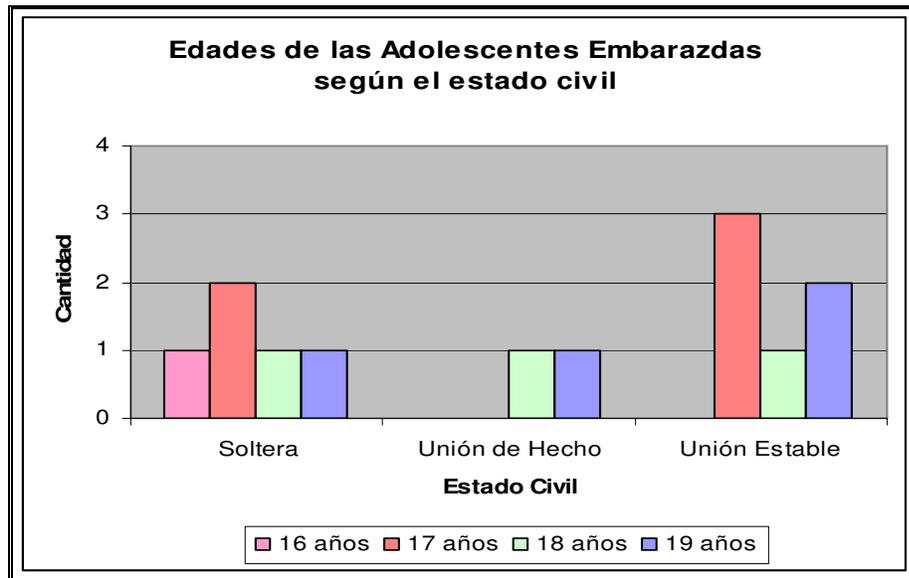
que disfrute de este momento junto a ella, si existe alguien que la acompañe a los controles médicos, si se puede pensar en esta persona como un sostén, una contención para este estado particular por el que está transitando, etc.

No resultó sorprendente que de todas las opciones posibles, solamente, tres aparecieran entre las adolescentes. Esto se debe a que cuando se confeccionó el cuestionario se hipotetizó que muchas de esas variables no iban a ser respondidas por las adolescentes.

Lo que sí llamó la atención es que ninguna de ellas contrajera matrimonio. Se esperaba que, al menos un bajo porcentaje de las veinticuatro encuestadas, respondiera “casada” dentro del estado civil. Las expectativas giraban alrededor de que las adolescentes de mayor edad, dieciocho o diecinueve años, haya contraído matrimonio pero esto no resultó así.

En el gráfico se puede observar que si bien, existe una mayor cantidad de embarazadas que mantienen una unión estable no es una diferencia significativa con aquellas madres que se encuentran solteras.

Seguidamente, se analizaron las edades de las embarazadas según el estado civil y se obtuvieron los siguientes datos:

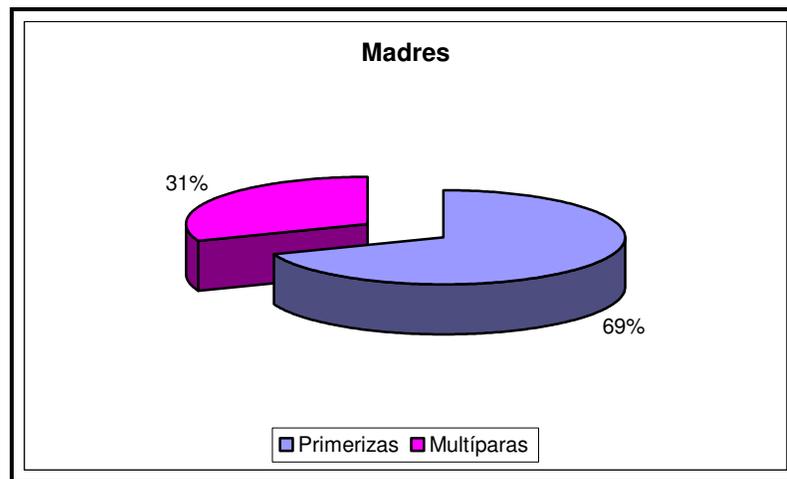


De acuerdo al gráfico anterior se puede hipotetizar que, si bien es menor la cantidad de adolescentes que mantienen una “Unión de Hecho”, ellas se encuentran entre las adolescentes de mayor edad. Mientras que las de menor edad se encuentran dentro de la categoría de “Soltera” o “Unión Estable”.

Es preciso mencionar, que dentro de las embarazadas, es mayor la cantidad de adolescentes que mantienen una relación, sumando aquellas que forman parte de “Unión de Hecho” y “Unión Estable” (n = 8), que aquellas que se encuentran dentro de la categoría de “Soltera” (n = 5). Esto lleva a pensar que del total de adolescentes embarazadas encuestadas existe una importante cantidad de ellas que cuentan con alguien que la acompañe durante el embarazo pero también, existe una cantidad significativa de ellas que no cuentan con una pareja estable. Es aquí donde se vuelve necesario e importante que existan familiares, amigos, compañeros y, por qué no pensar en profesionales, que estén cerca de las adolescentes durante el embarazo.

La visualización de los datos permite corroborar lo que se había expuesto en el marco teórico del presente trabajo respecto a que una cantidad importante de adolescentes deben enfrentar la maternidad sin contar con una pareja estable para ello. Como lo manifestó la partera entrevistada, muchas veces, estos bebés son producto de relaciones de una noche.

En la pregunta siguiente, considerando solamente a las adolescentes embarazadas, se obtuvieron datos que permiten clasificarlas en madres primerizas o multíparas.



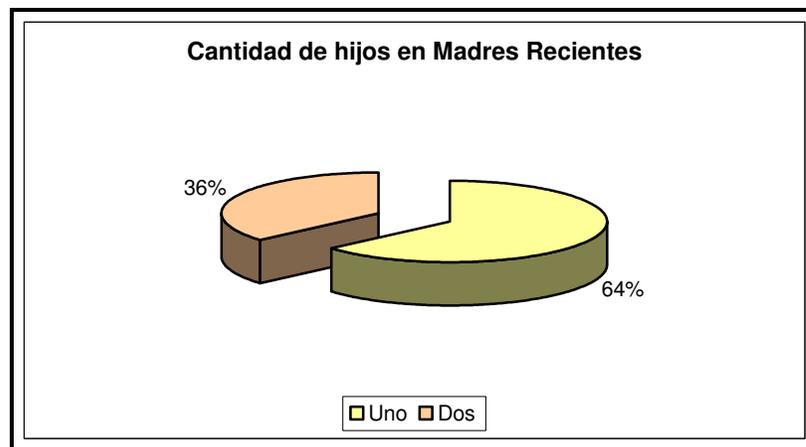
Dentro de las madres multíparas (n = 4) el bebé que están esperando es su segundo hijo. De estas cuatro adolescentes, dos han tenido su primer bebé a los catorce años, una de ellas a los quince y la otra, a los dieciséis años.

En el momento de la administración del cuestionario, las dos adolescentes que tuvieron a su bebé a los catorce años mantienen una “Unión Estable”, como la adolescente que fue mamá a los quince años. Sin embargo, la adolescente que tuvo su

primer hijo a los dieciséis años, que actualmente tiene dieciocho, se encuentra manteniendo una “Unión de Hecho”.

Analizar estos datos resulta interesante, ya que si bien se entiende que estos datos no pueden generalizarse, se puede concluir que las madres multíparas cuentan con una pareja estable para la crianza de su hijo y para acompañarla durante este embarazo. Lo que se convierte en un dato relevante para pensar en el contexto familiar que rodea a estos hijos, la crianza de ellos y para tener en cuenta los vínculos significativos para esta mamá embarazada. Es importante que las adolescentes cuenten con una pareja estable para atravesar por este momento y para compartir la crianza de sus hijos.

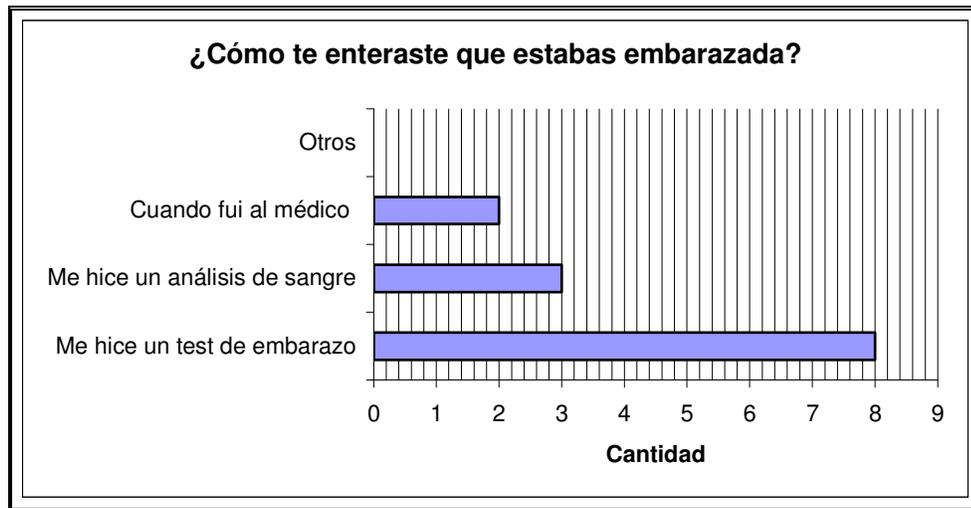
También se quiso conocer la cantidad de hijos que tenían las madres adolescentes recientes encuestadas. El gráfico a continuación permite representar dicha información.



Del total de las adolescentes madres recientes ( $n = 11$ ), siete ( $n = 7$ ) tienen un sólo hijo, mientras que el resto ( $n = 4$ ) tiene dos hijos.

De estas cuatro mamás multíparas, dos de ellas tienen actualmente diecisiete años y dos, dieciocho años. Estos datos permiten observar que, considerando las edades de las madres recientes encuestadas (desde los catorce a los diecinueve años), aquellas adolescentes de mayor edad son las madres multíparas.

Una de las preguntas incluidas en el cuestionario destinado a las adolescentes embarazadas pretende conocer de qué manera ellas tomaron conocimiento acerca del embarazo. Se consideró de importancia agregar esta pregunta porque se convierte en un indicador de la relación entre la adolescente y la institución y, además, acerca del comportamiento que tuvo frente a la duda respecto al embarazo.



El gráfico muestra que la mayor cantidad de adolescentes se realizó un test para conocer si estaba embarazada o no. Tres optaron por realizarse un análisis de sangre y dos fueron las adolescentes que asistieron al médico para tomar conocimiento acerca de su estado, estas dos adolescentes tienen diecinueve años.

Se intentó analizar la hipótesis de que las adolescentes de mayor edad eran quienes concurrían directamente al médico para informarse acerca de su embarazo pero esto no se pudo corroborar ya que no se encontraron diferencias entre las edades de las adolescentes y los métodos utilizados para reconocer el embarazo.

Conocer que la mayor cantidad de las encuestadas se informó de su embarazo a través de un test permite sacar diferentes conclusiones. Una de ellas puede ser que cuando llegan a la primera consulta médica ha pasado un tiempo mayor que aquellas que tomaron conocimiento gracias a las otras dos maneras. Como consecuencia de ello, estas mamás pueden no contar con las vitaminas, proteínas o, como lo mencionó el obstetra entrevistado, el ácido fólico necesario para un adecuado desarrollo del embarazo.

También se puede hipotetizar que lleva semanas o inclusive meses animarse a hacerse un test de embarazo. No puede dejarse de mencionar que pueden aparecer mecanismos de defensa, como por ejemplo la negación, que lleven a la embarazada a esperar la aparición de su menstruación y demorar los cuidados y consultas propios de su incipiente estado. Puede que, también, al no querer reconocer su estado no sientan los primeros síntomas indicadores de embarazo como puede ser la hipersomnia.

Se consideró pertinente pedir datos acerca de las visitas al médico que las adolescentes realizaron debido al embarazo. Esta pregunta fue incluida en ambos cuestionarios por los mismos motivos que se realizó la pregunta anterior, es decir, para informarse acerca de la relación que las adolescentes mantienen con la institución. En este caso, se cree conveniente conocer desde qué momento del embarazo, tanto embarazadas como madres recientes, realizaron las primeras consultas. Formular esta pregunta, también, permite conocer la importancia que le dieron a su estado, cómo reaccionaron en el momento de conocer que estaban embarazadas, si fueron directamente al médico o dejaron pasar el tiempo, etc.

De todas las encuestadas, solamente, dos indicaron que realizaron las visitas al médico entre los tres y seis meses de embarazo, una de ellas es una madre reciente de quince años y la otra, una embarazada de diecisiete años. El resto, lo hizo dentro de los tres primeros meses de embarazo.

Se considera que hubiese sido interesante conocer por qué motivos realizó la primera consulta en un momento avanzado del embarazo para corroborar o refutar las hipótesis anteriormente formuladas.

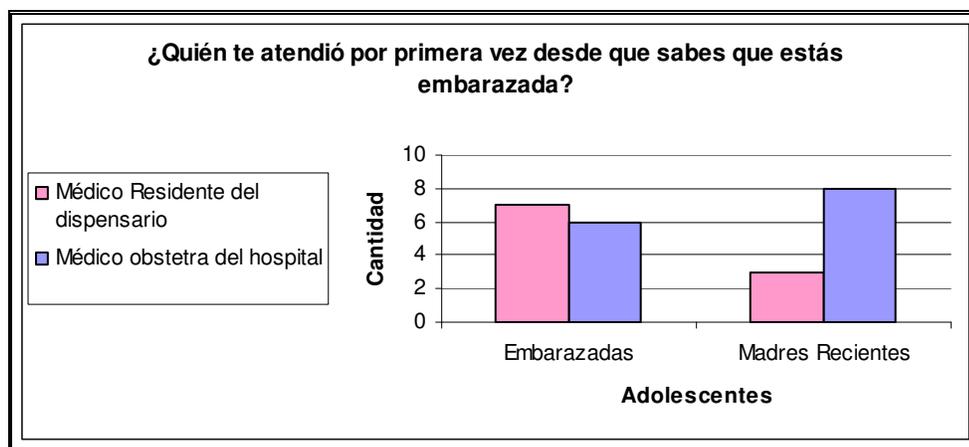
La información obtenida con esta pregunta es relevante por dos motivos: el primero, porque el obstetra entrevistado remarcó que las adolescentes que reciben asistencia en el ámbito público realizan las primeras consultas más tarde que aquellas adolescentes que pueden tener acceso a la asistencia privada.

Esta pregunta permitió conocer desde qué momento del embarazo las adolescentes se acercan a la institución, ya sea al hospital o a los centros periféricos. Saber que la mayoría de las adolescentes ingresan a la institución dentro de los tres primeros meses permite tener mayor contacto con ellas y brinda la posibilidad de que se preparen de una manera más adecuada para el momento del parto y para la crianza de sus hijos. Pero, fundamentalmente, para encontrarse físicamente saludables para engendrar un hijo durante nueve meses.

También podría haber sido interesante, para continuar realizando hipótesis acerca del embarazo adolescente, conocer con quién acudió a la primera consulta médica. De esta manera, estábamos en condiciones de conocer las personas que rodean y acompañan a la adolescente durante el embarazo.

La siguiente pregunta estaba enfocada a conocer quién fue el profesional que las atendió y dónde realizaron la primera consulta médica relacionada al embarazo.

---



Como puede apreciarse no existen grandes diferencias si se tienen en cuenta las encuestadas embarazadas. Sin embargo, existe una diferencia importante en la información brindada por las madres adolescentes recientes, siendo más frecuentes las primeras consultas brindadas por los médicos obstetras del hospital.

La razón por la cual se incluyó esta pregunta fue para obtener conocimiento acerca de los dispensarios y el hospital. Se consideró relevante conocer a dónde se dirigió esta adolescente para recibir asistencia y realizar los controles pre y postnatales.

El motivo subyacente a la inclusión de esta pregunta en el cuestionario fue conocer a dónde se dirigiría para asistir a los talleres operativos destinados a la psicoprofilaxis obstétrica. A través de esta pregunta se intentaba conocer la viabilidad de realizar el proyecto solamente en el hospital o también en los dispensarios por lo que era importante conocer a dónde concurría más frecuentemente la adolescente.

Para seguir formulando hipótesis respecto a la experiencia del embarazo en la adolescencia, podría haber sido de utilidad consultar acerca de las sensaciones vividas luego de la primera consulta médica, para reconocer expectativas, miedos, ansiedades, etc.

Para cerrar el análisis de esta pregunta es necesario mencionar que no existen diferencias significativas entre las embarazadas, lo que permite hipotetizar que de realizarse los talleres operativos solamente en el hospital, la asistencia a ellos no sería un impedimento para las adolescentes. Sin embargo, la pregunta siguiente permite corroborar que para los controles prenatales, los cuales son periódicos, una cantidad interesante de adolescentes asiste a los dispensarios. Esta pregunta estuvo incluida en ambos cuestionarios y pretendía tomar conocimiento sobre la cronicidad en los controles prenatales. De las veinticuatro encuestadas ( $n = 24$ ), sólo una madre

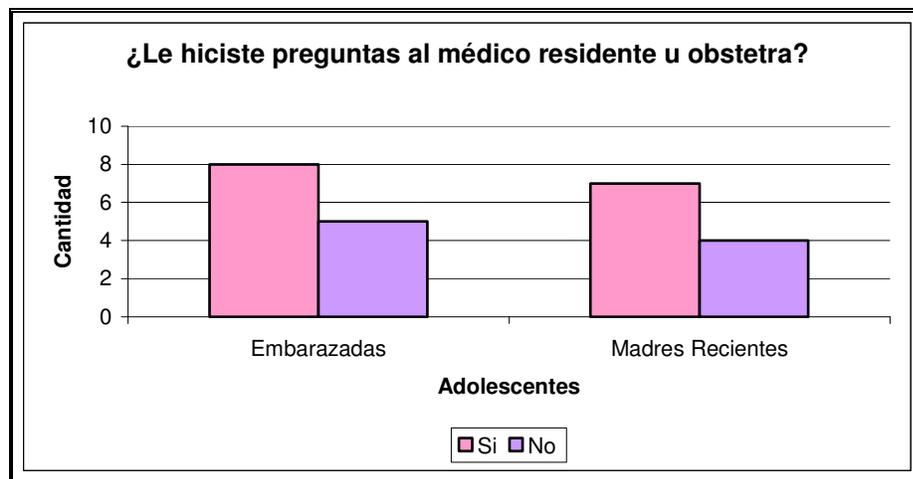
adolescente reciente contestó realizar los controles cada quince días, el resto los realizaba cada mes.

Si bien se indica realizar, en fecha cercana al parto, los controles de forma más seguida, esto no siempre es posible con las pacientes en el contexto de asistencia pública.

Gracias a los datos recabados en estas preguntas se puede concluir que el espacio destinado a la psicoprofilaxis obstétrica no sólo debería realizarse en el hospital sino también en los distintos centros periféricos ya que es importante la cantidad de adolescentes que asisten a ellos.

Para garantizar una mayor asistencia a los talleres sería ideal que en vez de hacerlos solamente en el hospital, estos se realizaran también en los diferentes dispensarios.

A continuación, en los cuestionarios, aparece la pregunta relacionada con la posibilidad de realizar preguntas a los profesionales, sean estos médicos obstetras o residentes. Se ofrece de manera gráfica los datos obtenidos con esa pregunta.



Como puede apreciarse es mayor la cantidad de adolescentes que le realizaron preguntas a los profesionales.

En la entrevista al obstetra, durante la realización del diagnóstico institucional, se incluyó esta pregunta y éste sostuvo que la conducta de las embarazadas durante la consulta depende de cada adolescente, existen aquellas adolescentes que preguntan y quieren resolver sus dudas y están aquellas embarazadas que contestan monosilábicamente a las preguntas del profesional.

Tanto las embarazadas como las madres recientes realizaron preguntas que se clasifican de acuerdo a ciertos tópicos. Es posible plasmar la información en la siguiente tabla:

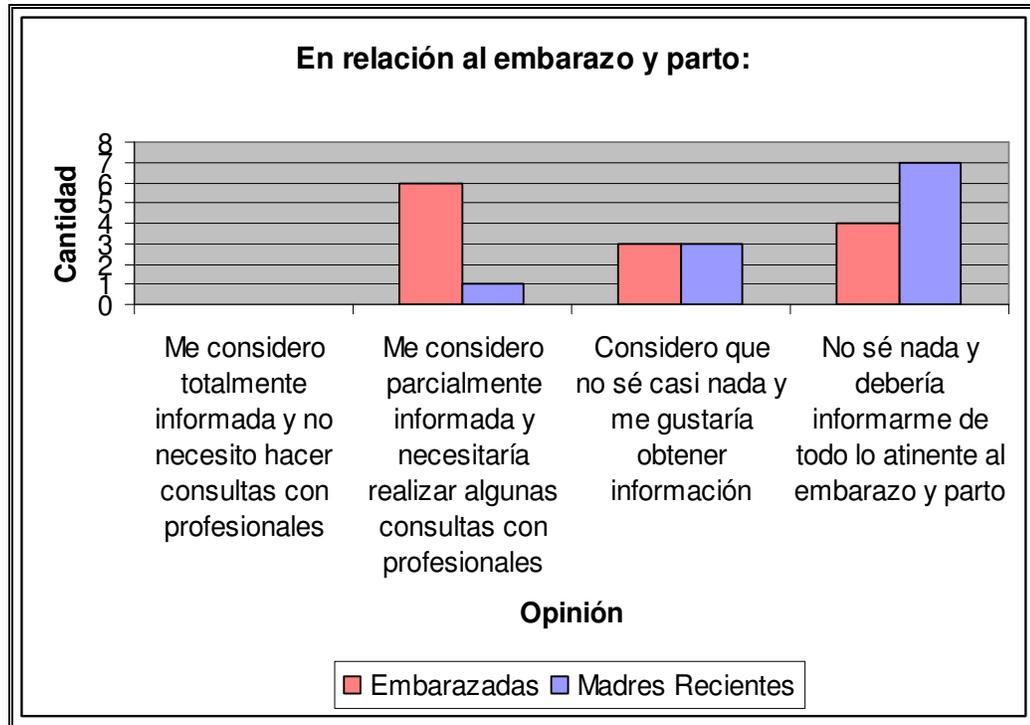
Temas relacionados con:	
<i>La mamá:</i>	<i>El Bebé:</i>
Síntomas del embarazo	Su salud
Dolores	Modalidades de parto
Hinchazones	Movimientos
Cuidado en general	Tamaño del bebé
Vómitos	
Ingesta de medicación	
Aumento de peso	
Ecografías	
Alimentación	

Tomar conocimiento de los temas que manifiestan las adolescentes, entre los cuales existen dudas, es necesario para la planificación de las actividades pertenecientes a los talleres. De esta manera, se incluyen contenidos que resulten útiles para las destinatarias.

