



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**COMPETENCIA MATERNAL PERCIBIDA Y HABILIDADES
DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
GUADALUPE DEL CARMEN VILLEGAS PÉREZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO.
COMITÉ: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DR. HUMBERTO NICOLINI S.
DRA. GUADALUPE ACLE TOMASSINI
DRA. PATRICIA ANDRADE-PALOS
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ

MÉXICO, D.F. ENERO DE 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por promover una vez más mi desarrollo académico, profesional y personal.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su apoyo económico que facilitó el que realizara éste trabajo.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo, que con su asesoría y apoyo estimuló mi aprendizaje y el desarrollo de la presente investigación.

Al comité tutorial, agradezco sus valiosos comentarios que han enriquecido este trabajo.

DEDICATORIAS

A ti Ana Rebeca, a tu lado he experimentado una felicidad única; me motivas a querer ser cada día mejor para darte un buen ejemplo, te amo con todo mi ser chiquita.

A ti Leo, porque me has apoyado con tu amor y retroalimentación constante, porque me gusta sentir que compartimos y crecemos juntos también en el ámbito académico y profesional, y simplemente porque quiero estar a tu lado los días buenos, malos y regulares.

A mis padres: que construyeron con amor, cariño y valores los pilares de lo que soy hoy. Gracias por su apoyo y amor incondicional.

A ti Rodrigo, porque te admiró por tus logros y porque me gusta sentir que cuento contigo siempre, no tengo palabras para agradecer tu amor y firme apoyo.

A Tita, Laura, Ale y Beto porque me han acogido con amor y respeto en su familia y desde el principio me han hecho sentir que cuento con ustedes.

ÍNDICE

Tema	Página
Introducción	1
I. Embarazo Adolescente	5
Tasas de fecundidad en adolescentes	5
Contexto socio-económico y cultural del embarazo adolescente en México	6
Variables asociadas a la ocurrencia de embarazo durante la adolescencia	8
Tareas del desarrollo en la etapa adolescente y su relación con el embarazo y maternidad	9
Algunas consecuencias negativas del embarazo y la maternidad durante la adolescencia	10
Programas de intervención para el embarazo durante la adolescencia y la maternidad adolescente	12
II. Concepciones Psicológicas de una Maternidad Eficaz	17
Competencia maternal	17
Competencia maternal percibida	18
Programas de entrenamiento a padres	19
III. Modelos de Afrontamiento en Adolescentes	23
	23
Modelo de afrontamiento de Frydenberg	
Modelo de Respuestas al Estrés de Compas	26
Modelo de estrés y afrontamiento de Seiffge- Krenke	27
Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	28
Evidencia empírica sobre el entrenamiento en habilidades de afrontamiento	35
IV. Método	
Planteamiento del problema	37
Estudio uno. Vivencia subjetiva del embarazo y la maternidad de las adolescentes	38
Propósito	38
Método	38
Participantes	38
Instrumento	39
Material	39
Escenario	39
Procedimiento	39
Análisis de la información	42
Descripción de la información obtenida	42
Discusión	54

Tema	Página
Estudio dos. Construcción de un Cuestionario para evaluar Competencia Maternal Percibida en Adolescentes	58
Método	58
Participantes	58
Procedimiento	58
Resultados	59
Discusión	63
Estudio tres. Evaluación de un programa de intervención para promover estrategias de afrontamiento y competencia maternal percibida en adolescentes	64
Preguntas de investigación	64
Hipótesis	64
Definición conceptual de variables	66
Definición operacional de variables	66
Participantes	67
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	67
Instrumentos	68
Materiales	68
Diseño	69
Procedimiento	69
Resultados	73
Discusión	87
Conclusiones	97
Referencias	98
Anexo 1. Guía de preguntas de los grupos focales	109
Anexo 2. Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento para Adolescentes	110
Anexo 3. Manual de procedimiento de la intervención	115
Anexo 4. Carta de consentimiento con información	153
Anexo 5 Ficha de identificación y datos generales	154
Anexo 6 Cuaderno de trabajo para la adolescente	157
Anexo 7 Manualito sobre cuidados generales del bebé	178

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la población adolescente en México representa casi un cuarto de la población del país. En 1970 los adolescentes representaban 11.4 por ciento de la población nacional y hoy representan 21.3 por ciento (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2004). Este incremento de la población adolescente, hace más evidentes las características y necesidades de esta etapa de la vida a las que hay que poner atención, por un lado están aquellas tareas del desarrollo que los adolescentes llevan a cabo de forma normal y sana, pero hay algunos comportamientos que desde el punto de vista psicológico implican cierto grado de vulnerabilidad, como las adicciones (Villatoro, Medina-Mora, Hernández, Fleiz, Amador, & Bermúdez, 2005) la ideación suicida, (Borges, Wilcox, Medina-Mora, Zambrano, Blanco, & Walters, 2005), los accidentes y la violencia (CONAPO, 2004) y otras conductas de riesgo importantes como las relaciones sexuales sin protección, que pueden conllevar infecciones de transmisión sexual así como embarazos no planeados (Santos-Preciado, Villabarragán, García-Avilés, León-Alvarez, Quezada-Bolaños, & Tapia-Conyer, 2003).