Posteriormente, se realiza una de las preguntas que resultaba más importante dentro del cuestionario, ésta estaba destinada a conocer el grado de información que consideran tener estas adolescentes en relación al embarazo y al parto.

Las opciones fueron las mismas para adolescentes embarazadas como para madres adolescentes recientes. No obstante, es necesario mencionar que las opciones para estas últimas estaban modificadas para hacer referencia al embarazo como estado pasado de la adolescente.

El siguiente gráfico permite visualizar lo obtenido.



Lo que se puede ver con claridad es que ninguna de las veinticuatro adolescentes manifestó considerarse o haberse considerado como totalmente informada acerca de los temas pertenecientes al embarazo y parto.

La diferencia más notable entre las encuestadas está en la opción de considerarse “parcialmente informadas”. Se puede generar la hipótesis de que las embarazadas consideran estar parcialmente informadas debido a que no han pasado, aún, por la experiencia del parto. En cambio, las madres recientes ya han podido tener la vivencia y pueden comparar la cantidad de información que tenían con lo que la experiencia realmente fue.

La segunda diferencia más notable está relacionada con la última opción: “No sé nada y debería informarme de todo lo atinente al embarazo y parto”. Para explicar esta diferencia puede utilizarse la misma hipótesis formulada primeramente para explicar la diferencia anterior. Puede suceder que, luego de haber pasado por el embarazo, el parto y de estar vivenciando la crianza de sus hijos, estas adolescentes madres consideren que antes de pasar por estas experiencias, no tenían ningún tipo de información.

Más allá de estas diferencias es importante, para el proyecto de aplicación profesional, que todas (n = 24) las encuestadas consideraran necesaria la realización de consultas con profesionales y la necesidad de ser informadas en relación a estas temáticas.

La siguiente pregunta apuntaba a conocer la preocupación de las adolescentes en cuanto al futuro cuidado del bebé.

De un total de trece ( $n = 13$ ) adolescentes embarazadas, sólo a dos no les preocupa como cuidar a su bebé. Las razones que estas últimas dieron fue que, tal vez, todavía no habían pensado en ello.

Teniendo en cuenta las características propias del período adolescente se puede hipotetizar que como adolescentes, estas embarazadas, tienen un manejo particular del tiempo, experimentan una desubicación temporal como lo llama Knobel (2006), y todavía no han podido reflexionar acerca de las futuras necesidades de su hijo.

Quienes sí se preocupan acerca del cuidado de su bebé, manifiestan algunos temas, entre los cuales se encuentran:

- ❖ Salud y enfermedades del bebé.
- ❖ Su alimentación.
- ❖ Su crecimiento.
- ❖ Cambiarlo.
- ❖ Que no se ahogue.
- ❖ Cómo agarrarlo bien para que no se caiga.
- ❖ Sueño.

Una de las madres adolescentes recientes manifestó que, mientras estaba embarazada, no le preocupaba cómo cuidar a su bebé porque ya había cuidado y criado a todos sus hermanos.

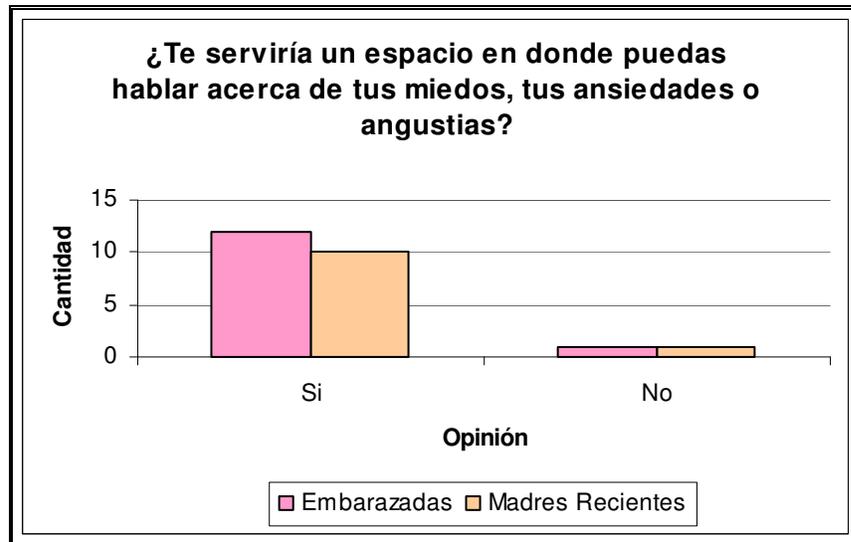
Como se expuso en el marco teórico, muchas adolescentes deben criar a sus hijos y, también, a sus hermanos. Esto implica que ejerzan roles que no les pertenecen y es allí donde comienzan a existir confusiones acerca de los roles correspondientes a cada uno dentro de la familia, lo cual puede volverse perjudicial para la salud de esta familia y de sus integrantes.

El resto de las madres recientes se preocupó por temas similares a los de las embarazadas. A la lista mencionada por estas últimas, se agregan:

- ❖ El cuidado en general del bebé.
  - ❖ Amamantar.
  - ❖ Tenerlo en brazos.
  - ❖ Cuidado del ombligo.
  - ❖ Cómo acomodarlo en la cuna.
-

En síntesis, existen preocupaciones entre las adolescentes y éstas son muy similares entre las embarazadas y las madres recientes.

Se les preguntó a todas las encuestadas la opinión sobre la posible utilidad que tendría un espacio destinado a ellas, en donde podrían hablar sobre sus miedos, sus ansiedades o angustias. El gráfico a continuación permite plasmar los datos recopilados.



Como puede observarse es grande la diferencia que existe entre aquellas adolescentes que consideran útil este espacio y quienes no.

Quienes dieron un “Sí” como respuesta manifiestan que sería útil porque:

- ❖ Se sienten solas.
- ❖ No tienen con quien hablar.
- ❖ Necesitan contar con alguien.
- ❖ Necesitan estar tranquilas por el bien del bebé.
- ❖ Desahogarse.
- ❖ Tienen mucho de qué hablar y no tiene con quién poder hacerlo.
- ❖ Escuchar.
- ❖ Preguntar.
- ❖ Compartir cosas que sienten y no dicen.
- ❖ Necesitan ser escuchadas.

Han sido dos las personas que han dado un “No” como respuesta, éstas manifiestan no sentir miedos, sentirse bien así. A modo de hipótesis podría pensarse, para luego trabajar sobre ello, que frente a la pregunta las adolescentes hayan utilizado

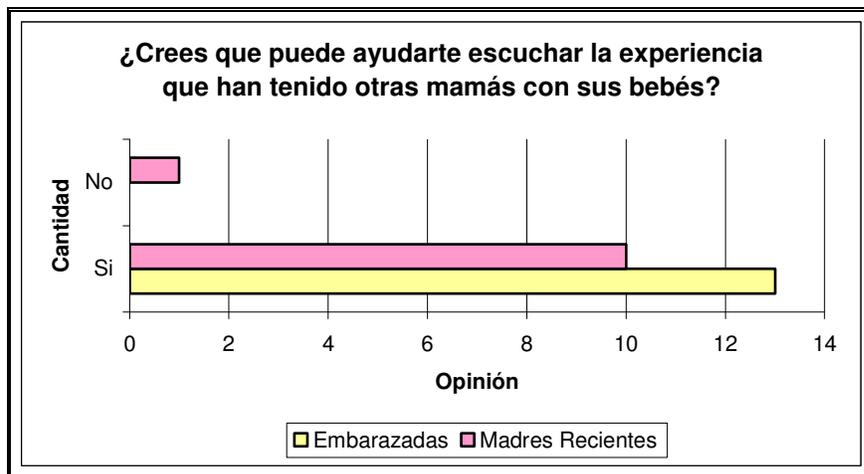
la negación, como mecanismo de defensa frente a la situación, evitando de esta manera los miedos, angustias, etc. que pudieran surgir.

En conclusión, es necesario que en los “Talleres Operativos” se le de mucha importancia a la demanda proveniente de las adolescentes. Necesitan ser escuchadas, ayudadas y estas dos actividades son, básicamente, los pilares de los grupos que estarán destinados a la psicoprofilaxis obstétrica.

Posteriormente, a las adolescentes que ya han sido madres se les preguntó acerca de la importancia de contar con un espacio destinado a obtener distinta información sobre el embarazo y parto. Se ha realizado esta pregunta, sólo a las madres recientes, porque ellas ya han vivenciado estas experiencias y pueden evaluar la importancia de contar con una adecuada información. Como resultado se obtuvo que el 100% de las encuestadas consideraron que sería importante y brindaron explicaciones a sus respuestas. Entre estas razones se puede mencionar:

- ❖ Era madre primeriza y no sabía nada.
- ❖ Siempre es necesario saber más.
- ❖ Es bueno estar informada.
- ❖ No saben dónde encontrar una información adecuada.
- ❖ Obtener más experiencia, para saber, aprender, etc.

Tomando como referencia el factor de la experiencia, se intentó conocer si les ayudaría escuchar a otras mamás. Esta pregunta estuvo destinada para los dos grupos de encuestadas.



Todas las adolescentes embarazadas manifestaron que “Sí” sería de ayuda. De las explicaciones brindadas por ellas se puede rescatar que ellas sostienen que escuchar

a otras madres les puede enseñar distintas cosas, ellas pueden aprender, saber más sobre el embarazo, el parto y la crianza del bebé. También, les permitiría no estar nerviosas durante el parto. Manifiestan que se pueden rescatar cosas buenas, positivas. Les permitiría estar más preparadas, ir sabiendo lo que tienen que hacer teniendo en cuenta qué les pasó a estas madres. Para saber cómo es el parto, para hablar de lo que les pasa como mamás. Algunas aclaran que todas las mujeres son distintas, los partos no son iguales y compartir estas experiencias permite prevenir ciertos aspectos de las temáticas.

La única encuestada que explicó que “No” quisiera escuchar las experiencias de otras madres dio como explicación que todas las mujeres son distintas, entonces no sería útil compartir este espacio con ellas.

“¿Cuáles son aquellos temas que más te preocupan y crees que deben ser tratados en este espacio?”. Esta pregunta fue realizada al total de las encuestadas con el motivo de sondear cuáles son los tópicos que deben incluirse en las actividades del proyecto de aplicación profesional.

Se obtuvo que de lo concerniente al *bebé* deben ser tratados los temas relacionados a: su salud, su desarrollo, sus cuidados, su alimentación, su educación, su crianza, su vestimenta y su llanto.

Agrupando los temas con respecto a la *mamá* se deberían tratar los distintos tipos de partos, la lactancia, los controles y su salud en general.

Otra de las preguntas que adquiere mayor relevancia dentro del cuestionario está destinada a conocer la opinión de las encuestadas frente a la posibilidad de asistir al hospital o dispensario, una vez a la semana, para recibir información y hablar sobre ellas mismas, sobre su embarazo y su bebé.

Fue sumamente positivo, para la creación de los “Talleres Operativos” destinados a la psicoprofilaxis obstétrica, que el 100% de las encuestadas sostenga que estarían dispuestas a asistir. Este resultado vuelve *necesario y posible* el proyecto de aplicación profesional para las ciudadanas de Esperanza.

Se conoce que muchos proyectos que comienzan en el hospital, poco a poco, van perdiendo la cantidad de personas que asisten a ellos. Para que esto no suceda con los “Talleres Operativos”, se apuesta a la dedicación de los profesionales y al “boca en boca” de los destinatarios.

Finalmente, se les pidió que comentaran qué cosas les gustaría encontrar en este espacio, de las respuestas dadas, se pueden mencionar:

❖ Información.

- ❖ Juegos.
- ❖ Educación.
- ❖ Parteras que te enseñen.
- ❖ Folletos explicativos.
- ❖ Música.
- ❖ Gimnasia.
- ❖ Charlas.
- ❖ Apoyo.
- ❖ Personas buenas, responsables, que ayuden.
- ❖ Contención.
- ❖ Que te saquen las ideas feas, las inseguridades, que te saquen el miedo.
- ❖ Hablar con chicas sobre dudas que van surgiendo.
- ❖ Que te digan qué hacer con el bebé, cómo actuar con dos hijos.
- ❖ Consejos.
- ❖ Cariño.

Para cerrar el análisis de la encuesta llevada a cabo es necesario mencionar que de acuerdo a las respuestas dadas por las adolescentes a lo largo de los cuestionarios se tendrán en cuenta todas las opciones, opiniones, pedidos, sugerencias, deseos, etc. brindados por las encuestadas para la planificación de los talleres dentro de la institución. De esta manera, se estaría realizando un proyecto para ellas de acuerdo a lo que ellas esperan encontrar en el mismo, lo que motivaría su asistencia y participación en los mismos.

### Conclusiones Diagnósticas

A través de los distintos abordajes implementados y del análisis particular que se realizó de los mismos se llega a la conclusión de que: ***un espacio, dentro del Hospital, destinado a la psicoprofilaxis obstétrica para todas las adolescentes resulta beneficioso tanto para la institución como para las pacientes.***

Las razones que se brindan para llegar a esta conclusión se citan a continuación:

- Resulta ventajoso para la institución porque ésta estaría en condiciones de dar respuestas a una problemática real y concreta proveniente de la comunidad, cumpliendo así, con unos de los objetivos fundamentales, la asistencia a sus pacientes.
- El Hospital demuestra el interés y la preocupación por el bienestar de la comunidad contemplando, también, el aspecto psicológico.
- Se promueven el emprendimiento y las actitudes positivas de todos los profesionales. A través de su participación en el proyecto se demuestra la actitud positiva por parte de estos en cuanto a la asistencia, atención, preocupación y prevención constante. A través de estas distintas actividades, los profesionales se encuentran cerca de los ciudadanos en los momentos en que estos últimos los necesiten.
- Posibilita complementar el seguimiento médico brindado a las embarazadas. A través de los controles pre y postnatales de las mamás adolescentes se incluye la psicoprofilaxis mejorando el servicio brindado y promoviendo, a su vez, el bienestar de las adolescentes.
- A través del trabajo con los talleres destinados a la psicoprofilaxis obstétrica, se apuesta al trabajo multidisciplinario dentro de la institución, promoviendo la integración de las distintas especialidades y los diferentes abordajes que pueden correlacionarse para lograr un mejor bienestar en las pacientes.
- Permite utilizar el recurso humano disponible de una manera más eficiente, optimizando el trabajo interdisciplinario mediante una correcta organización y planificación y fortificando el trabajo en equipo.
- Se realizan actividades para promover la maternidad saludable sobre todo en el período de la adolescencia.

- Brinda un espacio destinado a talleres en los cuales resulta posible encontrar contención y apoyo dentro de una institución pública para estas adolescentes, futuras mamás.
- Beneficia la capacidad de escucha, no sólo de los profesionales que tienen relación con el estado particular del embarazo, sino también la escucha que la institución hace de las demandas provenientes de los ciudadanos y el escuchar-se entre las embarazadas.
- Favorece las condiciones psicológicas tendiendo a una maternidad saludable considerando el período de la adolescencia.
- Esclarece y disminuye, en las madres adolescentes, temores, angustias y ansiedades posibles en relación a la gestación y luego del nacimiento del bebé.
- Capacita a las madres adolescentes en características de la maternidad, el parto, el puerperio y cuidados postnatales.
- Fomenta el establecimiento de vínculos de apoyo y contención para la mamá y, también, para su pareja.
- Como la planificación de los “Talleres Operativos” tiene en cuenta la opinión brindada por las adolescentes en los cuestionarios, éstas estarían motivadas para asistir y participar en los mismos ya que esperan encontrar en ellos lo que ellas mismas desean y/o necesitan.
- El Hospital estaría realizando actividades en respuesta a una problemática local, nacional e internacional y se podría convertir en ejemplo a seguir por las instituciones de pueblos vecinos.

Con los abordajes implementados y evaluados se puede expresar que: **se justifica la necesaria inclusión de la Psicoprofilaxis Obstétrica destinada a las adolescentes, como complemento de los servicios brindados por el Hospital S.A.M.Co. “Dr. Daniel A. Criado” a sus pacientes.**

---

*Propuesta de  
Intervención*

---

## **Propuesta de Intervención**

### ***Psicoprofilaxis obstétrica para adolescentes***

Los objetivos principales que se persiguen a través de siguiente propuesta de intervención son:

- Promover condiciones psicológicas saludables en la madre adolescente durante el último período de su embarazo
- Informar a las adolescentes sobre aquellas características propias de la maternidad, el parto, el puerperio y los cuidados postnatales; reconociendo posibles temores, angustias y ansiedades relacionados.
- Capacitar a las madres adolescentes en la preparación integral para la maternidad.
- Promover la creación de vínculos, entre las adolescentes y con los profesionales.

Para el logro de estos objetivos, se considera de fundamental relevancia el trabajo multidisciplinario con el staff de profesionales pertenecientes al Hospital S.A.M.Co. de Esperanza.

A través de este proyecto se intenta dar importancia al aspecto físico concerniente al embarazo, buscando la preparación para el momento del parto. No obstante, no se dejan de lado, ni se minimizan, los aspectos psicológicos del estado especial de la adolescente.

Se conoce que a través del movimiento y de las sensaciones se realiza una conexión y un reconocimiento del cuerpo. Durante el embarazo, las sensaciones corporales adquieren un valor particular y debe existir un reconocimiento de las modificaciones corporales que la adolescente está vivenciando y va a experimentar.

Es conveniente mencionar que si bien no se van a elaborar desarrollos teóricos concernientes a lo físico se quiere destacar, como objetivo del proyecto, la integración del aspecto físico y psicológico.

Un objetivo que estaría implícito en la realización de este proyecto sería el de generar conciencia, en la población santafesina, que existe una necesidad especial de

---

acompañamiento para estas adolescentes durante su embarazo y maternidad. De esta manera, se pueden prevenir posibles dificultades para las madres y sus hijos.

***- Lugares disponibles para la realización de Psicoprofilaxis Obstétrica.***

Para alcanzar, eficientemente, los objetivos se propone trabajar tanto en el Hospital (base referencial) ubicado en la calle Janssen 2693 de la ciudad de Esperanza como, también, en los cuatro dispensarios dependientes de esta institución ubicados en los siguientes barrios:

- ❖ **Sur:** unidad sanitaria “Ceferino Namuncurá” ubicada en Moreno 748.
- ❖ **La Orilla:** ubicado en Simón de Iriondo y Dr. Ercovis.
- ❖ **Norte:** ubicado en Sarmiento 3442
- ❖ **Unidos:** ubicado entre las calles Perú y Stein.

***- Días y horarios disponibles para los encuentros destinados a la Psicoprofilaxis Obstétrica.***

Para llevar adelante la realización del proyecto, se ha ideado efectuar un encuentro semanal en cada uno de los lugares en los cuales la institución brinda atención a la comunidad.

Se estima que la duración para cada encuentro es de dos horas y media, aproximadamente.

Para convenir los días y horarios en que se realizarán los encuentros se intentará coordinar con la profesora de educación física, con las personas responsables en el hospital y en los distintos dispensarios para consultar horarios adecuados y, también, con las primeras destinatarias del proyecto. Una vez que estos datos queden estipulados, se intentará respetarlos con los grupos siguientes para efectuar así una buena y satisfactoria coordinación y planificación de los tiempos y de las actividades.

Se ha de tener en cuenta que algunas adolescentes siguen concurriendo al establecimiento escolar, por lo que se considera importante la flexibilidad horaria para pautar los encuentros.

Es importante mencionar que los distintos dispensarios atienden a los pacientes únicamente por la mañana, lo que permitiría trabajar, por la tarde, con los talleres para las adolescentes.

---

**- Encuentros**

Como se explicó anteriormente, con la psicoprofilaxis obstétrica se busca lograr una preparación desde los aspectos psicológicos como, también, desde el aspecto físico de la adolescente. Debido a ello, se contactó con una de las profesoras de Educación Física que dictan clases a embarazadas y se realizó una reunión para que la profesional comente su forma de trabajo con las mismas.

Luego de esta entrevista, se decidió que la *primera hora* de cada encuentro esté destinada a la actividad física. Esta primera hora estará planeada y será dictada por una profesora de Educación Física, certificada en Fitness de Embarazadas y Post Parto.

De acuerdo a lo que se habló en la entrevista, la profesora trabajaría en esta primera hora con gimnasia especial, adaptada, para las embarazadas y luego, sobre la relajación, les enseñaría varias técnicas para que las adolescentes puedan utilizar la que más les guste o les quede cómoda en ese momento. También, trabajaría sobre las respiraciones para el parto, para los pujos, etc.

Se habló de la importancia que tiene la presencia del padre para que guíe a la embarazada en ciertas situaciones, por lo que serán invitados a presenciar una clase especial de gimnasia. La misma profesora les indicaría a las embarazadas cuando pueden traer al papá para enseñarle qué puede aportar él cuando su pareja se encuentra en trabajo de parto. En el caso de la adolescente puede ser acompañada, también, por su madre o una amiga que quiera acompañarla durante todo el proceso e incluso en el trabajo de parto.

Luego de la gimnasia, aproximadamente la hora y media restante, será coordinada por el/la Licenciado/a en Psicología, siguiendo con las características estipuladas para trabajar en cada uno de los encuentros.

**- Características del trabajo grupal.**

La modalidad de trabajo será grupal y se trabajará a través de “talleres operativos”, con un número reducido de adolescentes.

El número de integrantes de cada grupo tendrá un mínimo de tres (3) y un máximo de ocho (8) personas. Se cree conveniente pautar esta cantidad de acuerdo a los objetivos que se plantean para cada encuentro y al tiempo de trabajo estipulado para los

---

mismos. No menos importante es tener en cuenta el espacio físico disponible para realizar los encuentros. Éste no cobra tanta relevancia para el desarrollo de los grupos operativos pero sí para la gimnasia preparto de las adolescentes, quienes necesitan un espacio físico amplio para realizar las actividades.

**- El proyecto está dirigido a:**

Todas aquellas adolescentes, hasta veinte años, que se dirijan a la institución en busca de asistencia para su embarazo.

Se ha ideado que las adolescentes asistan a los encuentros desde el momento en el cual entran al séptimo mes de gestación. Teniendo esto en cuenta, se calculan ocho encuentros:

<i><b>Mes de Gestación</b></i>	<i><b>Semanas</b></i>	<i><b>Encuentros</b></i>
- Séptimo	4	4
- Octavo	4	4
<b>Total</b>		<b>8</b>

Se intentará llevar a cabo, aproximadamente, ocho encuentros para lograr los objetivos propuestos antes del nacimiento del bebé. Se estipula esta cantidad de encuentros, ya que el momento del parto no puede conocerse exactamente con anterioridad. Aunque se ha planeado que la adolescente asista a los ocho encuentros puede que esto no suceda, ya que puede adelantarse el nacimiento del bebé.

Estos ocho encuentros se encontrarán divididos en tres grandes momentos:

- 1. Presentaciones.**
- 2. Información.**
- 3. Evaluación.**

Para que las adolescentes participen de la psicoprofilaxis es necesario que exista un acercamiento previo por parte de ellas, ya sea al hospital o al dispensario. Antes de incluirlas en los grupos es necesario convenir el lugar y el horario más adecuado para ellas, teniendo en cuenta la disponibilidad de los grupos como así también la disponibilidad de las adolescentes.

Quienes se encarguen de estas tareas pueden ser los mismos profesionales que les indiquen los lugares, días y horarios, en los cuales se llevan a cabo los encuentros. Posteriormente, cuando la adolescente se acerca al lugar indicado, el/la licenciado/a en psicología evaluará la posibilidad de incluirla o no en el grupo que la adolescente desea de acuerdo al tamaño del grupo que se intenta mantener y a las posibilidades horarias de la embarazada.

**- *Coordinador/a* -----> *Licenciado/a en Psicología***

Se considera indispensable que el coordinador de los grupos sea un profesional de la Psicología, ya que ha sido formado para trabajar con los mismos y se supone que tiene los conocimientos suficientes y necesarios para poder coordinar de manera eficiente los grupos.

Dora García (1997) cree que la coordinación es una forma particular de relación entre un sujeto y un grupo. En ella, se produce el encuentro entre las necesidades y los deseos del coordinador, con las necesidades o deseos del grupo. El coordinador cumple un papel fundamental, es facilitador de la comunicación y el aprendizaje, y participa activamente con el grupo en la construcción de nuevos conocimientos.

Algunas de las funciones del coordinador son crear, fomentar y mantener la comunicación, promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea, detectar situaciones emergentes, ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes, hacer explícito lo implícito de la actividad grupal, acompañar el aprendizaje grupal desde el campo afectivo al conceptual, entre otras.

**- *Cómo dar a conocer los talleres***

Se ha planeado que sean los profesionales del hospital y aquellos que atienden cotidianamente en los centros periféricos quienes inviten a las adolescentes a los encuentros.

También, se ha estipulado elaborar, aproximadamente, siete afiches dando información sobre los encuentros. Tres de los mismos se encontrarían pegados en los transparentes del hospital y los restantes, en cada uno de los centros periféricos.

A través de estos medios, no se generan mayores costos económicos para dar conocimiento del servicio adicional que se inicia en la institución.

---

El presupuesto necesario para publicitar los encuentros, es el siguiente:

<b>Publicidad de los encuentros</b>			
<b>Recursos</b>	<b>Precio Unitario</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Total</b>
<b>Materiales</b>			
- Afiche	\$ 0.70	7	<b>\$ 4.90</b>
- Marcador	\$ 2.00	1	<b>\$ 2.00</b>
- Cinta Ancha	\$ 2.70	1	<b>\$ 2.70</b>
<b>Total</b>			<b>\$ 9.60</b>

La cantidad de dinero necesaria para realizar una de las actividades destinadas a la promoción del nuevo espacio para las adolescentes embarazadas es de **\$9.60**. Este presupuesto será incluido en el presupuesto final del proyecto.

**- Recursos**

En este Proyecto de Aplicación Profesional (P.A.P.), serán presupuestados aquellos recursos materiales necesarios para llevar adelante el plan de actividades propuesto para el/la coordinador/a de los grupos. No se tendrán en cuenta los recursos materiales necesarios para la hora destinada a las actividades físicas. Es la profesora de educación física quien debería realizar un presupuesto de ellos, ya que tiene los conocimientos pertinentes. Dicho presupuesto se sumaría al presupuesto general.

Dentro de los recursos materiales necesarios, más generales, para llevar adelante el proceso, se encuentran: *el lugar físico para desarrollar los encuentros y las sillas*. Tanto en el hospital, como en los distintos dispensarios, se cuenta con estos recursos, por lo que no deberán ser presupuestados.

**- Dinámicas**

Las dinámicas que se utilizarán para cumplir con los objetivos propios de cada encuentro son tomadas de los textos de Dora García (1997) y María José Aguilar (1989). Algunas de ellas, han sido modificadas para adecuarse a las destinatarias del

espacio y para el logro de los objetivos propuestos no sólo para el proyecto, sino también de cada uno de los encuentros.

***- Profesionales invitados***

En tres de los ocho encuentros se realizarán actividades con profesionales invitados. Ellos son: obstetra, partera y pediatra o neonatólogo.

En las entrevistas realizadas a profesionales en el momento de realizar el diagnóstico institucional, se entrevistó a un obstetra y a una partera. Estos dos profesionales manifestaron poder realizar una charla, esporádicamente, brindando su aporte profesional para el cumplimiento de los objetivos referidos a la psicoprofilaxis obstétrica.

Por este motivo, no se realiza un presupuesto del recurso humano necesario para dichos encuentros, solamente el pertinente al coordinador del grupo y a la profesora de educación física.

Resulta de mayor interés que los profesionales invitados pertenezcan a la institución ya que conocen el funcionamiento de la misma y pueden brindar mayores datos frente a las consultas de las adolescentes.

***- Cuestionarios de evaluación***

Los mismos serán aplicados luego de cada encuentro para poder conocer la opinión de las adolescentes y, a través de los dos meses de duración del proyecto, puedan ir surgiendo variaciones que permitan el constante incentivo de las mismas. Estos cuestionarios, también resultan de importancia porque forman parte de la evaluación de impacto del proyecto de psicoprofilaxis obstétrica.

***Cronograma de Actividades***

<i>Nº Encuentro</i>	<i>Título</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Lugar</i>	<i>Materiales Específicos</i>
<b>Publicidad sobre el inicio del espacio</b>	<b><i>“Nuevo espacio para tu bebé y vos”</i></b>	- Dar a conocer el nuevo espacio dentro del hospital	-Realización de afiches. -Entrevistas con profesionales.	Afiches: pegados en paredes del hospital y dispensarios	- Afiches - Marcador - Cinta adhesiva.

<p style="text-align: center;"><b>P R I M E R O</b></p>	<p style="text-align: center;"><i>“¿Quiénes somos y para qué estamos juntas?”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una presentación formal de los integrantes y del o la coordinadora y definir los roles dentro del grupo.</li> <li>- Comentar y explicar el objetivo general y los objetivos específicos que se buscará cumplir a lo largo de la realización de los talleres.</li> <li>- Promover el establecimiento de vínculos entre las adolescentes y entre ellas y el/la coordinador/a.</li> <li>- Fomentar la libre participación y expresión de las adolescentes durante todos los encuentros.</li> <li>- Reconocer las expectativas que las embarazadas traen al grupo respecto al desarrollo de los talleres.</li> <li>- Proponer y concretar el encuadre de trabajo, teniendo en cuenta la opinión de las integrantes, que regirá a lo largo de los encuentros.</li> <li>- Realizar, con las adolescentes, diversas dinámicas que tengan la finalidad de comenzar a conocerse; promoviendo, a su vez, un clima grupal adecuado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarjetitas blancas.</li> <li>- “Cinco Características”</li> <li>- “Ovillo de lana”.</li> <li>- “Yo soy – Yo siento”.</li> </ul>	<p>Dispensarios: Sala de espera.</p> <p>Hospital: sala de capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas.</li> <li>- Lapiceras.</li> <li>- Cartulina.</li> <li>- Cinta Adhesiva.</li> <li>- Marcador.</li> <li>- Tarjetitas.</li> <li>- Ovillo de lana.</li> <li>- Plasticola.</li> <li>-Fotocopias.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>S E G U N D O</b></p>	<p style="text-align: center;"><i>“Esto fui, esto soy, ¿cómo seré?”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retomar lo trabajado en el encuentro anterior para afianzar el conocimiento entre las adolescentes y para evaluar qué aspectos resultaron de mayor importancia para ellas.</li> <li>- Fomentar el interés de las adolescentes para reconocerse como integrantes de un mismo grupo, impulsando el establecimiento de vínculos y aumentando la confianza entre ellas.</li> <li>- Articular el pasado, presente y futuro de la adolescente, promoviendo el reconocimiento de aquellas situaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Tres experiencias”.</li> <li>- “La línea de la vida”.</li> <li>- “Frasas incompletas”.</li> </ul>	<p>Dispensarios: Sala de espera.</p> <p>Hospital: sala de capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas.</li> <li>- Lapiceras.</li> <li>- Fotocopias</li> </ul>

<p><b>D O</b></p>		<p>significativas para su vida.                      - Distinguir aquellos roles, pasados, presentes y futuros, que la embarazada considera característicos de su vida.                      - Posibilitar la verbalización de aquellos sentimientos que aparecen al intentar reconocerse como futura mamá.                      - Destacar características propias de la maternidad adolescente, tendiendo al reconocimiento de los vínculos con los que cuentan estas embarazadas.</p>			
<p><b>T E R C E R O</b></p>	<p><i>“Mis temores, angustias y preocupaciones”</i></p>	<p>- Retomar lo trabajado en el encuentro anterior para introducir la temática del embarazo.                      - Valorar el nivel de información referida al embarazo, parto y puerperio que traen las adolescentes al grupo y trabajar sobre ello para incrementar sus conocimientos.                      - Informar sobre ciertos mitos presentes en la cultura respecto al embarazo, parto, puerperio, lactancia y cuidado del recién nacido que puedan resultar perjudiciales para la salud.                      - Promover el reconocimiento de temores, ansiedades, fantasías y deseos relacionados al embarazo, frente al parto y/o crianza del bebé.                      - Dialogar abiertamente acerca de aquellos aspectos, positivos y negativos, que las embarazadas consideran propios de la maternidad durante la adolescencia.                      - Compartir, aquellas adolescentes multiparas, sus experiencias con las madres primerizas teniendo como temas centrales al embarazo, parto, puerperio y los primeros días del bebé en</p>	<p>- “Pequeño grupo de discusión”.                      - “Estatuas”.                      - “Dramatización”.</p>	<p>Dispensarios: Sala de espera.  Hospital: sala de capacitación</p>	<p>-Fotocopias.</p>

		<p>casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover el vínculo temprano entre la madre y su bebé, proporcionándole diversos consejos para comenzar el establecimiento del mismo.</li> </ul>			
<b>C U A R T O</b>	<i><b>“En el vientre materno”</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar a las adolescentes sobre lo que acontece desde la concepción de un hijo hasta el momento en el cual la mujer comienza con el trabajo de parto.</li> <li>- Esclarecer dudas, miedos, ansiedades, etc. que se hayan producido debido a la proyección del video y brindar una correcta información sobre estas temáticas, explicitando la importancia de prepararse adecuadamente para el momento del parto.</li> <li>- Informar a las adolescentes, a través de material audiovisual, acerca de las nuevas investigaciones y métodos que permiten conocer el estado en el cual se encuentra el bebé dentro del útero materno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Video: “En el vientre materno” de los especiales de National Geographic Channel.</li> <li>- “Foro”.</li> <li>ó</li> <li>- “Collage”.</li> <li>- “Visión de Futuro”.</li> </ul>	<p>Dispensarios: Sala de espera.</p> <p>Hospital: sala de capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DVD: “En el vientre materno”.</li> <li>- DVD.</li> <li>- Televisor.</li> <li>-Fotocopias.</li> <li>ó</li> <li>- Cartulinas.</li> <li>- Hojas Blancas.</li> <li>- Lapiceras.</li> </ul>
<b>Q U I N T O</b>	<i><b>“¿Cómo será el parto?, Momento en el cual me encontraré con mi hijo”</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar una charla informativa sobre los aspectos específicos que la adolescente debería saber sobre el embarazo, para afrontar un parto natural o cesárea y respecto al puerperio.</li> <li>- Capacitar a las adolescentes para reconocer aquellos síntomas que indican que su trabajo de parto ha comenzado.</li> <li>- Esclarecer dudas, reconocer y afrontar temores referidos a la cesárea o al parto natural.</li> <li>- Corregir posibles distorsiones en la información que tienen las embarazadas.</li> <li>- Informar sobre ciertos mitos que existen en nuestra cultura respecto al</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Diálogos simultáneos o cuchicheo”</li> <li>- Charla Informativa con el obstetra.</li> <li>- “Foro”.</li> </ul>	<p>Dispensarios: Sala de espera.</p> <p>Hospital: sala de capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pizarra.</li> <li>- Marcador</li> <li>- Tizas</li> <li>- Fotocopias</li> </ul>

		parto, cesárea, episiotomía, etc.			
<b>S E X T O</b>	<i>“¿Qué tengo que hacer para ayudarlo a nacer?”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar una charla informativa para aumentar el conocimiento de la adolescente respecto al embarazo y la maternidad.</li> <li>- Favorecer una adecuada relación entre la profesional y la embarazada que le permita a ésta última expresarse con total libertad para realizar preguntas, pedir consejos, despejar dudas, etc.</li> <li>- Esclarecer posibles distorsiones en la información de las adolescentes.</li> <li>- Capacitar a las embarazadas sobre las respiraciones, pujos, reconocimiento de contracciones, lactancia, etc.</li> <li>- Simular posibles futuras situaciones relacionadas al parto o al cuidado del bebé.</li> <li>- Conocer la sala de partos del hospital con la finalidad de eliminar aquellas posibles ideas generadoras de ansiedades y miedos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Tormenta de ideas”.</li> <li>- Charla Informativa con la partera.</li> <li>- Visita a la sala de partos.</li> <li>ó</li> <li>- “Role playing”.</li> </ul>	<p>Dispensarios: Sala de espera.</p> <p>Hospital: sala de capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas blancas.</li> <li>-Lapiceras.</li> <li>-Fotocopias.</li> </ul>
<b>S É P T I M O</b>	<i>“Quiero cuidar a mi bebé ¿Cómo lo hago?”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar información específica sobre los primeros cuidados que necesitará el bebé.</li> <li>- Capacitar a las adolescentes frente a situaciones propias de tener un bebé en la casa.</li> <li>- Reconocer la importancia del adecuado seguimiento de los controles médicos del bebé.</li> <li>- Informar a las adolescentes sobre ciertas técnicas adecuadas para la limpieza, alimentación, descanso, etc. del bebé.</li> <li>- Fomentar el acercamiento de la madre a la institución para realizar controles y consultas.</li> <li>- Explicar los primeros cuidados dados al recién</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Diálogos simultáneos o cuchicheo”</li> <li>- Charla Informativa con el neonatólogo o pediatra.</li> <li>- Creación de Cartulinas.</li> </ul>	<p>Dispensarios: Sala de espera.</p> <p>Hospital: sala de capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapiceras.</li> <li>- Hojas blancas.</li> <li>-Cartulina.</li> <li>- Cinta ancha.</li> <li>- Marcadores.</li> </ul>

		nacido dentro del hospital, como así también los primeros estudios que se le realizan. - Informar acerca de ciertos mitos vigentes en nuestra cultura sobre comportamientos de cuidado, alimentación, limpieza, etc. que puedan dañar la salud del bebé.			
<b>O C T A V O</b>	<i>“¿Estamos más preparadas?”</i>	- Realizar una evaluación general del proceso que está llegando a su fin. - Recordar lo trabajado en cada encuentro para poder evaluar qué aspectos deben ser modificados para futuros encuentros.	- Revisión de los cuestionarios de evaluación. - “Pequeño grupo de discusión”  - Afiche de expectativas.	Dispensarios: Sala de espera.  Hospital: sala de capacitación	No son necesarios

### **Encuentros**

Es necesario aclarar que, a continuación, se desarrollan los encuentros planeados por el/la Licenciado/a en Psicología de acuerdo a los objetivos y actividades propuestos para cada uno de ellos, reservando la planificación de la primera hora, destinada a la actividad física, a la Profesora de Educación Física.

#### **Primera parte:**

#### ***“Presentaciones”***

#### **Primer Encuentro:**

#### ***“¿Quiénes somos y para qué estamos juntas?”***

#### *Objetivos:*

- Realizar una presentación formal de los integrantes y del o la coordinadora y definir los roles dentro del grupo.

- Comentar y explicar el objetivo general y los objetivos específicos que se buscará cumplir a lo largo de la realización de los talleres.
- Promover el establecimiento de vínculos entre las adolescentes y entre ellas y el/la coordinador/a.
- Fomentar la libre participación y expresión de las adolescentes durante todos los encuentros.
- Reconocer las expectativas que las embarazadas traen al grupo respecto al desarrollo de los talleres.
- Proponer y concretar el encuadre de trabajo, teniendo en cuenta la opinión de las integrantes, que regirá a lo largo de los encuentros.
- Realizar, con las adolescentes, diversas dinámicas que tengan la finalidad de comenzar a conocerse; promoviendo, a su vez, un clima grupal adecuado.

*Actividades:*

### **Actividad N° 1**

Para comenzar, se considera pertinente la **presentación** del o la coordinadora y, luego, de las adolescentes. Para poder hacerlo, se ha pensado en que el/la coordinador/a se presente de una manera formal. Sin embargo, le pedirá a cada una de las integrantes que realice un dibujo en una hoja, sin ningún tema en particular, aclarando que el mismo debe ser de su agrado y que consideren que éste las identifica. Luego de realizar el dibujo, cada una se presenta con el nombre y algún otro dato que crea relevante para comentar al resto del grupo y comparte el porqué de su dibujo, colocando debajo del mismo, su nombre.

### **Actividad N° 2**

Una vez que todos se han presentado, se delimitan los **roles** correspondientes, enfatizando en la participación que se espera de las adolescentes durante todos los encuentros. Si se trabaja grupalmente, logrando una buena participación, los aportes que se realicen harán del trabajo, una actividad genuina e interesante. No menos importante es mencionar el compromiso, el respeto y la reserva de información que se espera de las adolescentes para que el espacio que brinda la institución pueda ser aprovechado y que, a través de éste, se obtengan los máximos beneficios posibles.

---

En el primer encuentro se comentarán los **objetivos** del trabajo grupal. Se destacará la importancia de la adecuada preparación, capacitación y atención del embarazo, parto, parto y puerperio.

### **Actividad N° 3**

A continuación, cada una escribirá en una tarjetita blanca, entregada por el coordinador, aquellas **expectativas** que traen al grupo. Esas tarjetitas serán pegadas en una cartulina. A su vez, ésta será pegada en una de las paredes del lugar para que, a manera de guía, sean visualizadas a lo largo de todo el proceso y para que, en el último encuentro, las adolescentes puedan manifestar en qué grado se ha podido cumplir con ellas.

Verbalmente, el coordinador pedirá a las adolescentes que comenten cuáles son aquellas cosas que **no quieren que ocurran durante los dos meses en los cuales transcurrirán los encuentros**. De esta manera, se estipulan las expectativas y compromisos, de ambas partes, para el logro de los objetivos.

Se va a explicitar la existencia de un **cuaderno** disponible para que cada una de las integrantes del grupo escriba en él aquellas preguntas específicas para realizarle posteriormente al obstetra, al pediatra o a la partera. El cuaderno estará disponible en cada encuentro.

### **Actividad N° 4**

Seguidamente, se utilizará una técnica llamada, las **“Cinco Características”**, teniendo como objetivo, la presentación de las embarazadas.

“Cinco Características” es una técnica conveniente para los inicios del grupo. Puede emplearse cuando nadie se conoce o cuando sólo se conocen superficialmente.

¿Cómo se lleva adelante? **Cada uno debe expresar y comunicar a sus compañeros de tres a cinco características personales, propias**. Estas características tienen que ver con cualidades y condiciones que cada uno cree que tiene, sin importar que en algún momento otros se las hayan reconocido. Lo importante es que cada uno las considere identificatorias de sí mismo.

Esta técnica permite al grupo, si está bien motivado, romper la tensión inicial, facultando a las personas para que hablen más fácilmente de sus sentimientos y no sólo de sus ideas.

### **Actividad N° 5**

Luego, para seguir promoviendo el establecimiento de los vínculos se propone la dinámica del **“Ovillo de Lana”**. El/la coordinador/a tiene un ovillo de lana, lo toma de

---

la punta, rodea su dedo con ella y le explica al resto la consigna: *“Yo voy a lanzar el ovillo a una de Uds. pero antes, voy a decir **qué es lo que voy a aportar de mí al grupo para cumplir con mis expectativas y qué espero que el grupo aporte para ello.**”*

Cada una va recibiendo el ovillo y va pasándoselo al resto de sus compañeras. Cuando todas hayan recibido el ovillo, el/la coordinador/a hará una devolución acerca de la importancia de los posibles aportes enunciados por cada una de las adolescentes, demostrando a través de lo producido la importancia del aporte individual y de lo que se produce grupalmente para alcanzar las expectativas que anteriormente han mencionado.

### **Actividad N° 6**

Como última dinámica se propone *“Yo soy – Yo siento”*. Es una actividad que propicia el “descongelamiento” inicial de un grupo, a través de la manifestación pública de los sentimientos inmediatos provocados por la misma situación grupal.

¿Cómo se lleva adelante? Cada miembro del grupo comunica cuáles son sus sentimientos personales y el estado emotivo en que se encuentra en el preciso momento de realizar el trabajo. Cada una, de forma sucesiva, debe contestar dos preguntas: *“¿Quién soy?”* y *“¿Cómo me siento en este momento?”*.

Esta actividad propicia cierta desinhibición mediante la expresión pública de sentimientos, reforzando la presentación de cada participante ante el resto del grupo.

Se cree conveniente dejarla para cerrar el encuentro ya que permite observar colateralmente las actitudes positivas y negativas, respecto del proceso de grupo, que habrá que reforzar o modificar en futuros encuentros.

Más allá de los objetivos propuestos es importante que en este encuentro las adolescentes comiencen a conocerse, ya que estarán juntas una cantidad importante de tiempo, compartiendo experiencias, información, emociones, ansiedades, temores, etc.

En síntesis, el primer encuentro es importante para fomentar el establecimiento de vínculos, si los mismos comienzan a establecerse se puede pronosticar un buen desempeño del grupo para trabajar en los siguientes encuentros. Es importante, no olvidar, que deben empezar a compartir un ECRO, para el beneficio grupal.

Los recursos necesarios para concretar las actividades propuestas para el primer encuentro son:

### **Recursos Humanos:**

Licenciado/a en Psicología.