En México en el año 2006 hubo un 17.2 % de hijos de madres adolescentes que se reconocieron ante el registro civil (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2007). Aunque en los últimos veinte años la tasa de fertilidad a nivel mundial decreció en un 50%, en el grupo de edad adolescente, disminuyó solo 39% (Welti, 2000) estas cifras, entre otros aspectos, hacen que el embarazo en adolescentes se considere como un problema público.

Existen posturas que señalan el embarazo durante la adolescencia como una vivencia que da lugar a mayor pobreza y menores oportunidades de desarrollo (Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2005). Desde el punto de vista psicológico se argumenta que hay incompatibilidad entre las tareas del desarrollo de la adolescencia y las exigencias que supone un embarazo no deseado o no planeado (Whitman, Borkowski, Keogh, & Weed, 2001).

También se señala que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener depresión y baja autoestima (Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000), mayores niveles de estrés parental (Oxford, et al, 2005; Wiemann, Rickert, Berenson & Volk, 2005); inestabilidad de las relaciones de pareja (Radestad, Rubertsson, Ebeling, & Hildingsson, 2004); e incapacidad para asumir el rol materno ([Secco, Ateah, Woodgate, & Moffatt, 2002](#)). Hay reportes de una alta incidencia de resultados negativos en el desarrollo en hijos de madres adolescentes (Jaffee, Caspi, Moffitt, Belsky, & Silva, 2001).

Asimismo, la maternidad durante la adolescencia parece ser un factor de riesgo, para la negligencia, abuso infantil y carencia de habilidades maternas (Andreozzi, Flanagan, Seifer, Brunner, & Lester, 2002; Black, Heyman, & Slep, 2001).

Sin embargo, hay otra línea de investigación derivada de la sociología que replica que en ciertos estratos sociales el que una mujer se embarace durante la adolescencia no es más que su transición hacia la adultez, ya que es lo esperado y avalado por la cultura (Stern, 1997). El embarazo durante la adolescencia también puede ser la única alternativa viable ante posibilidades limitadas de desarrollo profesional o académico, ya que muchas veces la pobreza y la deserción escolar anteceden al embarazo (Menkes, & Suarez, 2003).

También hay autores que argumentan que el embarazo adolescente es funcional desde un punto de vista biológico (Geronimus, 2003) o incluso para el desarrollo profesional (Luker, 1996) o para un crecimiento personal desarrollando esperanza en el futuro, abandono de adicciones, el retorno a los estudios, restablecimiento de relaciones afectivas, etc. (Merrick, 2001).

El embarazo adolescente, es un fenómeno multivariado, que se puede ubicar como un comportamiento fuera de la norma que genera consecuencias negativas, sin embargo, es importante ubicar a las adolescentes en su contexto social y cultural y determinar las consecuencias del embarazo a partir de su propia vivencia.

Por ello uno de los propósitos de este estudio fue explorar mediante el empleo de grupos focales, cual fue la experiencia del embarazo y la maternidad en un grupo de adolescentes que radican en la ciudad de México. La contribución de este estudio fue describir de forma cualitativa el proceso (no secuencial) que lleva a cabo la adolescente desde que se entera de su embarazo hasta que el niño tiene un año de edad.

El estudio que exploró la vivencia del embarazo y la maternidad en adolescentes dio la oportunidad de determinar algunas necesidades de intervención para este grupo específico. Las adolescentes reportaron la necesidad de conocer más acerca del cuidado básico del bebé y de cómo afrontar algunas situaciones estresantes inherentes al embarazo durante la adolescencia.

La literatura internacional reporta programas de intervención para madres adolescentes centradas en proveer apoyo emocional, información y entrenamiento en el cuidado infantil, con el propósito de prevenir conductas de abuso y/o negligencia y de incrementar la competencia maternal de la adolescente e incidir indirectamente en el bienestar de sus hijos (Mann, Pearl, & Behle, 2004).