---

A continuación se brinda una tabla para explicar cómo se lleva a cabo el presupuesto de los recursos materiales para los cinco lugares en los cuales se llevarán a cabo los encuentros: (Hospital y los cuatro dispensarios).

Recursos Materiales:

<i>Primer Encuentro</i>			
<b>Recursos Materiales</b>	<b>Presupuesto unitario</b>	<b>Para un lugar</b>	<b>Para los cinco lugares</b>
Hojas Blancas	\$ 0.05	8 x 0.05 = \$ 0.40	40 x 0.05 = \$ 2
Lapiceras	\$ 0.50	8 x 0.50 = \$ 4	40 x 0.50 = \$ 20
Cartulina	\$ 0.60	1 x 0.60 = \$ 0.60	5 x 0.60 = \$ 3
Marcadores	\$ 2	2 x 2 = \$ 4	10 x 2 = \$ 20
Tarjetas Blancas	\$ 0.10	8 x 0.10 = \$ 0.80	40 x 0.10 = \$ 4
Ovillo de algodón	\$ 0.75	1 x 0.75 = \$ 0.75	5 x 0.75 = \$ 3.75
Plasticota (30 grs.)	\$ 0.60	1 x 0.60 = \$ 0.60	5 x 0.60 = \$ 3
Fotocopias del cuestionario de evaluación	\$ 0.10	8 x 0.10 = \$ 0.80	40 x 0.10 = \$ 4
<b>Total</b>		<b>\$ 11.95</b>	<b>\$ 59.75</b>

Las fotocopias están presupuestadas en cantidad, si las mismas son menos de veinte, su costo es de \$0.15. Al realizar el presupuesto, se las contabiliza en cantidad, por lo que se calcula que cada una tiene un valor de \$ 0.10.

Se calculan los materiales para “8” porque es el máximo posible de integrantes dentro de cada grupo.

En la tabla, se encuentran representados dos presupuestos. Se opta por realizar un presupuesto para el desarrollo de los encuentros en un sólo lugar, ya que el proyecto puede ser aceptado para realizarse sólo en el hospital. En general, la mayoría de las actividades se llevan adelante en este edificio. No obstante, si la institución decide realizar el proyecto solamente en el hospital, deja con menores posibilidades a aquellas adolescentes que vivan a una gran distancia de la institución para que asistan a los encuentros.

Se realiza, también, el presupuesto para el supuesto caso de que la institución acepte que el proyecto se lleve adelante en el centro base referencial y en los cuatro dispensarios nombrados. Si es posible llevar adelante la psicoprofilaxis obstétrica en todos estos lugares, las beneficiarias tendrán menores inconvenientes para presenciar los encuentros.



 **Segundo Encuentro:**

**“Esto fui, esto soy, ¿cómo seré?”**

*Objetivos*

- Retomar lo trabajado en el encuentro anterior para afianzar el conocimiento entre las adolescentes y para evaluar qué aspectos resultaron de mayor importancia para ellas.
- Fomentar el interés de las adolescentes para reconocerse como integrantes de un mismo grupo, impulsando el establecimiento de vínculos y aumentando la confianza entre ellas.
- Articular el pasado, presente y futuro de la adolescente, promoviendo el reconocimiento de aquellas situaciones significativas para su vida.
- Distinguir aquellos roles pasados, presentes y futuros, que la embarazada considera característicos de su vida.
- Posibilitar la verbalización de aquellos sentimientos que aparecen al intentar reconocerse como futura mamá.
- Destacar características propias de la maternidad adolescente, tendiendo al reconocimiento de los vínculos con los que cuentan estas embarazadas.

*Actividades*

**Actividad N° 1**

Para comenzar el segundo encuentro, se cree pertinente realizar una breve **síntesis** de lo que se haya trabajado en el encuentro anterior, indagando sobre aquellas dinámicas que fueron más significativas para las adolescentes y cuáles resultaron intrascendentes.

Se les recuerda la existencia del **cuaderno** para escribir las inquietudes frente a temas pertinentes al obstetra, pediatra o partera. En el caso de que existan otros tipos de dudas, se puede invitar a los profesionales pertinentes para responderlas.

**Actividad N° 2**

A lo largo del proceso siempre se tendrá como foco, la mirada puesta en el futuro, debido al próximo nacimiento del niño. Sin embargo, es preciso que las

---

adolescentes puedan compartir emociones y experiencias pasadas con el objetivo de reconocerse como niñas, adolescentes y empezar a pensarse y reconocerse como futuras madres.

Se ha planeado una dinámica en la cual se deben narrar experiencias vitales importantes. La dinámica se llama: **“Tres experiencias”**.

A través de su implementación se pretende lograr una atmósfera grupal lo más abierta posible. Se busca que, mediante la narración y el comentario de experiencias personales significativas, los participantes se desenvuelvan con mucha más libertad, y dentro de un clima de mayor confianza y cohesión.

¿Cómo se lleva adelante? **Cada integrante del grupo describe tres experiencias de su vida que, por el motivo que fuere, hayan sido significativas.**

Es destacable que el compartir experiencias personales con otros ayuda a aumentar la confianza en el otro y a disminuir tensiones y diferencias de opinión.

### **Actividad N° 3**

Seguidamente, teniendo en cuenta los mismos objetivos, se llevará a cabo **“La línea de la vida”**.

¿Cómo se lleva adelante? En un primer momento hay que realizar un trabajo individual, donde **cada participante deberá dibujar en una hoja de papel, lo que considera que ha sido, es y será su evolución personal.** Podrá señalar los puntos o momentos más significativos de su vida, comentados con la dinámica anterior y unirlos mediante líneas ascendentes o descendentes, gruesos o finas, que expresen sus movimientos evolutivos psicológicos, sociales, afectivos, ideológicos, etc. Una vez realizada esta tarea, **cada persona muestra al grupo su hoja de papel y explica el porqué de su línea de vida.** El resto de los participantes pueden hacer preguntas, si así lo desean.

Esta dinámica provoca en cada persona la reflexión profunda acerca de su pasado, su presente y su futuro, así como la forma en que se siente afectado por estas reflexiones. El hecho de compartir esta experiencia con el grupo, mejora notablemente el nivel de integración y cohesión grupal, dado que se conoce al otro con mayor profundidad y desde la perspectiva de éste.

### **Actividad N° 4**

Como la línea de la vida permite hacer mención al futuro, se imaginó que sería pertinente que, luego de la dinámica anterior, se complete el cuestionario de **“Frases incompletas”**.

---

¿Cómo se lleva adelante? Individualmente, **deben completar por escrito un cuestionario que se les entrega**. En dicho cuestionario hay un conjunto de frases incompletas que deben terminarse. Para completarlo, se deben utilizar palabras que hagan que esa frase se refiera a uno mismo.

A continuación se presenta el cuestionario a completar:

Cuestionario

- **Me gusta.....**
- **Algunas veces deseo.....**
- **Cuando algo me sale mal.....**
- **No puedo soportar.....**
- **La mayoría de las personas que conozco.....**
- **Necesito saber.....**
- **Cuando entro en un grupo nuevo.....**
- **Lamento.....**
- **Mi objetivo de vida es.....**
- **La virtud que más admiro.....**
- **Lo que más detesto.....**
- **Tengo miedo de.....**
- **Estoy orgullosa de.....**
- **Una cosa buena que me ha ocurrido hace poco es.....**

El cuestionario sigue con frases sobre libros, flores, película, héroe y heroína preferidos pero, debido a los objetivos propuestos se ha optado por realizar una modificación de las últimas cinco opciones por aspectos concernientes al bebé, al embarazo y el parto.

- **Mi bebé.....**
- **Este embarazo.....**
- **Imagino que mi parto .....**
- **Por mi bebé.....**

○ **En un futuro, mi hijo.....**

Se considera que con esta última dinámica se empieza a pensar, grupalmente, en el embarazo, en el parto y en el bebé. Puede convertirse en un momento importante para comenzar a trabajar sobre lo que significa ser madre en el período de la adolescencia.

Una vez completado el cuestionario, las adolescentes comentan entre ellas las frases y el/la coordinador/a pone mayor énfasis en las cinco últimas, explicando que a partir de ese momento del encuentro, se pensará exclusivamente en estos y otros aspectos propios del estado que están transitando.

Para cerrar, se invita a las integrantes a realizar una devolución acerca de las dinámicas realizadas para comparar éstas con las impresiones del o la coordinadora y además, se les pide que respondan el cuestionario evaluativo y se lo entreguen al coordinador/a.

**Nombre:**  
Por favor responda:  
¿Participan todos los miembros?.....  
¿Se escuchan unos a otros?.....  
¿Cómo definiría al coordinador/a?.....  
¿Había interés por el trabajo?.....  
Con respecto al trabajo, a la eficacia del grupo, a los resultados del día de hoy:  
¿Cómo te sientes? (Indica con una X.)  
Muy satisfecha \_\_\_\_\_  
Más bien satisfecha \_\_\_\_\_  
Más bien insatisfecha \_\_\_\_\_  
Muy insatisfecha \_\_\_\_\_

*Recursos*

Recursos Humanos

- Licenciado/a en Psicología.

Recursos Materiales

<i>Segundo Encuentro</i>			
<b>Recursos Materiales</b>	<b>Presupuesto unitario</b>	<b>Para un lugar</b>	<b>Para los cinco lugres</b>
- Hojas Blancas	\$ 0.05	8 x 0.05 = \$ 0.40	40 x 0.05 = \$ 2
- Lapiceras		Se utilizan las compradas para el primer encuentro.	Se utilizan las compradas para el primer encuentro.
- Fotocopias	\$ 0.10	8 x 0.10 = \$ 0.80	40 x \$ 0.10 = \$ 4
- Fotocopias del cuestionario de evaluación	\$ 0.10	8 x 0.10 = \$ 0.80	40 x \$ 0.10 = \$ 4
<b>Total</b>		<b>\$ 2</b>	<b>\$ 10</b>

**Segunda Parte:**

***“Información”***

 **Tercer Encuentro:**

***“Mis temores, angustias y preocupaciones”***

*Objetivos*

- Retomar lo trabajado en el encuentro anterior para introducir la temática del embarazo.
- Valorar el nivel de información referida al embarazo, parto y puerperio que traen las adolescentes al grupo y trabajar sobre ello para incrementar sus conocimientos.
- Informar sobre ciertos mitos presentes en la cultura respecto al embarazo, parto, puerperio, lactancia y cuidado del recién nacido que puedan resultar perjudiciales para la salud.
- Promover el reconocimiento de temores, ansiedades, fantasías y deseos relacionados al embarazo, frente al parto y/o crianza del bebé.

- Dialogar abiertamente acerca de aquellos aspectos, positivos y negativos, que las embarazadas consideran propios de la maternidad durante la adolescencia.
- Compartir, aquellas adolescentes multíparas, sus experiencias con las madres primerizas teniendo como temas centrales al embarazo, parto, puerperio y los primeros días del bebé en casa.
- Promover el vínculo temprano entre la madre y su bebé, proporcionándole diversos consejos para comenzar el establecimiento del mismo.

#### *Actividades*

##### **Actividad N° 1**

Inicialmente, se traen las cinco últimas líneas del cuestionario de “Las Frases Incompletas” para introducir, explicitar, la temática del embarazo en el grupo.

##### **Actividad N° 2**

A través de un “*Pequeño grupo de discusión*” se trabajará sobre la temática que surja entre las integrantes, sobre todo acerca de los **miedos, dudas, ansiedades, angustias, preocupaciones, información distorsionada que las adolescentes manifiesten, etc.** Aquellas dudas que se remitan a lo estrictamente médico serán anotadas en el **cuaderno**. En éste, se registrarán todas las dudas que tengan para que puedan despejarlas con los profesionales pertinentes en encuentros futuros.

Se ha ideado que los primeros treinta minutos, los miembros del grupo compartan, además, experiencias. El coordinador será el encargado de mantener un buen nivel de comunicación y de participación, realizará las intervenciones que considere necesarias para favorecer el trabajo grupal.

La idea de realizar este grupo de discusión es evaluar cómo se encuentran las futuras mamás. Además, permite valorar el nivel de información que se maneja en el grupo.

##### **Actividad N° 3**

A continuación, se utiliza una técnica que propone Dora García (1997) llamada “*Estatuas*”. La misma comprende la representación de una palabra o situación determinada en una estatua.

---

La consigna que se le dará a la adolescente, que quiera participar, es que **represente, como una estatua, la posición en la que ella imagina que se encuentra su bebé en este momento, dentro del útero materno.**

La realización de esta técnica permitirá conocer cómo imagina esta mamá que se encuentra su bebé en este momento, dentro de su vientre. Se tendrá en cuenta si ella imagina que es un lugar confortable para él, si su bebé está cómodo, sonriendo, si la posición representa tensión o no, etc.

El coordinador será el encargado de trabajar respecto a la “estatua” representada, observando, haciendo señalamientos, preguntando el por qué de dicha posición, etc. También, el resto del grupo puede trabajar con esta técnica, realizando sus propias estatuas o con la representada por la primera mamá.

Esta técnica es introducida para incorporar “el cuerpo” dentro del grupo. Si bien la presencia física estuvo desde el primer momento, antes de este encuentro, no se había dado especial importancia al cuerpo de las adolescentes. Se considera que es importante prestarle atención porque nos permite observar aspectos distintos a las que pueden expresarse verbalmente.

Luego del análisis y los comentarios que se crean pertinentes a la representación, se continúa con la siguiente actividad.

#### **Actividad N° 4**

Para continuar, se ha planeado utilizar la técnica de **Dramatización**. Se toma del texto de María José Aguilar (1989) las pautas necesarias para dicha actividad. Esta autora sostiene que la dramatización se utiliza no sólo para comunicar algo sino también, para sensibilizar o motivar alternativas de acciones frente a un hecho. No se trabaja “diciendo” sino “mostrando”. Consiste en la representación, por parte de algunos miembros del grupo, de una situación real, empleando gestos, movimientos, palabras, etc.

Es necesario contar con la colaboración de dos adolescentes: la primera, representará a la mamá que entabla el diálogo y, la segunda, representará al hijo/a.

La consigna que se les brindará para llevar adelante la dramatización consiste en un **diálogo entre la mamá y su bebé, mientras éste se encuentra en el útero materno.**

La escena que deberán dramatizar los dos miembros elegidos, tiene que ver con que la mamá, frente a los reclamos que le hace su hijo, le explique a éste por qué todavía no está preparado para salir a “conocer el mundo”.

---

Se inicia la representación con una previa introducción del coordinador/a, quien explica el sentido de la dramatización. Esta dramatización pretende señalarle al grupo, entre otras cosas, el respeto por los tiempos necesarios para la mamá, para el bebé, respetando el desarrollo de sus cuerpos y, además, pretende estimular el vínculo prenatal entre cada mamá y su bebé.

Luego de la consigna formulada, el diálogo se realiza según las ideas que surjan entre las dos adolescentes que dramatizarán la escena.

Se ha ideado que este diálogo dure, aproximadamente, unos quince minutos. Posteriormente, se comenzará a trabajar con el análisis de la dramatización. Éste es iniciado por el coordinador, quien incentiva a todo el grupo a trabajar respecto a lo representado. Pero para ello, Aguilar (1989) formula algunas preguntas que pueden resultar útiles como disparadoras. Entre ellas se encuentran:

- ¿Nos sentimos identificados con el personaje? ¿En qué cosas: sentimientos, actitudes, modos de razonar, etc.?
- ¿Por qué creemos que se dan esas situaciones?
- (A los actores) ¿Cómo han vivido su papel en la representación? ¿Qué han sentido? ¿Se ha comprendido la postura del otro?

Para cerrar el encuentro se hace una síntesis de lo trabajado junto con las adolescentes y se les aconseja que estimulen el vínculo prenatal con su bebé a través de la música, su voz, la voz del papá, etc.

Finalmente, se las invita a completar el cuestionario evaluativo del encuentro.

<b>Nombre:</b>			
¿Hasta qué punto son verdaderas las siguientes afirmaciones con respecto al trabajo de hoy? Indica con una X.			
	Verdadero	A medias	Falso
He entendido el trabajo.	.....	.....	.....
Me ha gustado el trabajo.	.....	.....	.....
Me pareció útil el encuentro.	.....	.....	.....
Faltó participación de los miembros.	.....	.....	.....
He participado todo lo que quería.	.....	.....	.....

*Recursos*

Recursos Humanos

- Licenciado/a en Psicología.

Recursos Materiales

Para realizar este tercer encuentro, no se precisa de recursos materiales específicos. Sólo de las fotocopias pertenecientes al cuestionario evaluativo.

<i>Tercer Encuentro</i>			
<b>Recursos Materiales</b>	<b>Presupuesto Unitario</b>	<b>Para un lugar</b>	<b>Para los cinco lugares</b>
Fotocopias del cuestionario de evaluación	\$0.10	8 x 0.10 = 0.80	40 x 0.10 = 4
<b>Total</b>		<b>\$ 0.80</b>	<b>\$ 4</b>

 **Cuarto Encuentro:**

***“En el vientre materno”***

*Objetivos*

- Informar a las adolescentes sobre lo que acontece desde la concepción de un hijo hasta el momento en el cual la mujer inicia su trabajo de parto.
- Esclarecer dudas, miedos, ansiedades, etc. que se hayan producido debido a la proyección del video y brindar una correcta información sobre estas temáticas, explicitando la importancia de prepararse adecuadamente para el momento del parto.
- Informar a las adolescentes, a través de material audiovisual, acerca de las nuevas investigaciones y métodos que permiten conocer el estado en el cual se encuentra el bebé dentro del útero materno.

*Actividades*

**Actividad N° 1**

Para el cuarto encuentro se ha pensado que sería importante que las adolescentes vieran uno de los especiales realizados por National Geographic Channel. El mismo se titula: “**En el vientre materno**”. Trata la historia del increíble viaje de una niña en el interior del vientre materno.

**Este documental es el primero que permite introducirse en el útero de la madre con una minicámara para filmar los nueve meses de gestación.** Se puede conocer el fascinante proceso gracias a modernas técnicas fotográficas, gráficos por computadoras e imágenes en tres y cuatro dimensiones.

El documental tiene una duración aproximada de 90 minutos.

Es preciso mencionar que el momento específico en el cual se produce el parto no será proyectado debido al impacto que dicha escena puede causar en las adolescentes. Dicha imagen puede ser generadora de un monto importante de ansiedad y es posible, trabajar e informar a las embarazadas sobre la misma circunstancia de una manera menos ansiógena, como puede ser una explicación dada por el obstetra a través de dibujos o fotografías.

Se cree conveniente proyectarlo en el cuarto encuentro, ya que comienza la etapa de información y se considera que es un video de gran claridad y simplicidad para las adolescentes.

Además, ubicándolo en el cuarto encuentro, les permite generar dudas, inquietudes, que serán despejadas con los profesionales que estarán invitados en los encuentros siguientes.

Es necesario mencionar que se ha creado una guía de observación para dicho dvd. Gracias a ésta, las adolescentes podrán focalizar, seleccionar, recordar y aprender con mayor facilidad la información.

A continuación se presenta un modelo de la guía de observación que se les brindará a las adolescentes para tener en cuenta durante la proyección del dvd.

**Tené en cuenta estas preguntas ya que te guiarán para obtener una información más clara sobre lo que vas a ver en el video:**

- ¿Cuántas semanas de embarazo son?
- ¿Cuáles son los métodos que permiten ver el desarrollo del bebé dentro del útero?
- ¿Cuándo se crea una nueva vida humana?
- ¿Qué sucede durante el primer trimestre?
- ¿Cuáles son los primeros síntomas que siente la mujer embarazada?

- Formación del corazón, cabeza y cuerpo del feto.
- ¿Cuál es la función de la placenta? ¿Y cuál es la del cordón umbilical?
- Primera ecografía: entre las semanas diez y la catorce.
- Ecografía en cuatro dimensiones.
- Segundo Trimestre: ¿Qué pasa?
- ¿Cuándo y cómo se conoce el sexo del bebé?
- ¿Qué es la propiocepción?
- ¿A partir de qué momento pueden sentirse los movimientos del bebé?
- Ecografía: creadora del vínculo temprano entre el bebé y sus papás.
- ¿A partir de qué semana de embarazo el bebé podría nacer sin mayores complicaciones en su salud?
- ¿Qué experimenta la mamá en el último trimestre del embarazo?
- Desarrollo de los sentidos del bebé.
- El color de los ojos del feto.
- El desarrollo del reflejo de succión que luego le permitirá alimentarse.
- ¿Qué puede ocasionar el stress de la madre?
- ¿Cuál es el último órgano vital en desarrollarse?
- ¿Afecta la música al bebé? ¿Cómo?
- ¿Por qué la madre comienza a sentirse incómoda en el último tiempo del embarazo?
- ¿Por qué es mejor que el bebé pase dentro del útero el mayor tiempo posible?
- ¿Qué es y qué hace la oxitocina?

### **Actividad N° 2**

Luego de proyectar el video, se realizarán los comentarios de lo observado, trabajando sobre algunos ejes, entre los cuales se encuentran:

- Lo que les llamó más la atención del material.
- Lo que no entendieron del mismo.
- Las dudas (se las registra en el cuaderno).
- Lo que no les gustó.
- Sensaciones frente al material audiovisual.
- Comentarios y críticas.

### **Actividad N° 3**

Luego de trabajar sobre estos ejes se intenta realizar una síntesis de la información obtenida y de las ideas principales que les resultaron más significativas a las adolescentes, luego de ver el dvd.

Esta síntesis se realizará a través de un **“Foro”**. Esta técnica es tomada de Aguilar (1989), quien sostiene que el foro consiste en la realización de un **debate abierto en torno a un tema, hecho o problema, conducido por el coordinador**. En él la participación es libre y espontánea y se reduce a dos o tres minutos.

Realizar un foro en este momento va a permitir que las embarazadas manifiesten sus puntos de vista sobre la proyección de “En el vientre materno” y, juntas, poder elaborar ciertas conclusiones generales respecto del dvd visto.

Finalmente, se les informa a las embarazadas que en el próximo encuentro, tendrán una charla informativa con el obstetra, por lo que se les recomienda que piensen en aquellas posibles dudas que existan y se les indica, que si ellas lo creen necesario y pertinente, sería interesante que puedan invitar a sus parejas a que presencien dicho encuentro.

Se da por terminado el cuarto encuentro.

*Recursos*

Recursos Humanos

- Licenciado/a en Psicología.