Particularmente en México hay programas de intervención psicosocial para madres adolescentes en el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y en algunos centros de salud de la república mexicana.

Pero a pesar de la relevancia clínica que tienen estas intervenciones, no hay suficiente evidencia empírica del efecto que tienen sobre las adolescentes. Por lo que el segundo propósito de esta investigación fue diseñar un programa de intervención para adolescentes embarazadas dirigido a mantener y/o incrementar la competencia maternal percibida ya que se asocia a la competencia maternal realizada (Teti & Candelaria, 2002) y para fortalecer estrategias eficaces de afrontamiento a los problemas cotidianos.

Esta intervención se basó en estrategias cognitivo-conductuales que han mostrado su eficacia en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento (Dobson y Dozois, 2000; Frydenberg & Lewis, 2004; Mitte, 2005; Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor, 2000 y Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske, 2005).

El entrenamiento en estrategias de afrontamiento ha demostrado ser útil para el desarrollo de habilidades de comunicación, autocontrol emocional y solución de problemas (Beck & Fernández, 1998; Deacon & Abramowitz, 2004) cualidades deseables en el rol materno (Heicnike, 2002; Sanders et al., 2000).

Desde una perspectiva aplicada esta investigación tuvo relevancia ya que dio elementos que permiten definir cómo se experimenta el embarazo adolescente en un sector específico de la sociedad mexicana ubicándolo en un contexto social y cultural. Desde una perspectiva teórica únicamente replicó principios cognitivo-conductuales. Y desde el punto de vista metodológico dio la posibilidad de que profesionales de la salud mental tomen decisiones basadas en la investigación de resultados.

EMBARAZO ADOLESCENTE

Tasa de fecundidad en adolescentes

En países desarrollados, la tasa de embarazos durante la adolescencia varía del rango más bajo en Holanda (12 embarazos por cada mil adolescentes por año) hasta un rango alto en Rusia (más de 100 por cada 1000) y un rango intermedio (70 o más por cada 1000) en Estados Unidos (Singh & Darroch, 2000).

En México la proporción de mujeres de 15 a 19 años con al menos un hijo disminuyó de poco más de una de cada ocho en 1974 a una de cada doce en 1992, y a una de cada catorce en 2000. Este nivel de fecundidad se tradujo en 259 mil alumbramientos de madres adolescentes durante el año 2004 (CONAPO, 2004).

Un rango intermedio de fecundidad adolescente de acuerdo a los parámetros internacionales, sin embargo, dentro de la dinámica de población del país, la tasa actual es la más baja de los últimos 30 años, de acuerdo a indicadores como la tasa de fecundidad y el porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (véanse Tabla 1).

Tabla 1. Tasas de fecundidad por edad para años seleccionados, 1974-2000.

Grupo de edad	1974	1982	1992	1997	2000
15-19	0.13145	0.1112	0.0830	0.0766	0.0701

Nota. Adaptación de la versión original del Consejo Nacional de Población, 2000.

La tasa de embarazo ha disminuido en todos los grupos de edad en las últimas décadas, sin embargo, la tasa de embarazo adolescente es la que ha disminuido a menor velocidad, este hecho sumado a que la población adolescente representa más del 20% de la población general, hace más evidente el embarazo adolescente (Welti, 2000).

Contexto socio-económico y cultural del embarazo adolescente en México

La mayor parte de la literatura sobre embarazo y maternidad adolescente, como en otros temas, se crea en países desarrollados, principalmente en Estados Unidos, sin embargo, no todo el conocimiento generado en estos países, con poblaciones distintas en aspectos culturales, sociales y económicos a la población mexicana puede generalizarse en nuestro país.

En países desarrollados como Estados Unidos tener un embarazo durante la adolescencia aumenta la probabilidad de que la mujer dependa de la beneficencia social y de que tenga menos oportunidades de desarrollo económico (Furstenberg, 1995).

Sin embargo, en México la pobreza y la falta de oportunidades pueden señalarse como "causa" del embarazo temprano y sus consecuencias negativas y no al revés (Menkes, & Suárez, 2003).

Una manifestación de la desigualdad social y de la pobreza son la mortalidad y morbilidad materno-infantil en adolescentes, un indicador es que la tasa de hijos nacidos vivos y la tasa de hijos sobrevivientes de madres adolescentes decreció de acuerdo a su estrato socio-económico (véase Tabla 2).

La pobreza, carencia de educación e inadecuado apoyo familiar, contribuyen al déficit de cuidado prenatal y en la mayoría de los resultados de salud negativos para la adolescente y el bebé.

Tabla 2. Promedio de hijos nacidos vivos/sobrevivientes de madres adolescentes de acuerdo al estrato socio-económico.