Recursos Materiales

<i>Cuarto Encuentro</i>			
<b>Recursos Materiales</b>	<b>Presupuesto unitario</b>	<b>Para un lugar</b>	<b>Para los cinco lugares</b>
Alquiler dvd “En el vientre materno”	\$ 5	\$ 5	\$ 25
Televisor de 21 pulgadas.	\$ 700 (aprox.)	\$ 700 (aprox.)	\$ 700 (Se utiliza el mismo).
Reproductor de dvd	\$ 250 (aprox.)	\$ 250 (aprox.)	\$ 250 (Se utiliza el mismo).
Fotocopias del cuestionario evaluativo	\$ 0.10	8 x 0.10 = \$ 0.80	40 x 0.10 = \$ 4
<b>Total</b>		<b>\$ 955.80</b>	<b>\$ 979</b>

Para representar el presupuesto necesario para el cuarto encuentro, se ha pensado en dos opciones diferentes:

1. Se les comunica a las adolescentes (en el tercer encuentro) que para el próximo encuentro, deberán acercarse al hospital, lugar donde se llevará a cabo el cuarto encuentro.
2. El/la Lic. en Psicología debería encargarse del traslado a cada dispensario de los materiales necesarios para el cuarto encuentro.

Como se entiende que el costo que genera realizar esta actividad es alto, sobretodo en el ámbito público, se visitó a aquellas empresas de la ciudad que comercializan los recursos materiales necesarios para la proyección del video.

En dicho contacto, se ha preguntado si la empresa estaría en condiciones de donar un televisor o un DVD para el hospital público de la ciudad.

Se les explicó que los aparatos quedarían a disposición del hospital para la realización de distintas actividades. Se hizo mención de este proyecto destinado a la psicoprofilaxis obstétrica pero se aclaró que no sería utilizado, sólo, para esta actividad.

De las empresas visitadas, todas brindaron como respuesta que estarían dispuestas al diálogo para llevar adelante dichas donaciones. No se obtuvo una respuesta afirmativa porque se les explicó que esta información sólo era necesaria para el supuesto caso de que el proyecto sea aceptado por la institución.

De no poder contar con los materiales necesarios, o sea, que ninguna empresa regional acepte realizar dichas donaciones, los recursos serían gestionados a la Comisión Ejecutiva del S.A.M.Co., o se realizarían los trámites necesarios con el Ministerio de la Provincia.

Si no existiera manera de adquirir dichos materiales, el cuarto encuentro debería ser modificado. Se ha planeado que, de no ser posible la actividad relacionada al dvd “En el vientre materno”, se realizarán otras dinámicas para este encuentro.

**- Segunda opción para el cuarto encuentro**

De no ser posible la proyección del dvd se trabajará con una técnica tomada del texto de Aguilar (1989), el “Collage” y, la otra del texto de López Bonelli (2003), “Visión de Futuro”.

**Actividad N° 1**

---

La primera técnica se denomina **“Collage”**. Es una técnica de expresión no verbal que permite fomentar la creatividad y la imaginación.

Para el taller destinado a la psicoprofilaxis obstétrica y teniendo en cuenta que nos encontramos en el momento de “Información”, el coordinador al prever, en el tercer encuentro, que no será posible proyectar el dvd “En el vientre materno”, les pedirá a las adolescentes, que traigan material informativo escrito para trabajar en el cuarto encuentro.

Se les aclara que, dentro de este material, esté todo lo que las embarazadas hayan visto, leído y que deseen agregar en un collage grupal.

**El material puede ir desde artículos de diarios, revistas, folletos, dibujos, artículos de Internet, etc.** También el coordinador se encargará de buscar y conseguir material informativo respecto al embarazo, desarrollo intrauterino, parto, puerperio, etc.

Una vez en el encuentro, se toman unos veinte minutos para que las adolescentes releen el material traído y lo compartan con sus compañeras.

Posteriormente, el coordinador pedirá que **comenten el material traído**, haciendo mención sobre qué les llamó la atención, qué de lo leído quisieron compartir con sus compañeras y por qué, qué les generó dudas o miedos, qué de esa información les brindó seguridad, etc.

Se trabaja de esta manera, aproximadamente, veinte minutos y, a modo de cierre de la actividad, con el material se realiza un gran collage entre todas las adolescentes. Éste quedará pegado en las paredes del lugar como resultado de la información trabajada en el cuarto encuentro.

### **Actividad N° 2**

El tiempo restante, se trabajará con la técnica **“Visión de futuro”** de Ángela López Bonelli (2003). La autora manifiesta que ésta es una técnica proyectiva que consiste en imaginar en relación a un futuro.

La consigna que se les dará a las embarazadas será la siguiente: **“Ahora cada una imagine una situación dentro de diez años en la que esté incluida. Una vez que la imagine dibújela y redacte un relato”**.

Las adolescentes contarán con, aproximadamente, quince minutos para la realización de la consigna. Una vez que todas han terminado, se intercambian los dibujos, de manera tal que ninguna se quede con su propio trabajo. Luego de unos minutos, el coordinador invitará a las adolescentes a que comenten sus dibujos.

Es importante para el análisis tener en cuenta el dibujo, el relato y cómo la adolescente realiza el comentario del mismo. El coordinador, como el resto de las compañeras, podrán realizar preguntas para continuar estimulando la imaginación de la embarazada.

El coordinador tendrá que ver si en la escena imaginada por la adolescente aparece su hijo, su pareja, su familia, cómo imagina que se encuentra, en dónde, con quién está, cómo se siente, qué está haciendo, etc. Todo esto puede servir para conocer cómo la adolescente imagina que se encontrará en diez años y, también se les puede preguntar, cómo imaginan que lograrían eso que están imaginando.

Luego de los comentarios sobre los dibujos de cada una de las integrantes del grupo, se da por finalizado el cuarto encuentro.

La tabla que se presenta a continuación representa el presupuesto necesario para la realización de la segunda opción del cuarto encuentro.

<i>Cuarto Encuentro</i>			
<b>Recursos Materiales</b>	<b>Presupuesto unitario</b>	<b>Para un lugar</b>	<b>Para los cinco lugares</b>
Cartulina	\$ 0.60	\$ 0.60	5 x \$ 0.60 = \$ 3
Hojas Blancas	\$ 0.05	8 x \$ 0.05= 0.40	40 X \$ 0.05 = 2
Lapiceras	Se utilizan las de los encuentros anteriores	Se utilizan las de los encuentros anteriores	Se utilizan la de los encuentros anteriores
Fotocopias cuestionario de evaluación	\$ 0.10	8 x \$ 0.10 = \$ 0.80	40 x \$ 0.10 = \$ 4
<b>Total</b>		<b>\$ 1.80</b>	<b>\$ 9</b>

Es necesario mencionar que, dentro del presupuesto final de los recursos materiales, el presupuesto que se tiene en cuenta para el cuarto encuentro es el de la primera opción, la cual consta de la proyección del dvd “En el vientre materno”.

*Evaluación del encuentro:*

Para evaluar el cuarto encuentro se les pide, al finalizar, que respondan el cuestionario y que se lo entreguen al coordinador/a.

<p><b>Nombre:</b></p> <p>1- Como impresión general, ¿cómo te has sentido en relación a la tarea?</p>
--

. Muy a gusto.....

. Más bien a gusto.....

. Más bien a disgusto.....

. Muy a disgusto.....

2 - ¿Han resultado de utilidad las actividades? ¿Por qué?

. Sí.....

. Más o menos.....

. No.....

3 - ¿Qué te hubiese gustado modificar?

.....

4 - ¿Obtuviste, con estas actividades, más información de tu interés? ¿Cuál?

. Sí.....

.....

.Muy poca .....

.....

.No.....

 **Quinto Encuentro:**

***“¿Cómo será el parto?”***

***Momento en el cual me encontraré con mi hijo”***

*Objetivos*

- Brindar una charla informativa sobre aspectos específicos que la adolescente debería conocer sobre el embarazo, para afrontar un parto natural o cesárea y, también, sobre el puerperio.
- Capacitar a las adolescentes para reconocer aquellos síntomas que indican que su trabajo de parto ha comenzado.
- Esclarecer dudas, reconocer y afrontar temores referidos a la cesárea o al parto natural.
- Corregir posibles distorsiones en la información que tienen las embarazadas.

- Informar sobre ciertos mitos que existen en nuestra cultura respecto al parto, cesárea, episiotomía, etc.

### *Actividades*

Para el quinto encuentro se ha planeado invitar a uno de los **obstetras** que pertenece a la institución.

#### **Actividad N° 1**

Quince minutos antes de la hora en la cual se cita al profesional, se trabaja con las adolescentes con la técnica que desarrolla Aguilar (1989) llamada **“Diálogos simultáneos o cuchicheo”**. En esta técnica todos los participantes dialogan por parejas simultáneamente para responder a una breve pregunta formulada por el profesional.

La consigna que el coordinador les dará será la siguiente: **“Antes de que llegue el profesional invitado para este encuentro, les pido que formen parejas y piensen en todas aquellas posibles dudas, temores o simplemente ideas que quieran expresarle al obstetra. Trabajen en ello durante unos diez minutos”**.

Es necesario mencionar que las dudas se fueron escribiendo a lo largo de los encuentros en el **cuaderno** pero es importante implicar de una manera más directa a las adolescentes con los temas a tratar. Se considera que aquellos temas que recuerden sin los apuntes del cuaderno, se puede hipotetizar que, son los que tienen mayor importancia para ellas.

Luego de estos diez minutos, una de ellas, lee del cuaderno lo que habían expresado con anterioridad y lo adjuntan a los temas pensados en pareja. Todos ellos se tendrán en cuenta para interactuar con el obstetra invitado.

#### **Actividad N° 2**

Al profesional invitado se le pedirá que planifique una charla de, aproximadamente, cuarenta y cinco minutos de duración con aquella información que crea más conveniente de mencionar a las adolescentes. De los **posibles temas** que formen parte de la charla, se cree pertinente que existan datos relacionados a los factores de riesgo que surgen en un embarazo, la necesidad del control médico durante el embarazo, el parto prematuro, las distocias, el puerperio patológico, la episiotomía, movimientos del bebé, estilos de partos (horizontal, vertical y en cuclillas), los motivos para ir al hospital de urgencia, cómo es el trabajo de parto, contracciones, mitos que

---

existen en nuestra cultura respecto al momento del parto, indicaciones para realizar una cesárea, relaciones sexuales, uso de fórceps, etc.

En dicha charla se pretende que las adolescentes tengan la libertad de despejar dudas, realizar comentarios, pedir consejos, realizar sugerencias, etc. El profesional decidirá si las adolescentes pueden interrumpir para realizar preguntas durante la charla o si prefiere que ellas aguarden e interactuar al final de la misma.

Es importante que la charla se realice en un clima de confianza, que las adolescentes puedan despejar aquellas posibles dudas que tienen, que consulten acerca de lo que escucharon, les aconsejaron, no entienden, etc.

Se considera que la confianza y la habilidad de la mujer para parir son incrementadas o disminuidas de acuerdo al trato que recibe, de la información que obtiene, del sitio en donde ocurre el parto, etc. Por estos motivos, es de fundamental importancia que las adolescentes despejen dudas con aquellos profesionales que estarán acompañándolas en el momento del parto.

Una vez terminada la charla, se le agradece al profesional por el tiempo compartido y se les pide a las embarazadas que se queden unos minutos más.

Se despide al profesional y luego, se trabaja sobre qué es lo que sienten las adolescentes, después de la charla.

### **Actividad N° 3**

Se realiza una síntesis, utilizando la dinámica de “*Foco*” anteriormente relatada, sobre cuáles son los **indicadores más importantes a tener en cuenta para ir al hospital**. Por ejemplo, las contracciones cada “x” cantidad de tiempo, la pérdida de sangre, no sentir el movimiento del bebé, etc. Es importante no dejar de lado esta información y que la misma sea comprendida, elaborada, por las adolescentes para que no existan mayores confusiones y de esta manera, se prevengan posibles complicaciones para la mamá y su bebé.

Se da por terminado el quinto encuentro.

Es necesario explicar que si el profesional no puede brindar la charla en los cinco lugares, se citará a todas las adolescentes en el hospital para brindar una única charla. Deberían tenerse en cuenta los momentos posteriores para trabajar respecto a este encuentro. Seguramente, los tiempos calculados variarían de acuerdo a la mayor cantidad de personas.

Esta aclaración es válida para los siguientes dos encuentros que tienen, dentro de las actividades, profesionales invitados.

---

*Recursos*

Recursos Humanos:

- Licenciado/a en Psicología.
- Obstetra.

Recursos Materiales

Se pone a disposición del profesional, una pizarra para que brinde la charla. La pizarra puede ser de tiza o para ser utilizada con marcadores. Se ha pensado que se utilice una pizarra de tiza, porque puede ser utilizada para cumplir eficientemente el objetivo, además, es más económica su compra y su mantenimiento.

Se ha realizado un presupuesto de las mismas, obteniendo:

- Pizarra para usar con marcador de 40 x 60 cm.: \$ 36.50
- Pizarra para usar con tizas de 40 x 60 cm.: \$ 19.80

<b>Quinto Encuentro</b>			
<b>Recursos Materiales</b>	<b>Presupuesto unitario</b>	<b>Para un lugar</b>	<b>Para los cinco lugares</b>
Pizarra de tiza	\$ 19.80	\$ 19.80	5 x \$19.80 = \$ 99
Tizas blancas (por doce)	\$ 1	\$ 1	\$ 5
Marcador	\$ 2	Serán utilizados los que se compraron anteriormente.	Serán utilizados los que se compraron anteriormente.
Fotocopias del cuestionario de evaluación	\$ 0.10	8 x \$ 0.10 = \$ 0.80	40 x \$ 0.10 = \$ 4
<b>Total</b>		<b>\$ 21.60</b>	<b>\$ 108</b>

*Evaluación del encuentro*

Para evaluar este encuentro se les pide a las adolescentes que respondan el cuestionario y que se lo entreguen al coordinador/a.

<p><b>Nombre:</b></p> <p>¿Cuál es la clasificación general de la reunión de hoy para cada uno de estos detalles? Redondee con un círculo el número correspondiente.</p>
---

	Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy alta
Arreglos y comodidades materiales.	1	2	3	4	5
Atmósfera grupal.	1	2	3	4	5
Interés y motivación.	1	2	3	4	5
Participación.	1	2	3	4	5
Productividad de la actividad.	1	2	3	4	5
Claridad conceptual del profesional invitado.	1	2	3	4	5

 **Sexto Encuentro:**

***“¿Qué tengo que hacer para ayudarlo a nacer?”***

*Objetivos*

- Brindar una charla informativa para aumentar el conocimiento de la adolescente respecto al embarazo y la maternidad.
- Favorecer una adecuada relación entre la profesional y la embarazada que le permita a esta última expresarse con total libertad para realizar preguntas, pedir consejos, despejar dudas, etc.
- Esclarecer posibles distorsiones en la información de las adolescentes.
- Capacitar a las embarazadas sobre las respiraciones, pujos, reconocimiento de contracciones, lactancia, etc.
- Simular posibles futuras situaciones relacionadas al parto o al cuidado del bebé.
- Conocer la sala de partos del hospital con la finalidad de eliminar aquellas posibles ideas generadoras de ansiedades y miedos.

*Actividades*

En el sexto encuentro, al igual que en el encuentro anterior, se busca que las adolescentes puedan tener un primer contacto con los profesionales pertinentes al

embarazo. Para éste, se ha programado que sea **la partera** quien brinde una charla informativa a las integrantes del grupo.

A lo largo del presente trabajo se hizo mención que para realizar el diagnóstico institucional se realizaron diversas entrevistas. Una de ellas se llevó a cabo con una partera del hospital. En dicha entrevista, la profesional manifestó realizar charlas con todas las embarazadas, de manera independiente, sin apoyo de otros profesionales.

Por este motivo, se confía en que la profesional está dispuesta a llevar adelante una charla informativa, sobre aquellos aspectos que ella observa que en las consultas y en la sala de partos son más significativos para las embarazadas.

### **Actividad N° 1**

Se planea que unos diez minutos antes de que llegue la profesional invitada, mediante la técnica de **“Tormenta de ideas”** tomada de Aguilar (1989), las adolescentes trabajen sobre los posibles temas concernientes al trabajo de la partera. Según la autora, dentro de las reglas fundamentales de esta técnica se encuentra que cada uno debe presentar y desarrollar tantas ideas como sea posible, cada uno puede adherirse a las ideas de los demás y desarrollarlas por su cuenta, toda idea debe ser considerada del equipo y no del individuo que la expone.

Antes de comenzar es necesario seleccionar a una o dos adolescentes para registrar todas las ideas expresadas.

La “Tormenta de ideas” tendrá un tiempo, aproximado, de diez minutos. Terminado este tiempo, es el coordinador quien hará un resumen de lo expresado y conjuntamente con las participantes extraer conclusiones.

Luego, se unirán estas ideas a las ya expresadas anteriormente en el cuaderno. Finalmente todas las dudas, preguntas, ideas, etc. serán trabajadas con la profesional invitada.

### **Actividad N° 2**

Posteriormente, con la llegada de la profesional, se comienza con la actividad programada. El tiempo de exposición estimado es de unos cuarenta y cinco minutos. Será la profesional quien decida la modalidad para interactuar con las embarazadas. Si prefiere que éstas realicen sus preguntas durante la charla o al finalizar la misma.

### **Actividad N° 3 (a)**

Se considera interesante que, de ser posible, se realice una **visita a la sala de partos**, por lo que es conveniente que se organice y se les anticipe a las adolescentes

---

que el sexto encuentro se realizará en el hospital (para aquellas embarazadas que asistan a los encuentros en los dispensarios).

En dicha visita, la partera les explicaría cómo se realizarán las cosas el día del parto. El fin de esta actividad es brindar una correcta información sobre el lugar en el cual llegará su bebé al mundo. De esta manera, se intenta promover una mayor confianza en las embarazadas, disminuyendo los temores o ideas insostenibles, las cuales pueden ser causantes de gran ansiedad en el momento del comienzo del trabajo de parto.

### **Actividad N° 3 (b)**

Si el día destinado a realizar la visita a la sala de partos, la misma se encuentra ocupada, se realizará un **role playing**, haciendo participar a la partera, para que las adolescentes se acerquen más a lo que puede desencadenarse el día en que su bebé llegará al mundo.

Dicha técnica es tomada del texto de Aguilar (1989). La autora sostiene que en dicha técnica dos o más personas representan una situación de vida real, con el objetivo de que pueda ser mejor comprendida y tratada por el grupo. Es una representación espontánea o improvisada (no preparada, ya que en ese caso, no se trataría de role playing sino de una dramatización).

En dicha técnica, en primer lugar, el grupo debe determinar cuáles son los roles o actitudes más característicos que se suelen presentar frente a la situación-problema que se desea examinar. Esto ayudará a definir bien los roles o actitudes en función del problema y no como si fuese un simple juego.

Además de definir los roles, conviene detallar algunas características de los personajes, para que ayude a la persona que va a actuar a interiorizarse mejor en su rol.

**Los roles pensados para esta representación, son los de una mamá en trabajo de parto y el de una partera que se encuentra junto a esta mamá.**

La partera junto con las adolescentes que estén dispuestas a participar representarán distintas escenas como, por ejemplo, respiraciones frente a la contracción, pujos, llantos, peleas con la pareja (puede entrar a escena otra adolescente que tome el lugar de pareja de la mamá), etc.

Antes de comenzar la representación, al resto del grupo, se le informa que durante la representación deberán observar:

- Las relaciones que se establecieron entre los personajes.
-

- El contenido, deben registrar las frases y gestos que consideren más significativos.
- Radar, las repercusiones en mí, en cada uno. Tiene que tratar de examinar qué cosas les han agradado y qué cosas les han desagradado de la representación, como pueden ser gestos, frases, argumentos, etc.

El coordinador o la partera cortarán la escena cuando consideren que hay material suficiente para desarrollar el trabajo grupal posterior.

Aguilar (1989) sostiene que si bien en el role playing es divertido e interesante la representación, lo fundamental es el diálogo y el trabajo grupal posterior. La representación es un disparador que da elementos y estimula al grupo para el trabajo posterior.

El trabajo posterior, el análisis o comentarios, será iniciado por el coordinador del encuentro y contará con la participación de la partera, quién podrá seguir informando a las adolescentes. Como puntos principales a trabajar se tendrán en cuenta las relaciones, el contenido y el radar.

Las actividades se realizan para que las adolescentes se encuentren más capacitadas y tranquilas en el momento de afrontar su propia experiencia.

*Recursos*

Recursos Humanos

- Licenciado/a en Psicología.
- Partera.

Recursos Materiales

<i>Sexto Encuentro</i>			
<b>Recursos Materiales</b>	<b>Presupuesto Unitario</b>	<b>Para un lugar</b>	<b>Para los cinco lugares</b>
Hojas Blancas	\$0.05	2 x \$ 0.05 = \$ 0.10	10 x \$0.05 = \$ 0.50
Lapiceras	Serán utilizadas las del encuentro anterior	Serán utilizadas las del encuentro anterior	Serán utilizadas las del encuentro anterior.
Fotocopia del cuestionario de evaluación	\$0.10	8 x 0.10 = \$ 0.80	40 x \$ 0.10 = \$ 4
<b>Total</b>		<b>\$ 0.90</b>	<b>\$ 4.50</b>

*Evaluación del encuentro*

Para evaluar este encuentro se les pide a las embarazadas que respondan el cuestionario y que se lo entreguen al coordinador/a.

**Nombre:**

Por favor, responda las siguientes preguntas:

1 - ¿Cómo clasificaría Ud. esta reunión? (Tilde lo que corresponda)

Mala.....Mediocre.....Regular.....Buena.....Excelente.....

2 - ¿Cuáles fueron los puntos destacados?

.....

3 - ¿Cuáles fueron los puntos flojos?

.....

4 - ¿Qué mejoras sugeriría?

.....

 **Séptimo Encuentro:**

***“Quiero cuidar a mi bebé ¿Cómo lo hago?”***

*Objetivos*

- Brindar información específica sobre los primeros cuidados que necesitará el bebé.
- Capacitar a las adolescentes frente a situaciones propias de tener un bebé en la casa.
- Reconocer la importancia del adecuado seguimiento de los controles médicos del bebé.
- Informar a las adolescentes sobre ciertas técnicas adecuadas para la limpieza, alimentación, descanso, etc. del bebé.
- Fomentar el acercamiento de la madre a la institución para realizar controles y consultas.

- Explicar los primeros cuidados dados al recién nacido dentro del hospital, como así también los primeros estudios que se le realizan.
- Informar acerca de ciertos mitos vigentes en nuestra cultura sobre comportamientos de cuidado, alimentación, limpieza, etc. que puedan dañar la salud del bebé.

### *Actividades*

Para el séptimo encuentro se ha organizado una charla informativa con un **pediatra o un neonatólogo**.