Estrato	Nacidos vivos	Hijos sobrevivientes
Clase alta	1.86	1.71
Clase media	1.40	1.34
Pobreza extrema	1.53	1.46
Muy pobres	1.39	1.34

Nota. Adaptación de la versión original de Boltvinik, 1996.

Las mujeres adolescentes que durante el embarazo tienen adecuada atención prenatal, tienen mayores probabilidades de tener hijos nacidos vivos (CONAPO, 2000) lo que nos señala que son factores distintos a la edad del embarazo, como la educación y la falta de una cultura de cuidado prenatal lo que incrementa la morbi-mortalidad materno-infantil en adolescentes.

Hay que considerar que la mayor parte de los estudios sobre embarazo y maternidad durante la adolescencia realizados en México corresponden a un pequeño núcleo de la población, ya que se estudia más a las adolescentes que acuden a atención prenatal y perinatal en los hospitales del Distrito Federal y falta información sobre subgrupos importantes pero difíciles de estudiar; que no corresponden a estas características.

Es significativo tomar en cuenta este sesgo en la población estudiada ya que las implicaciones del embarazo durante la adolescencia varían en los diferentes sectores sociales de nuestro país, como lo refiere Stern en 1995 donde explica que el sector rural-tradicional ve el embarazo temprano como parte de las normas culturales que otorgan a la adolescente el rol de esposa y madre como único destino a diferencia del sector urbano popular que ven el embarazo como un evento inesperado que puede coartar las aspiraciones de ascenso social.

Por lo que hay que realizar más investigación y avanzar en el conocimiento de los diferentes contextos y manifestaciones del embarazo y maternidad adolescente en nuestro país y para lograr este objetivo hay que analizar el fenómeno de forma global, por ello a continuación se enuncian algunas de sus principales dimensiones.

Variables asociadas a la ocurrencia de embarazo durante la adolescencia

La literatura reporta en las adolescentes algunas características que correlacionan de forma positiva con la ocurrencia de embarazo, pero sin duda es difícil tener un perfil psicológico y/o social de la adolescente que se embaraza, ya que la mayoría de los estudios no señalan relaciones causales, sino probables relaciones entre variables sociales y/o psicológicas, no obstante, si hay ciertos factores de riesgo que incrementan la posibilidad de un embarazo en esta etapa de la vida, por ejemplo, se relaciona con la baja frecuencia del uso de métodos anticonceptivos o el mal empleo de éstos, con la baja percepción del riesgo de embarazarse de la adolescente, asociado a su vez con las creencias equívocas en torno a la sexualidad y con el hecho de que las relaciones sexuales son generalmente imprevistas y esporádicas (Hockaday, Crase, Shelley, & Sockdale, 2000).

En México se ha visto que las adolescentes que se embarazan por lo general tienen menores aspiraciones escolares, menor orientación hacia el futuro y menos información sobre anticonceptivos que las adolescentes sexualmente activas que no se han embarazado (Pick, Atkin, Gribble & Andrade-Palos, 1991).

Por lo que se refiere a la familia de origen una constante es que las madres de las adolescentes también se embarazaron durante la adolescencia. Otros de estos factores son una familia de tipo disfuncional o uniparental encabezada por la madre; que la adolescente tenga una mala relación con su mamá; la ausencia de figura paterna o la percepción de ésta como distante, la enfermedad crónica o muerte de algún familiar, el hacinamiento o un alto número de hermanos y el que alguna hermana o amiga se embarace también en la adolescencia (Hockaday et al., 2002).

En Estados Unidos señalan como factor de riesgo para embarazarse durante la adolescencia bajas expectativas educativas; aspiraciones a trabajar y el inicio de una vida sexual activa y de consumo de alcohol a una edad menor en comparación con los pares. Asimismo tienen mayor probabilidad de embarazarse las adolescentes que viven en zonas rurales (Bennet, Skartrud, Guild, Loda, & Klerman, 1997) y las adolescentes con baja capacidad cognitiva a diferencia de sus pares con un coeficiente de inteligencia más alto (Shearer, Mulvihill, Klerman, Wallander, Hovinga & Redden, 2002).

También se sabe que las adolescentes que han sido abusadas sexualmente tienen mayor probabilidad de presentar conductas sexuales de riesgo como tener un inicio de vida sexual activa antes de los 15 años, no usar métodos anticonceptivos y tener más de una pareja sexual, lo que de forma indirecta contribuye a tener un embarazo durante la adolescencia (Stock, Bell, Boyer, & Connell, 1997).

Tareas del desarrollo en la etapa adolescente y su relación con el embarazo y maternidad

Desde una perspectiva de la teoría del desarrollo el embarazo durante la adolescencia significa una desviación del desarrollo normal, la adolescente enfrenta dos procesos simultáneamente, las adolescentes todavía pueden estar relativamente inconformes con los cambios corporales de la pubertad y ahora deben enfrentar los cambios físicos del embarazo, la lactancia y del periodo post-parto. Los cambios del embarazo y la adolescencia pueden entrar en conflicto uno con otro.

Cuando la adolescente está todavía formando una identidad y poniendo a prueba los diferentes roles, estilos y conductas aceptadas en su grupo de pares, el rol de la maternidad parece interrumpir el proceso de identificación y de la interacción con éstos; ya que ser mamá requiere de un horario de tiempo completo y que la adolescente planifique el cuidado de su bebé, lo que no le deja mucho tiempo para compartir con sus pares (Sadler & Cowlin, 2003).

Sin embargo, otra vez es importante considerar la cultura en que se desenvuelve la adolescente, porque en algunos grupos la norma es el embarazo en las adolescentes.

Algunas consecuencias del embarazo y la maternidad durante la adolescencia.

Algunos estudios reportan que los hijos de madres adolescentes tienen más consecuencias negativas que hijos de madres adultas, por ejemplo, problemas de salud como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros (Ventura, Martín, Curtin, & Mathews, 2001). Se ha encontrado que en hijos de madres adolescentes incrementa el riesgo de desarrollar problemas emocionales, sociales y de conducta a edades tempranas, que tengan déficit en el desarrollo del lenguaje, cognitivo y social y que sean víctimas de maltrato y negligencia (Andreozzi, Flanagan, Seifer, Brunner, & Lester, 2002; Black, Heyman, & Slep, 2001).

Al parecer las madres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar conductas de crianza inadecuadas (Secco, Ateah, Woodgate, & Moffatt, 2002). En estudios en que se comparan muestras de madres adultas con madres adolescentes, se observa que la interacción verbal con el bebé y la responsabilidad maternal es menor en las adolescentes.

Las adolescentes tienen riesgo de presentar más problemas conductuales, mayores niveles de estrés parental (Secco et al., 2002), menor responsividad y sensibilidad en la interacción con sus hijos, y mayor riesgo de infligir maltrato infantil que las madres adultas (Culp, McDonald, Dengler, & Maisano, 1999).

Los estudios reportan que las adolescentes proveen menos estimulación y oportunidades de aprendizaje a sus hijos (Jaffee, Caspi, Moffitt, Belsky, & Silva, 2001), están menos disponibles emocionalmente para sus hijos y tienen dificultades para manejar su propio afecto (Stevens-Simon, Nelligan, & Kelly, 2001). De esta manera parece que las madres adolescentes poseen menos estrategias apropiadas para afrontar la transición a la maternidad.

Como ya se mencionó en algunos grupos sociales, la maternidad durante la adolescencia es más bien un evento normativo y provee un rol social valorado por la comunidad. Algunas adolescentes usan la maternidad como una oportunidad para ser aceptadas en el rol adulto y progresar en éste (McDermott & Graham, 2005).

De acuerdo a Geronimus (2003) a veces el embarazo durante la adolescencia puede ser una respuesta adaptativa, pone como ejemplo a las adolescentes afroamericanas que pueden decidir embarazarse debido a que reciben apoyo de su familia extensiva, del gobierno y de la comunidad, y porque su salud declina rápidamente en su juventud (tienden a desarrollar hipertensión en edades tempranas).

También se ha observado que algunas adolescentes que se embarazan desarrollan un estilo de pensamiento positivo, incluso, idealista, acerca de cómo enfrentar situaciones negativas (Merrick, 2001) .

Por otro lado, en algunos estratos sociales la mujer está involucrada en la fuerza laboral y desarrollo como profesional la mayor parte de su vida fértil, y difícilmente se da el momento óptimo para la maternidad, por lo que el embarazo adolescente puede ser una respuesta alternativa, ya que en esta etapa la mujer recibe mayor apoyo de la familia (Luker, 1996). Esto nos lleva a considerar al apoyo social como una variable importante de la adaptación de la adolescente a su rol materno.

Programas de intervención para el embarazo durante la adolescencia y la maternidad adolescente

En México, algunas organizaciones han desarrollado programas de intervención secundaria y primaria para madres y embarazadas adolescentes, algunos de ellos son los siguientes: El Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) tiene un programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA).