#### **Actividad N° 1**

Al igual que en los dos encuentros anteriores, los primeros quince minutos, se trabajará con las técnicas de “*Diálogos simultáneos*” o con “*Tormenta de ideas*” para implicar a las adolescentes con las posibles temáticas concernientes al campo laboral del neonatólogo o pediatra.

Seguidamente, se comparten las ideas expresadas con lo apuntado en el cuaderno, en los encuentros anteriores y se tienen en cuenta para poder esclarecer dudas, hacer preguntas o simplemente expresar ideas con el profesional.

#### **Actividad N° 2**

Luego de esto, se realiza la charla con el profesional invitado. La misma, al igual que las charlas informativas anteriores, tendrá una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos. Y se le pide al profesional que incluya dentro de la misma aquellos aspectos que él considera son los más consultados por las embarazadas en el consultorio y cuáles son los aspectos fundamentales que las madres deben tener en cuenta para un adecuado cuidado de su bebé.

Entre los **temas sugeridos** para tratar en este encuentro se pueden mencionar: características generales del recién nacido, qué procedimientos se realizan para el control del bebé momentos posteriores al nacimiento, el llanto, el sueño, la alimentación, la higiene, el baño, el cuidado y la limpieza del cordón umbilical. Su habitación, su ropa y los accesorios, cómo actuar frente a los cólicos, la fiebre, cuáles son las patologías más frecuentes, la lactancia y la alimentación complementaria, las vacunas, mamaderas, la mejor posición para acostarlo en la cuna, pañales, etc.

---

La idea de realizar esta actividad en este encuentro surge de la necesidad de enseñarles a las adolescentes cuáles son los cuidados generales y específicos relacionados al bebé.

Algunas de las adolescentes pueden no ser madres primerizas, por lo que se intentará que éstas participen, explicándole al resto, aquellos cuidados elementales.

Se les recomendará a las embarazadas que tomen nota de aquella información que crean más relevante, para tenerla presente en el momento en que lo necesiten. Se les proveerá hojas y lapiceras para ello.

Una vez que el pediatra ha terminado con su presentación se le agradece y se lo despide.

**Actividad N° 3**

Luego, se quedará el/la coordinador/a con las embarazadas para trabajar sobre la charla. Despejar dudas, ansiedades que hayan surgido a raíz de la charla, etc.

Se cree importante elaborar al menos **dos cartulinas** con la información más significativa para el cuidado del recién nacido. Se calcula que esta actividad durará aproximadamente, quince minutos.

Estas cartulinas serán pegadas en las paredes para que la información pueda ser visualizada por todas las embarazadas que concurran al hospital o dispensario.

Finalmente, se da por terminado el séptimo encuentro.

*Recursos*

Recursos Humanos

- Licenciado/a en Psicología.
- Pediatra o neonatólogo.

Recursos Materiales

<i>Séptimo Encuentro</i>			
<b>Recursos Materiales</b>	<b>Presupuesto unitario</b>	<b>Para un lugar</b>	<b>Para los cinco lugares</b>
Lapiceras	\$ 0.50	Serán utilizadas las que se compraron anteriormente.	Serán utilizadas las que se compraron anteriormente.
Hojas Blancas	\$ 0.05	8 x \$ 0.05 = \$ 0.40	40 x \$ 0.05 = \$ 2
Cartulinas	\$ 0.60	2 x \$ 0.60 = \$ 1.20	10 x \$ 0.60 = \$ 6

Cinta ancha adhesiva	Se utiliza la de los encuentros anteriores	Se utiliza la de los encuentros anteriores	Se utilizan la de los encuentros anteriores
Marcador	Se utiliza el de los encuentros anteriores	Se utiliza el de los encuentros anteriores	Se utiliza el de los encuentros anteriores
Fotocopia del cuestionario de evaluación	\$ 0.10	8 x \$ 0.10 = \$ 0.80	40 x \$ 0.10 = \$ 4
<b>Total</b>		<b>\$ 2.40</b>	<b>\$ 12</b>

*Evaluación del encuentro*

Para evaluar este encuentro se les pide a las adolescentes que respondan el cuestionario y que se lo entreguen al coordinador/a.

**Nombre:**

Por favor, tilde lo que corresponda:

1 - ¿Estaba Ud. interesada en esta reunión?

- . Muchísimo...
- . Bastante...
- . Algo, pero no mucho...
- . Muy poco...

2 - ¿Según su opinión, estaba el grupo interesado en esta reunión?

- . Muchísimo...
- . Bastante...
- . Algo, pero no mucho...
- . Muy poco...

3 - ¿Se enteró de algunos hechos nuevos o logró algunas nuevas ideas?

- . Sí, muchas...
- . Bastantes...
- . Algunas, no muchas...
- . Muy pocas o ninguna...

4 - ¿Cambió Ud. alguna de sus opiniones previas como resultado de esta reunión?

- . Sí, muchas...
- . Bastantes...

- . Algunas, no muchas...
- . Muy pocas o ninguna...
- 5 - ¿Hubo suficiente oportunidad de discutir?
- . En demasía...
- . Toda la necesaria...
- . Debió ser mayor....
- . Debió ser mucho mayor...

### Tercera Parte:

## *Evaluación*

### Octavo Encuentro:

## *“¿Estamos más preparadas?”*

### *Objetivos*

- Realizar una evaluación general del proceso que está llegando a su fin.
- Recordar lo trabajado en cada encuentro para poder evaluar qué aspectos deben ser modificados para futuros encuentros.

### *Actividades*

En este último encuentro se trabajará con las adolescentes sobre las opiniones de las mismas respecto al proceso en general.

### Actividad N° 1

A lo largo de cada uno de los encuentros, al finalizar los mismos, se les pidió a las embarazadas que completen un **cuestionario evaluativo** del día. El/ la coordinadora le entregará los siete cuestionarios y se revisarán de manera conjunta. Se rescatarán cuáles fueron las actividades más productivas, las que les interesaron menos, en cuál encuentro pudieron obtener mayor información para su interés y en cuál menos, etc.

### Actividad N° 2

Posteriormente, existirá un *“Pequeño grupo de discusión”* para trabajar acerca de cómo consideran estas adolescentes que el grupo ha modificado o no, sus ideas,

pensamientos, creencias, informaciones, etc. Se destacarán aquellas opiniones que hagan referencia a su estado de ánimo, cómo comenzaron este proceso y cómo terminan, qué destacarían, qué modificaciones harían, qué actividades sugieren para realizar.

**Actividad N° 3**

Además, se tendrá en cuenta el **afiche realizado en el primer encuentro** acerca de las expectativas de las integrantes, será utilizado a modo de guía para evaluar si se han cumplido las expectativas que las adolescentes traían en ese momento.

**Actividad N° 4**

El coordinador/a **agradece la participación de cada una** y las invita a traer a su bebé al grupo, para conocerlo y, también, para compartir su experiencia durante el parto con otras adolescentes.

Se da por finalizado el proceso.

*Recursos*

Recursos Materiales

- No son necesarios recursos materiales específicos para la reunión.

Recursos Humanos

- Licenciado/a en Psicología.
-

**Presupuesto Final del Proyecto**

Teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales para cada encuentro, se realiza una tabla que permite visualizar el presupuesto final que resulta necesario para implementar el proyecto dentro de la institución.

<b>Presupuesto Final de Recursos Materiales</b>		
<b>Encuentros</b>	<b>Para el hospital</b>	<b>Para el hospital y los cuatro dispensarios</b>
<b>- Publicidad</b>	\$ 9,60	\$ 9.60
<b>- Primero</b>	\$ 11.95	\$ 59.75
<b>- Segundo</b>	\$ 2	\$ 10
<b>- Tercero</b>	\$ 0.80	\$ 4
<b>- Cuarto</b>	\$ 955.80	\$ 979
<b>- Quinto</b>	\$ 21.60	\$ 108
<b>- Sexto</b>	\$ 0.90	\$ 4.50
<b>- Séptimo</b>	\$2.40	\$12
<b>- Octavo</b>	\$ 0	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1005.05</b>	<b>\$1186.85</b>

Es necesario aclarar que el cuarto encuentro es presupuestado según la compra de los recursos materiales necesarios para la proyección del DVD “En el vientre materno” pero es posible conseguir dichos recursos gracias a empresas de la zona que estarían dispuestas a realizar una donación para la institución.

También debe mencionarse, como se lo hizo anteriormente, que los recursos materiales presupuestados son los que necesita el/la Lic. en Psicología para cada encuentro, dejando de lado los recursos que se deberían adquirir para la hora que coordinaría la profesora de educación física.

Son pocos los recursos materiales que deberían ser renovados para cada encuentro, como por ejemplo, hojas blancas y fotocopias. Sin embargo, el resto de los elementos como lapiceras, televisor, tizas, cinta ancha, ovillo de algodón, etc. deben ser comprados una vez y pueden seguir siendo utilizados durante varios encuentros. Por lo que el mantenimiento mensual del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica demandaría un costo menor del necesario para comenzar con los talleres.

<b>Presupuesto Final de Recursos Humanos</b>	
<b>Profesional</b>	<b>Sueldo</b>
<b>Profesora de Educación Física</b>	\$ 600
<b>Lic. En Psicología</b>	\$ 1000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1600</b>

El presupuesto de los recursos humanos necesarios se realiza de acuerdo a los diversos comentarios de los profesionales acerca del monto aproximado de sus sueldos.

Dentro de los recursos humanos, no se encuentra presupuestada la charla programada que brindarían los profesionales de la salud invitados. Se ha tomado esta decisión debido al discurso de los mismos durante las entrevistas, en las cuales manifestaron estar dispuestos a dedicar una hora, dentro de su trabajo cotidiano, para brindar una charla informativa. Además, mientras van pasando los diversos grupos, pueden ir variando los profesionales pertenecientes a la institución que brinden las charlas.

En el supuesto caso de que estas personas no puedan seguir brindando su colaboración, se pueden tomar diversas medidas para el cumplimiento de las actividades del encuentro correspondiente. Una de estas medidas puede ser filmar una charla del profesional y proyectárselas a los grupos siguientes.

<b>Presupuesto Final de Recursos</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Para el hospital</b>	<b>Para el hospital y los cuatro dispensarios</b>
<b>Materiales</b>	\$ 1005.05	\$1186.85
<b>Humanos</b>	\$ 1600	\$ 1600
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 2605.05</b>	<b>\$ 2786.85</b>

Teniendo en cuenta la diferencia existente el *presupuesto final* necesario para implementar la psicoprofilaxis obstétrica para la población adolescente, solamente, en el hospital o en éste y en los dispensarios no es importante si se tienen en cuenta las ventajas que ello trae aparejado.

<b>Presupuesto para realizar los encuentros en el hospital y en los dispensarios</b>	
Solamente en el hospital	\$ 2605.05

En el hospital y en los dispensarios	\$ 2786.85
<b>Diferencia</b>	<b>\$181.80</b>

Con una *diferencia de \$ 181.80* se puede brindar el servicio de psicoprofilaxis obstétrica a toda la población de Esperanza, promoviendo una mayor asistencia de las adolescentes a los encuentros, si estos se llevan a cabo en el dispensario más cercano a su barrio.

Trabajar en el hospital y en los cuatro dispensarios, tiene como consecuencias:

- Garantizar una mayor posibilidad de asistencia de las embarazadas.
- Fomentar la relación entre la institución y la población.
- Aumentar la confianza en la adolescente respecto al dispensario de su barrio.
- Distribuir de manera adecuada la cantidad de embarazadas que se acercan al hospital para asistencia.
- Posibilitar la asistencia de un familiar a los encuentros.
- El tiempo que precisa la adolescente para asistir a los encuentros es menor (algunas de ellas son madres multíparas y precisan estar cerca de sus hijos para amamantar o no cuentan con quien pueda cuidarlos gran cantidad de tiempo)

Se sostiene que al mejorar los servicios y la asistencia brindada en los dispensarios, la población se dirigirá a ellos con una mayor confianza en los profesionales y, de esta manera, se promueve un mayor acercamiento entre la institución y la población, tendiendo siempre al cuidado continuo de la salud.

## **Evaluación de Impacto**

Con motivo de evaluar el impacto que las distintas actividades programadas para realizarse durante los encuentros tienen en las embarazadas se ha ideado que en el octavo encuentro se trabajen los **cuestionarios de evaluación** que las adolescentes realizan al finalizar cada encuentro. Destacando el trabajo grupal, la utilidad que las actividades han tenido, si las mismas les han permitido incrementar la información a las embarazadas, etc.

La idea principal es que en el octavo encuentro, se seleccione de a uno, cada uno de los cuestionarios, del primero al séptimo, y que se trabaje en relación a cada ítem, escuchando a las adolescentes.

Posteriormente, en el mismo encuentro, se programa un **grupo de discusión**, el mismo está destinado a escuchar a cada una de las adolescentes. El motivo principal de este grupo de discusión es escuchar las experiencias vividas por las embarazadas en relación a los encuentros, enfocando la atención en su estado físico y psicológico actual.

Si bien, la evaluación que se obtendrá del mismo es subjetiva se considera que tiene una gran relevancia para evaluar el proyecto de intervención de psicoprofilaxis obstétrica para adolescentes.

Si en dicha devolución, las adolescentes manifiestan que no existen cambios, modificaciones notorias en cuanto al grado de ansiedad, expresión de temores, malestares, confusiones, etc. en las embarazadas, deberían existir reformas en las actividades de los encuentros para poder lograr la eficiencia buscada respecto al logro de los objetivos.

*Conclusión*

---

### **Conclusión**

Dar vida... Traer un hijo al mundo... El nacimiento de un hijo puede generar distintos sentimientos en la madre. Se considera que el embarazo es un estado natural, propio de la mujer pero si éste ocurre en la adolescencia puede volverse crítico.

Mediante este Proyecto de Aplicación Profesional se propone brindar un servicio, en el Hospital y en los dispensarios, destinado a la psicoprofilaxis obstétrica con el objetivo de promover en las adolescentes condiciones físicas y psicológicas saludables para el último período de su embarazo.

La realidad es que cualquier adolescente puede embarazarse. No hay diferencias sociales, económicas o culturales en ello. La noticia del embarazo, puede generar distintas reacciones en las adolescentes y en sus familias. Dentro de las condiciones que cobran relevancia para evaluar cómo puede desarrollarse ese embarazo y el crecimiento del niño, se cree necesario mencionar la familia de la adolescente, si el padre del bebé asume la paternidad, la situación económico-social en la cual se encuentra la adolescente, la reacción de la institución escolar, la reacción de la institución médica que la asiste, entre otras. Es dentro de esta última donde se propone brindar un servicio destinado a mejorar la calidad de vida de la adolescente, con lo cual se espera que traiga aparejado diversas consecuencias para su embarazo, su parto como, también, para la crianza de su hijo.

Se cree que el Hospital es el lugar indicado para promover cuidados físicos y psicológicos para estas adolescentes.

Hasta el momento no se ha diferenciado a las adolescentes del resto de las embarazadas dentro de la institución. Mediante este Trabajo Final de Graduación se pretende que la embarazada reciba un trato y una asistencia especial teniendo en cuenta la adolescencia.

Generalmente, se considera que las adolescentes cuentan con un contexto familiar adecuado, un grupo de amigos y/o una pareja estable que la acompañe. Si estas condiciones no están dadas, en el espacio destinado a la psicoprofilaxis obstétrica, se les ofrece un lugar en el cual las adolescentes se encontrarán con otras embarazadas que tienen su misma edad, con quienes podrán compartir experiencias y, además, contarán con profesionales dispuestos a ayudarlas y a capacitarlas para ejercer el rol materno.

---

Se apuesta, con este Proyecto de Aplicación Profesional, a estar cerca de la comunidad adolescente en el momento en el cual su cuerpo cambia para albergar un bebé durante los próximos meses y, posteriormente, en la crianza de sus hijos.

A modo de cierre, se quiere mencionar que se pretende y se va a trabajar para que la adolescente sea protagonista activa en su embarazo, su parto y durante la crianza de su hijo. Además, para que pueda disfrutar a pleno de dichas experiencias.

# *Reflexiones Finales*

---

### **Reflexiones Finales**

Se quiere mencionar que la realización de este Trabajo Final de Graduación no sólo permitió conocer nuevos desarrollos acerca de diversos contenidos teóricos sino que, también, permitió reconocer y demostrar la formación obtenida a lo largo de la carrera de Licenciatura en Psicología.

Más allá del contenido teórico propio y necesario para la realización de este trabajo, no se quiere dejar de mencionar que durante los meses en los cuales éste estaba siendo elaborado, se vivían experiencias que sobrepasaban los límites de la teoría y permitían realizar una formación no sólo profesional sino también una enseñanza con un importante impacto a nivel personal.

Este trabajo permitió acercarse a una realidad conocida pero lejana.

Brindó la posibilidad de encontrarse con adolescentes madres y adolescentes embarazadas que necesitan, desean y demandan un especial cuidado.

Se conoce que los recursos humanos y materiales necesarios para ese cuidado están disponibles para ser utilizados y así cubrir la demanda de estas adolescentes. Sin embargo, esto no se está realizando y es a través de este Proyecto de Aplicación Profesional que se pretende realizar un pequeño pero importante aporte para la calidad de vida de las adolescentes embarazadas de la ciudad de Esperanza.

Se quiere dejar una frase a modo de conclusión:

*"Nada tarda tanto como aquello que no se empieza."*

*Alain Joule*

# *Bibliografía*

---

### **Bibliografía**

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. (2006). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico* (1ª ed. 27ª reimp.). Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
  - AGUILAR, M. J. (1989). *Técnicas de Animación Grupal*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Espacio.
  - BOHOSLAVSKY, R. (2002). *Orientación Vocacional* (1ª ed. 23ª reimp.). Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Visión.
  - BLEGER, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
  - BLOSS, P. (1981). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Ed. Joaquín Mortiz.
  - CELSAM. (2005). *Nivel de educación sexual en adolescentes madres que concurren a los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires* Recuperado el 8/09/2007 de <http://www.celsam.org/uploads/bols/42.pdf>
  - DEL CASTILLO, M., DWEK, L., LEVY, E., OLIVEIRA, M., SAENZ, S., SALLAN, L., (1988). *Maternidad adolescente en medios subprivilegiados*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Humanitas.
  - ERIKSON, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
  - FAINSOD, P. (2006). *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Miño y Dávila.
  - FERNÁNDEZ, A. M. (2004). *Adolescencia y embarazos*. Recuperado el día 25 de Setiembre de 2007 de
-

<http://www.anamfernandez.com.ar/escritos/adolemb.pdf>

- GARCÍA, D. (1997). *El grupo métodos y técnicas participativas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Espacio.
  - LÓPEZ BONELLI, A. (2003). *La Orientación Vocacional como proceso* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Ed. Bonum
  - MARUZZELLA VALDIVIA, P. & MOLINA, M. (2003). Factores Psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Revista de Psicología*, año/vol. XII, 002, 85-109. Recuperado el 9 de Setiembre de 2007 de  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/264/26412207.pdf>
  - OBIOLS, G. & DI SEGNI DE OBIOLS, S.; (1998). *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Kapelusz.
  - PICHON RIVIÈRE, E. (2007). *El proceso grupal* (2ª ed. 35ª reimp.). Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Visión.
  - PRESIDENCIA DE LA NACIÓN (2006). *Objetivos de desarrollo del Milenio*. Recuperado el día de 10/ 09/07 de  
[http://www.undp.org.ar/archivos/A2354\\_ODM\\_info\\_progreso\\_2006.pdf](http://www.undp.org.ar/archivos/A2354_ODM_info_progreso_2006.pdf)
  - RASCOVAN, S. (2005). *Orientación Vocacional: Una perspectiva crítica*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
  - SEBASTIANI, M. & RAFFO MAGNASCO DE TESTA, M. (2004). *Claroscuros del embarazo, el parto y el puerperio*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
-

- SEMMENS, J., LAMERS, W., SEMMENS J.; (1982). El embarazo en la adolescencia. En J. Semmens, & K. Krantz; (Ed.). *El mundo del adolescente* (163- 177). México: Ed. Cia. Editorial Continental.
  - SILVER, T., MUNIST, M., MADDALENO, M., SUÁREZ OJEDA, E. (1992). *Manual de Medicina de la adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud.
  - SOIFER, R. (1992). *Psicología del embarazo, parto y puerperio* (8ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Ed. Kargieman.
  - UNICEF (2006). *Informe anual de actividades*. Recuperado el 10/09/2007de [http://www.unicef.org/argentina/spanish/informe\\_de\\_actividades\\_2006\(2\).pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/informe_de_actividades_2006(2).pdf)
  - VIDELA, M. (1997). *Maternidad, Mito y Realidad* (2ª ed). Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Visión.
  - VIDELA, M. & GRIECO, A. (1993). *Parir y nacer en el hospital*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Visión.
-

*Anexos*

---

**Anexos**

**Entrevista con la subdirectora del S.A.M.Co Esperanza**

La misma se realizó el día primero de Septiembre de 2007 por la mañana, tuvo una duración aproximada de treinta y cinco minutos.

**G: Guillermina**

**S: Subdirectora**

**G: ¿Cuáles son las áreas que se desarrollan en el S.A.M.Co?**

S: Tenemos Clínica Medica, Clínica Quirúrgica, Tocoginecología y Pediatría. Esas serían las cuatro clínicas básicas. Luego, tenemos departamentos organizados con las especialidades.

**G: ¿Qué especialidades?**

S: No sé si me podré acordar de todas pero tenemos Otorrinolaringología, Urología, aparte de las que ya te dije, ¿no? Dermatología, Flebología, dejame ver si me acuerdo de todas... Cardiología, Nutrición, Traumatología, una especialista en diabetes, también. Neurología, eso es importante y bueno, más o menos serían todas esas. Además, tenemos la residencia de medicina generalista y de familia que ellos se encargan de toda la parte de internación del hospital y de la atención en los centros periféricos. Porque este hospital es un hospital de base referencial. Entonces, es base de toda un área programática, que no es todo el departamento de Las Colonias. Está dividido porque hay una zona que le corresponde a San Carlos, San Jerónimo. Bueno, nosotros tenemos todo un área que depende de nosotros que abarca, por decirte, desde Humboldt hasta Elisa, es un radio de aproximadamente cien kilómetros. Y en la ciudad, hay cuatro centros periféricos, lo que serían los dispensarios que se llamaban antes. Estos están un poco a cargo de la residencia, son once los médicos residentes, que van al Barrio Sur y al Barrio Norte. Y bueno, también tenemos en Barrio La Orilla y en Barrio Este, también. Gente, residentes nuestros que concurren a esos dispensarios.