Con dos modalidades; prevención primaria para evitar la concepción adolescente a través del desarrollo de talleres participativos con adolescentes y atención secundaria, que opera a través de la integración de grupos de madres y padres adolescentes.

El programa da conocimientos y habilidades que promueven actitudes y toma de decisiones reflexivas, tanto a quienes ya son madres o padres adolescentes, como a la población general de adolescentes para prevenir embarazos no planeados. A la población que participa en estos grupos también se les brindan otros servicios de apoyo, como: asesoría jurídica, asistencia psicológica, capacitación laboral, entre otros.

Desde 1986, en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la ciudad de México, se inició un programa educativo y de servicios para la adolescente embarazada, con el objeto de que las jóvenes adquirieran conocimientos sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, además de que promueve que la madre adolescente posponga un segundo embarazo. El programa es de base hospitalaria, fundamentalmente educativo y de orientación psicosocial (Ehrenfeld, 1994).

El Instituto Nacional de Perinatología cuenta con una clínica de atención a la adolescente, que otorga atención especializada a las mujeres adolescentes en el área de ginecología y obstetricia abarcando las esferas biológica, psicológica y social, lo cual se logra con una sistematización e interrelación profesional. Sus objetivos específicos son: brindar a las pacientes un enfoque integral en la solución de sus problemas, disminuir la morbimortalidad perinatal de la mujer adolescente, alargar el periodo intergenésico, fomentar la utilización de métodos de planificación familiar en esta población y disminuir la incidencia y consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual.

La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), tiene entre sus programas uno de educación sexual para jóvenes, llamado “Gente Joven” que está diseñado a partir de la perspectiva de género y los aspectos relacionados con la equidad entre mujeres y hombres. Su programa contempla los siguientes temas: comunicación en la familia, pubertad y proceso reproductivo, sexualidad y juventud, enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y anticoncepción, género y violencia de género. MEXFAM además del programa “Gente Joven”, da capacitación a promotores de salud sexual y reproductiva, desarrolla materiales educativos y da difusión a la anticoncepción de emergencia.

Si bien estos programas de intervención tienen un beneficio clínico y social, es importante indicar que la mayoría de ellos no ha probado su eficacia clínica, ni ha sistematizado los procedimientos ni la evaluación de resultados, para que otros profesionales de la salud tengan la posibilidad de aplicar los elementos de los programas o los programas completos en otros escenarios y someter a prueba los efectos de las estrategias de las intervenciones.

En países desarrollados algunos programas están dirigidos a la interacción madre- hijo enseñan a las madres como interactuar con sus hijos de forma más efectiva, modifican las expectativas de la adolescente acerca de los logros de sus hijos, proveen conocimiento acerca de prácticas de crianza, y motivan la participación de la adolescente en programas de cuidado para el bebé. La prevención con esta población también se centra en proveer apoyo emocional, información y entrenamiento en el cuidado del niño, con el objetivo de prevenir un ciclo de abuso (Mann, Pearl, & Behle, 2004).

Diferentes investigaciones documentan la efectividad de programas basados en educación para padres en madres adolescentes, muestran resultados positivos en el incremento del conocimiento del desarrollo infantil, en habilidades de interacción materno- infantil y en cambios de actitudes entre familias de bajos recursos (Coren, Barlow, & Stewart-Brown, 2003). Con estos programas también se incrementa la probabilidad de que padres adolescentes concluyan sus estudios. En contraste, madres adolescentes que no se integran a programas de educación para padres muestran más dependencia y aislamiento, menor interés en desarrollar actividades, mayor estrés en la crianza y más expectativas irreales con respecto a sus hijos (Coren et al., 2003).

Algunos programas ofrecen muchos servicios, mientras que otros prueban intervenciones más limitadas como: pasaportes de salud (Stevens-Simon, Kelly, & Brayden, 2001). Sin embargo, el manejo de casos, visitas domiciliarias, consejería, y bolsa de trabajo son las intervenciones más prevalentes (Key, Barbosa, & Owens, 2001).

Es importante conocer los programas, ya que permite identificar los factores que intervienen en optimizar la maternidad y paternidad adolescente. En este sentido, las estrategias de intervención evaluadas en los programas para madres y embarazadas adolescentes son:

- Fortalecer las competencias sociales, emocionales, conductuales, y cognitivas.
- Construir autoeficacia.
- Incluir actividades experienciales diseñadas a partir del contexto y características de la adolescente.
- Proveer oportunidades para la vida (lograr un empleo o desarrollo académico).

Swann et al. (2003) clasificaron los programas de acuerdo a sus objetivos y dividieron las intervenciones clínicas dirigidas a madres adolescentes en:

Cuidado prenatal.- existe evidencia de que el cuidado médico prenatal mejora los resultados del embarazo, tanto para madres adolescentes como para madres adultas.

Aunque, con frecuencia las adolescentes asisten al médico para su revisión prenatal hasta el segundo o tercer trimestre de embarazo. Ya sea por miedo a revelar su embarazo o por falta de información. Por lo que programas que proporcionan información sobre la importancia de asistir al control médico prenatal son importantes para ayudar a reducir resultados negativos en el nacimiento, lo que implica disminución de costos para las instituciones de salud, ya que es de menor costo el seguimiento médico de un embarazo que la hospitalización de un bebé prematuro o con retardo en el crecimiento fetal.

Proveer apoyo social y habilidades de crianza. Los programas que se basan en estas estrategias ayudan a disminuir el número de niños con esquemas de vacunación incompletos, brotes de salpullido severos, hospitalizaciones en el primer año de vida por heridas infantiles y el número de niños reportados como víctimas de abuso.

Además de otros programas en que parte de la estrategia es hacer visitas a domicilio para aumentar las habilidades de comunicación de las madres adolescentes con sus hijos y/o promover el desarrollo normal del niño.

Albergues.- se ha observado que las mujeres que tienen pobres condiciones de vivienda experimentan efectos adversos sobre su salud y embarazo. Por lo que muchas madres jóvenes en condiciones de desventaja y pobre calidad de vivienda, mejoran los resultados del nacimiento si ingresan a un albergue.

En México existen los distintos servicios sugeridos por la literatura internacional para las adolescentes que se embarazan (atención prenatal, cuidado de la salud, albergues, etc.). Sin embargo dado el contexto social, económico y cultural no todas las adolescentes hacen uso de estos servicios, por lo que se crea la necesidad de educar a las personas para que accedan a los programas y los utilicen de manera adecuada.

Es claro que parte de la literatura sobre intervenciones psicosociales en madres y/o embarazadas adolescentes tienen como objetivo promover una maternidad óptima o eficaz, sin embargo, aún no se ha mencionado en qué consiste este concepto, por lo que a continuación se revisan los antecedentes de la maternidad eficaz o competencia maternal.

CONCEPCIONES PSICOLÓGICAS DE UNA MATERNIDAD EFICAZ

Competencia maternal

Las definiciones de la competencia maternal difieren en relación a la edad, competencias de desarrollo y a las necesidades específicas del niño. La competencia maternal es definida por sus efectos, y aunque se ha estudiado desde diferentes perspectivas, todas convergen en considerar tres puntos principales.

La calidez, aceptación, y responsividad de los padres hacia las necesidades del niño, además de las expectativas apropiadas acerca del desarrollo infantil, son componentes universales de la competencia parental independientemente de la etapa de desarrollo del niño (Teti & Candelaria, 2002).

Anastasiow (1983) definió la competencia maternal como la conducta responsable por parte de la madre de hacerse cargo de las necesidades emocionales y educativas del niño, monitorear la salud de su hijo, promover el desarrollo del lenguaje, proveer apoyo psicológico y motivar al niño a dominar las tareas del desarrollo indicadas para su edad.

Otro elemento importante de la competencia maternal es la calidez, es decir, el tono afectivo positivo en la relación de la madre con su hijo, es la capacidad de dar y expresar afecto, por ejemplo, la calidez en la interacción materno-infantil temprana, es mediada por los intercambios cara a cara entre la madre y el niño y por la emisión de un tono de voz afectivo (Keller, Lohaus, Völker, Elben, & Ball, 2003).

Competencia maternal percibida

Un componente cognitivo de la competencia maternal son las creencias de autoeficacia maternal, Teti y Candelaria en 2002 encontraron en madres de bebés, que las creencias de auto eficacia maternal correlacionaron positivamente con la competencia maternal realizada, independientemente del efecto de otras variables.

Las creencias de autoeficacia, específicamente en el dominio de maternidad, representan una variable que explica significativamente una porción de la varianza observada en habilidades parentales y satisfacción. Entendiendo las creencias de autoeficacia parental como el grado en el que los padres se perciben a ellos mismos como capaces de llevar a cabo tareas asociadas al rol (Coleman & Karraker, 1998).

Las creencias de autoeficacia maternal se definen como estimaciones auto referentes de las madres acerca de su habilidad o competencia en su rol maternal. La autoeficacia maternal puede entenderse también, como la habilidad percibida de las madres para influir positivamente en la conducta y el desarrollo de su hijo. Implícitas en estas cogniciones está el conocimiento apropiado de estrategias de crianza así como la confianza en la propia capacidad para comprometerse efectivamente en estas conductas (Coleman & Karraker, 1998).