---

**G: ¿Cuántos son los profesionales que trabajan en el S.A.M.Co?**

S: Y... aproximadamente cincuenta. Profesionales, médicos, también con otras especialidades como psicólogos. Lo que pasa es que algunos son de planta, otros son contratados y es bastante variable eso. Porque seremos aproximadamente ciento ochenta, en total. No tengo el listado en este momento pero más o menos, nos acercamos a eso.

**G: Según su opinión, como subdirectora, ¿Qué aspectos de la institución son destacables?**

S: Yo creo que lo más positivo es con el trabajo de la gente. Yo lo que veo es que hay mucho compromiso del personal con la atención de la gente. Eso es muy positivo y hace que se puedan lograr muchas cosas. Eso es un aspecto importante a destacar, el aspecto humano de la gente que trabaja, sobre todo, gente de enfermería, hay un buen plantel.

Después, otro aspecto positivo que tenemos es el poder contar con recursos para sostener toda la parte edilicia y equipamientos, todo eso. Estos recursos vienen por parte de la provincia como, también, de la comisión ejecutiva. Nosotros podemos generar nuestros propios ingresos con las obras sociales, o sea, los pacientes que vienen con obra social, la obra social queda para el S.A.M.Co. En esta institución existe una dirección médica que se encarga de toda la parte técnica, digamos. Y a su vez está el Consejo de administración con una comisión ejecutiva formada por un gerente, un tesorero, un secretario, que ellos se encargan más de la parte económica y bueno, eso al poder generar sus propios recursos, sumando lo que manda la provincia, deja por ahí, hacer otro tipo de cosas, otro tipo de mantenimiento. No tenemos que esperar que venga el dinero de la provincia, como para pintar y tener... nosotros vamos y compramos, nos permite tener mayores recursos.

Otro aspecto sería la cantidad de áreas que podemos cubrir. La calidad de los profesionales que pertenecen a la institución.

También, la cantidad de camas que nos permiten la hospitalización de los pacientes.

---

**G: Según su opinión ¿Cuáles son aquellas características que distinguen al S.AM.Co. del resto de las instituciones de salud que existen en la ciudad?**

S: Lo que pasa es que lo nuestro es lo único público, entonces es muy diferente la medicina privada a la medicina que hacemos nosotros. Es muy diferente porque nosotros no trabajamos para generar un lucro, digamos. Nuestro objetivo es solamente asistencial, de promoción, de prevención, mejorar la calidad de vida de la gente. Todo esto puede ser lo que nos diferencia. Por ahí, la parte privada, atiende al paciente, se genera un recurso económico para sostener todo ese sistema. Entonces, la parte de promoción, de prevención, la parte social... es un aspecto que no tienen muy en cuenta pero bueno, porque se busca un rédito económico. Nosotros no queremos generar dinero lo que nos permite llegar de otra manera a la comunidad, promocionando, previniendo, haciendo campañas, por ejemplo, de vacunación, bueno campaña de prevención de algún tipo de enfermedades. Ahora, por ejemplo, lo que se está trabajando en el Barrio Sur es con el tema de la inundación, las psicólogas están haciendo talleres, viste... no sé como llamarlo pero ellas trabajan recibiendo las demandas y asistiendo a escuelas y esas cosas y en la parte privada, no se pueden hacer esas cosas. Uno va, ve el paciente, lo atiende y listo. Nosotros, tenemos un trabajo distinto que nos permite hacer lo que te estaba diciendo. Otra cosa que nos diferencia es que recibimos toda la parte de urgencias de la ciudad, con la creación del 107 de la ciudad que hace que tengamos que recibir todos los accidentes, por ejemplo.

**G: ¿Cómo caracterizaría la relación entre la institución y la comunidad?**

S: Bueno, yo creo que es positiva pero también necesaria. Necesaria, primero, porque hay un sector de la comunidad que depende del S.AM.Co. porque es: esto o nada. No tienen otra posibilidad, entonces para esa gente es necesaria. Y, nosotros, hacemos todo lo posible para ellos, porque sabemos la situación. Te cuento un ejemplo, trabajamos con Cruz Roja que eso también es positivo, tenemos interrelación con otras instituciones como por ejemplo la Cruz Roja. Hacemos talleres junto con ellos. En Barrio Norte hicimos un proyecto por el tema del agua potable. Veíamos que había chicos con parasitosis, no había agua potable, a la gente le cuesta llegar al agua potable y bueno, tratamos de ir respondiendo a esas cosas. Como en todos lados, hay gente a la que le gusta y a la que no, como con todo lo que se emprende. Siempre hay personas

---

que quedan conformes y otras que no. Creen que uno posterga por priorizar otra cosa, lo que la gente piensa es inevitable. Yo creo que en los centros periféricos se está haciendo un muy buen trabajo.

**G: ¿Cuáles son aquellas problemáticas que surgen hoy en la institución?**

S: Bueno, la principal problemática que nos afecta, como también afecta a toda la provincia es el tema del recurso humano. No de la calidad, sino del recurso humano en sí. La cantidad... en todos los sectores, incluso en enfermería tenemos un defasaje de personal que es muy grande, que no nos permite cubrir todo lo básico, lo mínimo. Hay días que no tenemos gente para cubrir. Nosotros consideramos aproximadamente una enfermera cada trece camas y hay días que no tenemos para cubrir eso.

**G: ¿Por qué cree que está pasando esto?**

S: Y, esto se fue dando porque... yo te diría que el hospital en los últimos diez años creció un doscientos por ciento y nosotros tenemos el mismo plantel de hace veinte años atrás y con un crecimiento mucho mayor. Entonces, eso hace que tengamos falencias de ese tipo, que no se puede cubrir, genera malestar en la gente. Uno no se puede enfermar, porque no te pueden cubrir y eso ya genera malestar en los directivos. En realidad, nadie tiene la culpa de enfermarse pero genera todo un tema después. Esto también pasa porque la gente se jubila y no se ingresa nadie nuevo o pasa a una tarea diferente, como por ejemplo que alguien tuvo una enfermedad y no puede trabajar más integralmente y trabaja a media máquina pero a su vez no te ponen reemplazos. Todo esto genera desinteligencias entre el personal, en las relaciones interpersonales.

**G: ¿Qué otros aspectos cree que deben ser mejorados?**

S: Y... al ser una institución pública siempre vamos a tener cosas por hacer y cosas por cubrir. Los accidentes, los fenómenos o catástrofes naturales y después cosas propias de la sociedad que nos llevan a la idea de prevención y de poner nuestros recursos para lograrlo. Hacemos prevención de acuerdo a las demandas que la gente va pidiendo. Son varios los problemas que nos atraviesan, por ejemplo uno muy específico es el embarazo adolescente. Tenemos un porcentaje alto de embarazo adolescente.

---

Estamos arriba del diez por ciento y esto es preocupante. Se ve la angustia, las preocupaciones de las chicas, las familias, es un porcentaje alto. Imaginate las ansiedades de una madre, aumentadas por la crisis adolescente o por la etapa en la que estas chicas se encuentran, y encima ser madres. Chicas muy, muy chicas vemos acá. Es una situación angustiosa, no saben lo que les espera. Creo que no se dan cuenta.

**G: ¿Cree que sería beneficioso un espacio para ayudar a estas pacientes?**

S: Sí, sin ninguna duda. Pero lo que vemos, con otros talleres por ejemplo, es que uno arma algo, tiene muchas expectativas y con el tiempo, aparecen dos o tres, que bueno, siempre es bueno ayudar a quien se puede pero por ahí se van limitando las expectativas. Por ejemplo, sé que hay talleres con respecto a la adolescencia o no sé que otras cosas en los centros periféricos y van pocos pero bueno, todo sirve y eso es lo importante. A veces tiene que ver con las distancias, los tiempos, etc. Por ahí hacerse un lugar para ir a escuchar una charla, puede costar. Yo creo que la demanda acerca de distintas temáticas existe y es importante pero... esto pasa.

**G: ¿Considera que sería importante realizar una intervención desde el aspecto psicológico para contribuir al bienestar de todas las madres, no sólo las adolescentes?**

S: Sí, sólo que uno, como te decía, contamos con pocos recursos humanos y tenemos que ir respondiendo a las demandas más urgentes. Sé que hay una partera que les da charlas sobre lactancia y esas cosas, deberías hablar con ella para ver qué aspectos son los más necesarios a cubrir.

**G: Gracias por la información, luego le pido los datos para contactarme con ella. Cambiando de tema, ¿Cuáles son las demandas que surgen desde los pacientes?**

S: Demandas, no sé puntualmente. Lo que sí reclaman son las colas, el tiempo, el trato... como en todas las instituciones hay gente que es bárbara y gente que no, o un poco menos que otra. Se quejan de la espera, de que no quieren hacer cola. Pero creo que es un problema que tenemos las instituciones públicas. A veces, no sería la falta de

---

comunicación pero sí la de coordinación u organización, como por ejemplo, la gente hace la cola de una hora y no la atienden en ese sector y tiene que ir a otro, que se yo, cosas así...

**G: Entiendo, ¿Han tenido proyectos que se han concretados en lo que va del año?**

S: Desde el comienzo del año, lo más importante fue la creación del sistema de emergencia, empezar a pertenecer a la red 107, con una ambulancia más y cubrir toda la urgencia de la ciudad, sobretodo de accidentes. Eso fue lo más importante.

**G: ¿Cuáles son los proyectos a cumplir en un futuro próximo?**

S: El proyecto fundamental tiene que ver con la parte de atención primaria, o sea, me parece que a lo vamos a apuntar es a tener bien el área programática. Tenemos muchas falencias en el área, a veces, debido a la comunicación o que no hay personal. Recién en este año tenemos un médico en cada centro, antes no era así, o sea que de a poco vamos avanzando. Entonces, a lo que apuntamos, con el comité de atención primaria que se organizó el año pasado, es a reformar todo lo de atención primaria. Empezar a trabajar en red con el hospital, también informatizarnos.

**G: ¿Cuál es la cantidad aproximada de personas que se atienden en la institución?**

S: Diariamente, asisten trescientas personas, entre la guardia y los consultorios externos.

**G: ¿Qué capacidad de internaciones pueden asistir?**

S: Tenemos cuarenta y cinco camas.

**G: ¿Cómo reacciona la institución en el momento de aceptar la creación de espacios terapéuticos, talleres, etc.?**

---

S: En general, es bastante organizado todo eso. En los centros periféricos, hay un médico generalista con la asistente social, por ahí también se trabaja con una enfermera... hay posibilidad, sólo que a veces falta quien cubra, quien lo pueda hacer, más allá de que después aparezcan tres. Pero la institución está abierta a la creación de esas cosas.

**G: ¿Se trabaja interdisciplinariamente?**

S: Sí, sí se trabaja. Se trabaja mucho con equipos. No es fácil, cuesta bastante pero sobre todo con residentes, la asistente social. Por ahí, con psicología, no tanto. No se pueden formar tanto las reuniones de trabajo pero se trabaja, cuesta formar la reunión para sentarse y hablar sobre fulano de tal.

**G: ¿Por qué cree que pasa esto?**

S: Por los horarios y porque algunos son contratados, otros permanentes y cuesta organizarlos. Entonces, es difícil... se nos complica. El mejor trabajo es en los centros periféricos donde están los profesionales todos juntos, con los líderes de los barrios. Ahí, se trabaja bien con los asistentes sociales, enfermeras.

**G: Supongamos que usted no es la subdirectora del hospital, ¿optaría por esta institución para atenderse?**

S: (Risas) Sí.

**G: ¿Por qué razones?**

S: Y... primero porque confío mucho en la medicina que se hace en la parte pública, es muy seria. Por ahí, pasa por muchas manos. Con esto quiero decir, el diagnóstico es discutido, por ahí, trabajas en ateneos. Porque hay un buen nivel en todos los profesionales, hay una permanente, constante capacitación. Me parece que eso es muy importante y también por el nivel humano, que es lo que te decía al principio. Un muy buen nivel humano, en todos los sectores. A pesar de todas las diferencias que tenemos pero siempre se trata de resolver. Aparte, esto es importante en una comunidad

---

chica como la nuestra, en donde todo el mundo se conoce y eso es importante. Siempre el hospital está abierto a resolver todos los problemas,.. Por ahí, en la parte privada, si no tenés la plata, te limita. Al hospital, te acercas con un problema y de una y otra manera tratamos de solucionarlo. De hecho, yo he elegido esta manera de medicina. Aparte no podemos olvidarnos del aspecto social, que ha sido tan relegado. Acá, uno siente que puede hacer algo por eso.

**Entrevista a Licenciada en Psicología**

**G: Guillermina.**

P: Psicóloga.

**G: ¿Cuántas son las psicólogas que trabajan en la institución?**

P: Nosotras somos tres las psicólogas que estamos trabajando en el Hospital, con una carga horaria de ocho horas cada una. En las cuales atendemos todas las demandas del departamento de Las Colonias, no sólo de la ciudad de Esperanza, sino todo lo que abarca el departamento. Y las demandas llegan espontáneas, que para esas nos manejamos con una lista de turno que se ubica a las personas en una lista de espera, quien toma los turnos es una asistente social que trabaja acá en el hospital, ad-honorem. Y, también, llegan por interconsulta. Por este medio nos llegan todos los intentos de suicidios, por ingesta medicamentosa que es un aspecto del intento de suicidio o por otros problemas, como por ejemplo, el otro día me llevo una nena de catorce años que había sido mamá, como para darle una orientación acerca de la lactancia materna y la contención hacia el bebé y todo eso.

**G: ¿Desde cuando están ustedes en el Hospital?**

P: A partir del año 2000 está el aspecto psicológico. Esto comienza con el objetivo de ser, es un centro de rehabilitación. Empezó con el objetivo de atender a la discapacidad, la cual nunca llega. Llegan otras cosas pero no discapacidades. Esto empieza en el año 2000. Antes había otra psicóloga ad honorem pero no estuvo mucho tiempo.

**G: De acuerdo a lo que me comentaba sobre la nena de catorce años que fue mamá, quisiera saber si existe en el hospital algún espacio dedicado a la psicoprofilaxis del embarazo.**

P: No, lo que hay es una partera que les da charlas a las mamás. Y para nosotras nos resulta difícil porque tenemos una carga horaria...te digo, tenemos lista de espera... estamos en el año 2007 y recién estamos terminando con la lista de espera del año 2006

---

es muchísima la gente. A su vez, estamos trabajando con otras chicas en un dispensario, sí estamos dando charlas en algunas escuelas sobre los límites, en los jardines, en pre-jardines de acá de la ciudad.

**G: ¿Qué características tienen estas charlas?**

P: Informativas, solamente informativas.

**G: ¿Se realizan desde el hospital otro tipo de actividades grupales?**

P: Lo que tenemos es un grupo de autoayuda que aparece a partir de las inundaciones de Diciembre y del Marzo en la ciudad. Entonces, empezamos a trabajar con ellos, cada quince días, nos reunimos en el salón de una iglesia en el barrio Sur, que ha sido el más afectado por esto. Lo hacemos dos psicólogas de acá, una asistente social y está la enfermera del dispensario del Barrio Sur. A su vez, se encuentran los médicos residentes del barrio, que van rotando. También, ellos dan algunas charlas sobre desarrollo, en las escuelas, por ejemplo. Y también, los médicos hacen otras actividades como medir, pesar, a los chicos, el control del niño sano, como le llaman. Y ese es, más o menos, el trabajo que estamos haciendo acá. La demanda es muchísima. En general, se toma más prioritario cuando llega por interconsulta que por sala. Si bien uno da turnos, si es por interconsulta, uno intenta darle un espacio, se lo acomoda de alguna forma.

**G: He tenido una entrevista con la subdirectora de la institución, durante la cual ella ha manifestado la problemática del embarazo adolescente y las consecuencias que esto trae aparejado.**

P: Y mira, la chica ésta de catorce años, llega por interconsulta, de parte de los médicos. Es el caso de una familia boliviana, en donde la niña llega a Esperanza, la familia se entera y ya estaba con contracciones. Ella no se había hecho ningún tipo de controles, nada. La familia se entera en ese momento que estaba embarazada, fue un pedido de los médicos, el consultar con nosotras y la familia acepto sin ningún problema con mucha predisposición. Yo lo que hice primero, fue una entrevista con los papás de la chica y de ahí con ella. La verdad, es que no tenía ningún tipo de

---

conocimientos acerca del cuidado, de lo que le estaba pasando en el trabajo de parto. La familia, tampoco sabía nada...Sí, son los médicos, los que nos hacen las interconsultas. Es difícil abarcar todo, es mucha la demanda. Y aparte, en las interconsultas, todo depende si el paciente quiere, se le pregunta al paciente si están dispuestos a hacer la consulta con la psicóloga, porque en muchos casos, no quieren.

**G: Usted mencionó que las demandas son por suicidio o por ejemplo, embarazos adolescentes ¿por qué otros motivos, surgen las interconsultas?**

P: Llegan por internación, los suicidios, tienen que llegar por ahí. Y por derivaciones de otros médicos, como por ejemplo de la psiquiatra que trabaja también en el hospital, te derivan con ataque de pánico, trastornos de ansiedad, más que nada. Problemas, personas con diabetes, que les cuesta mucho el aceptar la enfermedad y cambiar hábitos, rutinas, comidas.

**G: ¿Se realiza todo el trabajo sólo con el paciente o se trabaja en grupos?**

P: Y, a veces, se cita a los familiares, todo depende del paciente. Nosotros nos hemos dividido con un instituto que trabaja con problemas escolares que pertenece a la municipalidad. Ellos se dedican a los chicos, más chicos y nosotros abarcaríamos la población adolescente, que llegan derivados de las escuelas, con problemas de conducta, más que nada.

**G: ¿Cómo se realizan las interconsultas?**

P: Con los médicos residente tenemos mayor contacto, ellos están más a nivel de internación y es de donde surgen las consultas. Pero no tanto con el médico de plata porque es muy reacio, no se acerca tanto.

**G: ¿Dónde situaría el aspecto psicológico dentro de la institución, de acuerdo a la importancia dada al mismo?**

P: (Risas)

---

**G: ¿Cree usted que, el aspecto psicológico, se encuentra relegado en la institución?**

P: Y sí... Mirá el aspecto edilicio. O quizá, también, se olvidan de invitarnos a las capacitaciones, o si hacen reuniones, debido a nuestra carga horaria, nosotras no podemos cumplirlas. Han armado comité de A.P.S (Atención Primaria de la Salud) y sabemos que una vez que están reunidos, mencionan que se han olvidado de las psicólogas. Se le avisa a los médicos, a las asistentes sociales y se olvidan de nosotras. O charlas sobre nutrición, nunca nos han informado. Pero bueno...sí a la hora de derivar se acuerdan, cuando tienen el paciente en la sala y no lo pueden controlar, ahí se acuerdan de las psicólogas y psiquiatras.

**G: ¿Cree que es posible la creación de espacios destinados a la prevención, a la psicoprofilaxis?**

P: Creo que sí, pero debería realizarse dentro de cada dispensario, que es donde la gente se acerca más. También tenés que encontrar horarios disponibles, porque por ejemplo, a la mañana, va el médico, y no se pueden utilizar pero sí, todo lo que sea al servicio de la comunidad es sumamente positivo, porque todo es necesario. Es beneficioso, hacerlo. Lo que tenés que tener en cuenta es el aspecto económico, lo contextual. Es importante, por eso, lo de realizarlo en el dispensario, porque es gente de poco recursos, nivel socioeconómico bajo, que está cerca de los dispensarios, más que del hospital, en sí.

**G: ¿Qué aspectos cree que deben ser modificados?**

P: Y...el tema es la carga horario nuestra. Si nosotras tuviéramos una carga horaria más amplia, se solucionarían muchas otras cosas, la lista de espera avanzaría mucho más. Pero por ahora, es lo que se puede hacer.

**Entrevista a partera**

G: Guillermina

P: Partera

**G: He tenido la posibilidad de entrevistar a algunos profesionales del hospital. Ellos me comentaron que usted realizaba algunas charlas para las embarazadas. ¿Me podría comentar acerca de ellas?**

P: Yo hace mucho tiempo que hago las charlas. No tengo colaboración de otros profesionales. Cuando nos juntamos con las chicas, yo les explico lo que es un trabajo de parto, los distintos síntomas, hablamos un poco acerca del cuerpo de cada mamá, surgen los miedos...El año, yo estaba sola. Yo considero que lo correcto, para esto, es hacer un equipo de personas, de profesionales. Pero te cuento, a veces, yo lograba convencer a algunas profesionales para, por ejemplo, una chica que hacía musicoterapia. Pero no sé por qué, no tuvo tanto resultado. Otra vez, unas chicas que estaban estudiando psicología, se sumaron. Pero estuvieron un año más o menos y dejaron, después había una profesora de educación física, nos íbamos turnando para hablarles y demostrarles distintas cosas sobre el embarazo. O sea, se querían sumar, pero las distintas cosas de la vida las iban alejando y bueno, siempre quedé yo...Yo hago todo, las láminas para las charlas, y en esas charlas, yo doy algo de gimnasia, cuando es posible.

**G: ¿Cada cuánto se realizan estas charlas?**

P: Mirá, ahora, lo estamos haciendo cada una semana o más. Pero hay veces que las chicas no vienen o hay muy, muy pocas. Pero la idea es hablarles de distintos temas. Cómo evoluciona el embarazo, cómo saber cuando empieza el trabajo de parto, sobre la lactancia. Vienen hasta que lo tienen al bebé, hasta que lo pueden parir.

**G: ¿Por qué surgen estas charlas?**

P: Porque a mí me gusta mucho. Me gusta que, me parece que es una forma de acercarme a las embarazadas, es una forma de conocernos un poco más. Y bueno, cuando uno se conoce, está más dispuesto a más cosas.

---

**G: ¿De qué edades son las mamás que asisten a las charlas?**

P: Son chicas, jóvenes. Las más grandes, ya vienen con otras experiencias y quieren cesáreas. Pero traen ganas de tener partos. Por ahí traen muchos mitos... que no hay que hacer esto, que no hay que hacer lo otro, que me va a pasar alguna cosa fea y nada que ver. Yo le digo de disfrutar de todo, de respetar los tiempos que impone el bebé, que va bajando despacito y respetemos el cuerpo de la mamá.

**G: En relación a estas charlas, ¿Cuál es el apoyo de las autoridades?**

P: (Con la cabeza hace gestos como negando) Y es algo que yo hago y no sé si las autoridades saben que yo lo hago. A mi no me interesa. Yo hago las láminas, ahora las sacamos pero tuvimos la semana de la lactancia y las sacamos y las pusimos en la fiesta del día del niño. Pero sinceramente yo lo hago de corazón. Y, bueno, a veces hay gente que después pasa al lado tuyo y no te saluda pero eso a mi no me importa. Yo me siento bien haciendo esto, que ellas se sientan bien. A mi me emociona todo esto.

**G: Tengo entendido que hay un alto porcentaje de embarazos adolescentes. ¿Usted tiene conocimiento acerca de esto?**

P: Sí, la verdad es que hay muchas chiquitas embarazadas. Yo he atendido a chicas de doce años en adelante, que han tenido parto, que no hay venido a las charlas. Es un grupo reducido el que se acerca a las charlas, que se interesan. Algunas tienen que trabajar, que cuidar a los hermanitos, tienen otros problemas que no pueden venir. En otra ocasión invité a una odontóloga para que le explique cómo lavarse bien los dientes, de todo un poco. Traje una nutricionista para que les hable sobre este aspecto.

**G: ¿Desde qué momento del embarazo las chicas van a las charlas?**

P: Y... están invitadas desde el primer momento. Cuando hacemos consultorio, se las invita. Contamos con la ayuda de los médicos residentes que las informan y bueno, todas pueden venir...el tema es que a veces, ellas no pueden. Pero no te creas

---

que es “el número”. He llegado a tener en una charla, quince chicas y en otras, tres. No son muchas. En la última charla vinieron cinco.

**G: ¿Vienen los papás también?**

P: Casualmente vino un papá en la última, porque no son de venir mucho. Él quería estar en el parto, pero todavía acá no nos permiten el ingreso de los papás.

**G: ¿Cuáles son las devoluciones que te hacen las mamás?**

P: Ay... son muy amorosas. Yo tengo una relación muy linda con las embarazadas. Este grupo de residentes que están ahora, es un grupo muy cálido. Todos les dedicamos mucho tiempo y las escuchamos en la consulta. Tratamos de escucharlas, de darles afecto, que por ahí no tienen mucho. Tratamos de respetar sus decisiones, su cultura. Muchas veces, tenemos que explicarles que los partos son en una camilla, donde anteriormente la mamá estaba con las piernas para arriba. Ahora ya no, es una camilla normal, donde la mamá no está con las piernas sobre las pierneras. Está con las piernas abiertas, que le permite a ella sentirse más protagonista.

**G: ¿Se realizan partos en cuclillas?**

P: Partos horizontales, donde incorporamos a la mamá. En esta camilla la mamá queda prácticamente incorporada. Entonces, está prácticamente sentada. Pero por ahí hay mamás que piden estar más acostadas, o que no quieren ver, otras que sí quieren ver, otras que quieren tocarse, de todo...

**G: ¿En los temas que tratan en las charlas, ellas pueden realizar todo tipo de preguntas?**

P: Sí, incluso de cosas que por ahí, yo no les puedo explicar más que desde el punto de la vivencia que una tuvo. Por ejemplo, el miedo al dolor. Tienen mucho miedo al dolor. Algunas mamás vuelven con sus bebés para mostrarlos y esto ayuda, fortalece. Porque les preguntan cómo fue el parto, etc. Pero no se da siempre, a veces las mamás tienen el parto o cesárea y no vuelven a las charlas. Otra cosa importante, es que a veces,

---

una, como partera, hace a través de estas charlas, un lazo muy lindo, fuerte y por ahí, a ellas no les toca estar conmigo o con el profesional que ellas querrían que le toque. Pero bueno, lo importante es que ellas tengan ganas de tener parto. Otra cosa, es hacerles ver que se quieran, el valorarse, que ellas se quieran en sí...

**G: ¿Existe alguna diferencia entre aquellas embarazadas que fueron a algunas charlas con aquellas que no fueron nunca?**

P: Y sí... la verdad es que se nota porque saben cosas, como que tienen que esperar un poco más, vienen más tranquilas, contenidas. Van sabiendo, quizá no pasaron por la experiencia pero van sabiendo que puede ir pasándoles. Entonces, a veces colmaron muchas inquietudes y bueno, ahora es el momentote vivirlas. Mirá, no sé si voy respondiendo lo que me preguntas. Lo que yo quiero decirte que me parece importante es que estar embarazada es muy lindo pero hay que tener mucha paciencia. A mi me gusta trabajar con esta gente, en este ámbito. Es algo que me produce placer, me hace bien. Es una satisfacción personal. Yo desconozco la parte privada porque no trabajé nunca en la parte privada. Pero trabajar con esta gente, es muy gratificante, sumamente gratificante. Porque a esta gente...primero que una nunca les miente. Yo siempre les digo la verdad y les voy diciendo, lo que les va pasando, lo que puede llegar a ocurrir y esto de estar al lado de ellas... ayudarlas a sentarse en el inodoro, a lavarse, higienizarse, ponerle la chata si quieren vomitar. Que ellas te vean, les da satisfacción.

**G: Y tranquilidad...**

P: Sí, sí sí... mucha tranquilidad.

**G: ¿Qué cantidad de nacimientos se producen en un mes?**

P: Y en el mes.... Por ahí estamos hablando de cuarenta, a veces treinta y ocho. Hay meses que hay más. Por ahí hay más cesáreas o no.

**G: Mencionaste que estudiantes de psicología iban a dar charlas, qué aspectos se pueden destacar de esas charlas.**

---

P: Sí, fueron muy pocas en realidad pero durante las charlas, yo no estuve, las presenté y les dije a las embarazadas que les hagan preguntas. Lo que las psicólogas después me contaron es que hablaban de los miedos, la soledad. Adolescentes solas... a veces tienen miedos porque ellas tienen otros bebés y les da miedo, qué pasará con mis hijos si me pasa algo. Son cosas que te pasan, a mí también me pasó. Una piensa, si me llega a pasar algo, con quién dejo a mi hijo. Pero bueno, mi hijo tiene un papá. Pero hay casos en los que los bebés no tienen un papá, son chicas muy jovencitas y que están con su papá y su mamá y muchísimas veces no cuentan con este apoyo. No tienen contención de nadie y vienen acá con una amiga porque no tienen a nadie. Este bebé que llega al mundo, muchas veces es producto de la relación de una noche, entonces, bueno... eso a veces sale en las charlas.

**G: ¿Cuál es la importancia que crees que el hospital le da al aspecto psicológico?**

P: Y está como relegado y es tan importante porque vienen chicas con tantos problemas. Y bueno, una desde su humilde lugar de trabajo puede, con sólo escucharlas, acariciarlas, soy mucho de acariciarlas en el trabajo de parto... y eso yo creo que hace acercarnos más. Nunca elevarle la voz... hay veces en que sí, hay situaciones en que nos ponemos muy nerviosas, pero bueno son momentos en algunos partos. Es necesario respetar los tiempos de la mamá y también del bebé. Al hacer consultorio, ellas te cuentan cosas y una les va diciendo cositas para hacerlas pensar, dejarlas pensando. Muchas en las charlas, lloran... se ve mucha angustia. Estar informadas les ayuda pero....

**G: ¿Crees que sería importante complementar estas charlas con momentos destinados a hablar solamente de miedos, ansiedades, angustias?**

P: Sí, muy importante. Algo constante, estable. Algo estable. Yo creo que me parece tan importante toda esta temática porque una se basa en los partos que una tuvo. Y que, tal vez, una iba al médico y nadie te escuchaba y una tenía que abrir las piernas. Y yo decía, que vergüenza, abrir las piernas, mostrarle la cola a mi médico, exhibirme. Que esté el pediatra, que me metan la mano, que horror. Hay muchas cosas que por ahí, muchos profesionales no tienen en cuenta. Y bueno, hay mujeres que somos muy

---

cuidadosas en estos temas. Que se yo empezando por llamar a cada una por su nombre, ese “gordita” o “negra” que dicen algunas enfermeras, me resulta desagradable. Muchas personas toman esto como un acto normal y para mí, parir no es un acto normal. Es un momento muy emocionante, particular.... El primer contacto con el hijo es fundamental. Poner el bebé en el pecho de la madre, tan fundamental. Y la experiencia que una tuvo, no fue así... uno intenta cambiar las cosas. Me parece que un profesional de la psicología estable, para realizar un trabajo que se complemente con la experiencia y el trabajo que puede aportar una, sería ideal.

**Entrevista al Obstetra**

**G: Guillermina**

O: Obstetra

**G: Antes que nada debo preguntarle si usted asiste a adolescentes embarazadas.**

O: Sí, sí.

**G: ¿Cuáles son los principales aspectos que caracterizan la asistencia de una adolescente embarazada?**

O: Bueno, primero la contención y evaluar el cuadro familiar de la paciente. Generalmente, las adolescentes embarazadas, en un 80% no buscan el embarazo, entonces el embarazo es no deseado, no planeado. Pueden llegar a la consulta, de acuerdo a si se trata de la parte pública o privada. En la parte pública, lo vemos generalmente, las vemos llegar con más semanas de embarazo, sin controles y que no han tomado el ácido fólico previo que es lo único que el obstetra le recomienda. Por el lado de la parte privada, los controles son más frecuentes y más precoces, o sea, antes de las que lo hacen en la parte pública. Lo que uno tiene que evaluar, primero, es el contexto familiar que tiene la paciente y darle cierta contención desde el lado médico y del lado familiar contención, también. O sea, de ahora en adelante lograr explicarle que los controles tienen que ser periódicos, una vez por mes hasta los ocho meses, después cada dos semanas y después hacer toda una serie de análisis.

**G: Cuando usted le explica acerca de los controles, ¿ellas los hacen?**

O: Sí, la mayoría, sí. Uno le señala el cronograma de los controles, las ecografías y que empiecen a tomar el hierro, lo hacen, la mayoría... más en la parte privada que en la pública. En la pública, se les hace más difícil.

**G: Últimamente he estado visitando los distintos dispensarios y me he encontrado con que algunas mamás hacen el control una sola vez y no vuelven.**

---

**Con un sólo control van a tener, luego, su bebé al hospital. ¿Por qué cree usted que esto es así?**

O: Por el tema que en verdad tienen una realidad muy diferente a la realidad de las pacientes que pueden estar incluidas en el medio privado. Ya sea, desde una dieta diferente, carencias de todo tipo. Carencias marcadas, que las llevan a no cumplir los controles. O no tienen en qué moverse o tienen que cuidar a los hermanos, los padres no están en todo el día, etc. No sé que otras cosas, pero se les complica hacer los controles normales.

**G: ¿Cuáles son los factores de riesgo que existen en una embarazada adolescente?**

O: Los factores de riesgo... bueno, la mayoría como dijimos no son embarazos deseados, buscados, sino que esos riesgos son muchas veces debido al déficit de ácido fólico. Siempre haciendo diferencia en la parte pública y privada. En la parte pública, generalmente hay riesgos acarreados por carencias nutricionales, carencia en la ingesta de ácido fólico, carencia en cuanto a una sanidad, una prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Infecciones bulbos vaginales, infecciones urinarias... todo eso lo lleva a ser un embarazo de más riesgo que el normal.

**G: He estado leyendo que cuando la paciente es menor a 15 años, existen mayores riesgos. ¿Esto es así?**

O: Sí, es así.

**G: ¿A qué se debe?**

O: Y hay mayor riesgo porque la mayoría de estas pacientes no han terminado todavía su desarrollo. Entonces, la mayoría de estas pacientes van a terminar en cesárea más que en partos vaginales porque pueden hacer una distocia o son muy chiquititas como para terminar en un parto vaginal. Por eso.

**G: ¿Existen riesgos para el bebé?**

---

O: Y generalmente son más riesgos para las madres... el riesgo del bebé puede estar más que nada relacionado a los problemas que pueden tener antes las mamás. Como, por ejemplo, el círculo en el que se encuentran, que tienen carencias nutricionales, infecciones a repetición, enfermedades de transmisión sexual y por ahí no están maduras tanto físicamente como intelectualmente como para llevar adelante ese embarazo.

**G: ¿Cree que están capacitadas para enfrentar la maternidad?**

O: Y la verdad es que a esa edad, no. Lo que uno ve en la parte privada es que las mamás de estas chicas se encargan de enseñarles o de llevar a cabo un montón de cosas que a ellas las preparen un poco más. Pero la verdad, es que no se encuentran preparadas. Se vuelven chicos que, por ahí, están más a cargo de las abuelas que de las propias madres.

**G: ¿Cómo caracterizaría el comportamiento en el consultorio de estas adolescentes?**

O: Y...generalmente, depende mucho de cada paciente. Hay pacientes que preguntan más, son más responsables que otras pero bueno en esa edad, muchas veces, no hay noción de lo que está pasando, de ese embarazo que están llevando.

**G: ¿Cree usted que el embarazo puede convertirse en una experiencia traumática para estas adolescentes?**

O: Si no tienen la contención necesaria, sí. De pasar a ser normalmente un episodio lindo para la mujer o un episodio esperado, el traer una vida al mundo, en estos casos, al ser un embarazo no deseado, puede ser traumático. Desde el momento en el que ellas se enteran que están embarazadas y afrontar esta situación, puede hacer que de ser un fenómeno, como una vivencia alegre, traer una vida nueva al mundo, no suele por ahí resultar en los objetivos de estas pacientes.

---

**G: En el hospital, ¿Realiza interconsultas con las licenciadas en psicología de acuerdo a la edad de estas embarazadas?**

O: No, la verdad, no... por ahí, en verdad, esto tendría que ser más en conjunto, más interdisciplinario pero no. Lo interdisciplinario... En el hospital, uno lo que puede, al menos yo me manejo más con interconsultas en aquellas pacientes que se van a hacer ligaduras de trompas, esto tiene que ser evaluado por las psicólogas. Así que ahí sí, las veo más. La verdad es que uno debería trabajar más en equipo y derivarlas más al psicólogo. En verdad, sí. Yo personalmente no las mando pero sería lo ideal.

**G: He tenido una entrevista con una de las licenciadas y sostiene que cuando tienen que realizar interconsultas muchas veces las pacientes, no quieren.**

O: Yo creo que muchas veces, pueden encontrar más contención con la partera que la psicóloga.

**G: ¿Por qué cree eso?**

O: La partera... Nosotros como obstetras, o al menos yo, no controlo embarazos normales en el hospital. Controlo el alto riesgo y solamente las voy a operar, o sea, prácticamente no estoy en contacto con ellas en todo el embarazo. La partera sí, está en contacto con ellas, les brinda charlas, les puede contestar preguntas. Y ellas se encuentran más contenidas por la partera que por las psicólogas o por nosotros. Yo muchas veces llego y las veo en el quirófano, nada más. En verdad, tendría que ser de otra manera. Por una cuestión de tiempo y lo que yo había hablado con el hospital, es que yo no puedo ir a controlar trabajo de parto porque con todo lo que uno hace afuera, no puede.

**G: ¿Cree que sería beneficioso realizar psicoprofilaxis obstétrica con ellas?**

O: Sí, sí... Sería beneficioso y el tema, como dijimos antes, el trabajar con equipos interdisciplinarios. Yo creo que a ninguno de nosotros le cambiaría mucho, darles una charla de cómo va a ser la cirugía, dónde se hace la escisión de la cesárea,

---

cómo son los días postoperatorios, que complicaciones puede haber. En verdad sí, yo creo que sí, es productivo. No lo hacemos pero sería lo ideal.

**G: ¿Cuál cree ud. que serían los resultados observados si al trabajo que se está haciendo se lo complementa con la psicoprofilaxis?**

O: Yo considero que sería un resultado positivo para ellas en cuanto se podrían reinsertar mucho más fácilmente o que este embarazo sea mucho más llevadero o que realmente tengan una visión más positiva, más directa a lo que es el embarazo. Darle parámetros de cuáles son los riesgos de una cesárea, las ventajas, cómo es el postoperatorio, realmente sería positivo para ellas, brindarle un poquito más de apoyo multidisciplinario y esas charlas preparto.

**G: ¿Cree ud. que esto es posible de realizarse en una institución pública?**

O: Yo creo que se puede, más acá, en Esperanza. Si bien el volumen es importante, porque hay un porcentaje alto de adolescentes, yo creo que es posible. Trabajando en quipo no nos significaría mucho más tiempo del que estamos y los resultados, yo creo que serían mucho mejores. Porque la verdad, en lo personal, los obstetras que estamos en el hospital... yo las opero y las veo una o dos veces en el postoperatorio cuando le saco los puntos pero de ahí, realmente, yo ya no las veo más. O las veo como anticoncepción, pero no las recibo como las recibo acá (en su consultorio privado). Acá sí, las veo siempre. En verdad, en el hospital si hay complicaciones las veo pero sino, no. En general, las cesáreas son cirugías que no se complican, lo habitual es que no se compliquen por eso yo no las veo. Y creo que eso también es importante. Yo creo que brindarle el apoyo posparto, tanto sea un parto o una cesárea, es importante. Viste que hay una patología que es la depresión posparto que si bien uno no las ve en cantidad, es porque no las busca. Pero si las buscaría, el porcentaje se eleva a lo que uno cree. Pero sí, puede y debería hacerse en una institución pública, los profesionales están, deberían coordinarse y utilizar el recurso humano.

**Cuestionario a embarazadas**

- Edad: .....

- Estado Civil:

- Casada.....
- Soltera.....
- Viuda.....
- Separada.....
- Divorciada.....
- Unión de Hecho.....
- Unión Estable .....

- ¿Es tu primer hijo?

- Si.....
- No..... ¿A qué edad tuviste tu primer hijo? .....

Si la respuesta anterior fue “No”, marca la respuesta correcta:

- Este bebé es mi segundo hijo.....
- Este bebé es mi tercer hijo.....
- Este bebé es mi cuarto hijo.....
- Este bebé es mi quinto hijo.....
- Tengo más de seis hijos.....

- ¿Cómo te enteraste que estabas embarazada?

- Me hice un test de embarazo.....
- Me hice un análisis de sangre.....
- Cuando fui al médico.....
- Otros.....

- ¿Desde cuándo visitas al médico?

- Dentro de los tres primeros meses de embarazo.....
- Entre los tres y seis meses de embarazo.....
- Después de los seis meses de embarazo.....

- ¿Quién te atendió por primera vez desde que sabes que estás embarazada?

- El médico residente del dispensario.....
- El médico obstetra del hospital.....

- ¿Cada cuánto venís al hospital o al dispensario para realizarte controles?

---

- Cada quince días.....
- Cada mes.....
- Cada dos meses.....
- Cada tres meses.....
- Más de tres meses.....

- ¿Le hiciste preguntas al médico residente u obstetra?

- Sí.....
- No.....

Si la respuesta anterior fue “Sí”, por favor, responde: ¿Cuáles fueron las preguntas?.....

- En relación al embarazo y parto:

1. Me considero totalmente informada y no necesito hacer consultas con profesionales.....
2. Me considero parcialmente informada y necesitaría realizar algunas consultas con profesionales.....
3. Considero que no sé casi nada y me gustaría obtener información.....
4. No sé nada y debería informarme de todo lo atinente al embarazo y parto.....

Si la respuesta anterior se encuentra entre la 1 y la 3, por favor, responde: ¿De dónde obtuvo la información?.....

- ¿Te preocupa saber cómo cuidar a tu bebé?

- Sí..... ¿Cuáles son las cosas que te preocupan?

.....

- No..... ¿Por qué no te preocupa?

.....

- ¿Te serviría un espacio en donde puedas hablar acerca de tus miedos, tus ansiedades o angustias?

- Sí..... ¿Por qué?.....
- No..... ¿Por qué?.....

- ¿Crees que puede ayudarte escuchar la experiencia que han tenido otras mamás con sus bebés?

- Sí..... ¿Por qué?.....
- No..... ¿Por qué?.....

- ¿Cuáles son aquellos temas que más te preocupan y crees que deben ser tratados en este espacio?.....

- ¿Estarías dispuesta a ir un día a la semana al dispensario o al hospital para recibir información y poder hablar sobre vos, tu embarazo y tu bebé?

- Sí.....

- No.....

- ¿Qué es lo que te gustaría encontrar en ese espacio?

.....  
.....

Muchas Gracias!

**Cuestionario a madres recientes**

- Edad: .....

- Estado Civil:

- Casada.....
- Soltera.....
- Viuda.....
- Separada.....
- Divorciada.....
- Unión de Hecho.....
- Unión Estable.....

- ¿Cuántos hijos tenés?

- Uno.....
- Dos.....
- Tres.....
- Cuatro.....
- Más de cuatro.....

- Con tu último hijo ¿Desde qué momento del embarazo realizaste las visitas al médico?

- Dentro de los tres primeros meses de embarazo.....
- Entre los tres y seis meses de embarazo.....
- Después de los seis meses de embarazo.....

- ¿Quién te atendió por primera vez desde que sabías que estabas embarazada?

- El médico residente del dispensario.....
- El médico obstetra del hospital.....

- ¿Cada cuánto venías al hospital para realizarte los controles?

- Cada quince días.....
- Cada mes.....
- Cada dos meses.....
- Cada tres meses.....
- Más de tres meses.....

- ¿Le hiciste preguntas al médico residente u obstetra?

- Sí.....
  - No.....
-

Si la respuesta anterior fue “Sí”, por favor, responda: ¿Cuáles fueron las preguntas?.....

- Antes de tener a tu primer hijo, en relación al embarazo y parto:

- Me consideraba totalmente informada y no necesitaba hacer consultas con profesionales.....
- Me consideraba parcialmente informada y necesitaba realizar algunas consultas con profesionales.....
- Consideraba que no sabía casi nada y me hubiese gustado obtener información.....
- No sabía nada y debía informarme de todo lo atinente al embarazo y parto.....

- ¿Te preocupaba saber, mientras estabas embarazada, cómo cuidar a tu bebé?

- Sí..... ¿Cuáles eran las cosas que te preocupaban?

.....

- No..... ¿Por qué no te preocupaba?

.....

- ¿Crees que sería importante contar con un espacio en donde puedas obtener distinta información sobre el embarazo y el parto?

- Sí..... ¿Por qué?.....
- No..... ¿Por qué?.....

- ¿Hubiera sido útil contar con un espacio para hablar acerca de tus miedos, tus ansiedades o angustias?

- Sí..... ¿Por qué? .....
- No..... ¿Por qué?.....

- ¿Crees que podría haber sido de ayuda escuchar la experiencia que han tenido otras mamás con sus bebés?

- Sí..... ¿Por qué?.....
- No..... ¿Por qué?.....

- ¿Cuáles son aquellos temas que crees que deben ser tratados en este espacio?.....

.....

- Si estarías embarazada nuevamente ¿Estarías dispuesta a ir un día a la semana al dispensario o al hospital para recibir información y poder hablar sobre vos, tu embarazo y tu bebé?

- Sí.....
- No.....

- ¿Qué es lo que te gustaría encontrar en ese espacio?

.....  
.....

Muchas Gracias!