De acuerdo a los principios básicos de la teoría de la autoeficacia subrayados por Bandura (1986), se sabe que los adultos que se evalúan a sí mismos como competentes, que consideran que ellos pueden llevar a cabo una paternidad exitosa y que entienden los efectos probables de sus acciones como padres, tienen mayor probabilidad de ser promotores eficaces del desarrollo de sus hijos (Teti & Candelaria, 2002). Ya que la percepción de competencia en los padres se asocia con el uso de estrategias de crianza efectivas por parte de éstos (Coleman & Karraker, 1998; Teti & Gelfand, 2002).

Las creencias de autoeficacia parental incorporan dos elementos: 1) el nivel específico de conocimiento perteneciente a las conductas involucradas en la crianza de los hijos y 2) el grado de confianza en la capacidad de uno mismo para llevar a cabo esas conductas (Coleman & Karraker, 1998).

Los datos sugieren que las creencias de auto-eficacia maternal median los efectos de un número de variables de la madre y del niño sobre la calidad de la maternidad (Raver & Leadbeater, 1999). La alta autoeficacia parental correlaciona positivamente con calidez y control parental (Izzo, Weiss, Shanahan, & Rodriguez-Brown, 2000), con habilidades de crianza (Hill & Bush, 2001) y con monitoreo parental (Shumow & Lomax, 2002).

El estado del desarrollo de la literatura en este momento no permite hacer relaciones causales entre la autoeficacia maternal y resultados en las prácticas de maternidad en los niños, sin embargo, de acuerdo a esta revisión de la literatura se puede afirmar que la competencia maternal percibida explica una porción de la varianza de la competencia maternal realizada, y que es un buen indicador cuando no se puede evaluar directamente la competencia maternal, claro está, tratando de controlar otras variables como la deseabilidad social.

Programas de entrenamiento a padres

Existen programas de entrenamiento para padres para un amplio rango de poblaciones, programas que tienen un impacto positivo en el incremento de la competencia, autoeficacia y satisfacción maternal. Para la población específica de madres adolescentes, en un meta análisis de cuatro estudios llevado a cabo por Coren, Barlow, y Stewart-Brown en 2003 sobre el efecto de programas de entrenamiento a padres para madres adolescentes con modalidad individual y grupal, mostró resultados positivos en el conocimiento de conductas deseables en una madre, en la interacción materno infantil, en las actitudes hacia la maternidad y en la preparación cognitiva para la maternidad.

Es difícil predecir quienes serán los padres que no tendrán las competencias necesarias para llevar a cabo su rol paterno, por lo que es necesario adoptar una aproximación universal en la que se de entrenamiento a la población general para promover una paternidad efectiva con el objetivo de incrementar la competencia paternal, las prácticas de crianza adecuadas y reducir el riesgo de maltrato infantil (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003).

Un ejemplo es el Programa Parental Positivo (Triple P) desarrollado por Sanders et al. en 1977, es un programa que intenta mejorar los factores de protección familiar y disminuir los factores de riesgo asociados con problemas emocionales y conductuales graves en niños que comprenden desde los 0 a los 16 años. Se basa en una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples (véase tabla 3) para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantil (Sanders et al., 2003).

De acuerdo a Sander y colaboradores (2003) el programa intenta “aumentar el conocimiento, las habilidades, la confianza, la autosuficiencia y los recursos de padres de niños preadolescentes. Fomentar ambientes educativos, sanos, comprometidos, no violentos y de baja conflictividad. Y fomentar competencias sociales, emocionales, de lenguaje, intelectuales y conductuales de los niños por medio de prácticas de educación parental positiva” p 391.

Hay evidencia de que el programa Triple P es una estrategia eficaz para promover una paternidad óptima, de acuerdo a los siguientes criterios: replicación de los hallazgos por diferentes equipos de investigación, resultados clínicamente significativos para las familias, efectividad en los diferentes niveles de intervención, satisfacción del consumidor y eficacia con varios tipos de familia (Sanders et al., 2003).

Tabla 3. Muestra el modelo de la triple P para el apoyo parental y familiar

Nivel	Población	Estrategia
La Triple P general	Todos los padres interesados en la información para fomentar el desarrollo de sus hijos.	Proporcionar información acerca de desarrollo y comportamiento leves.
Triple P selectiva	Padres con una preocupación específica del comportamiento o desarrollo de sus hijos	Consejería específica acerca de conducta específica referida por los padres
Triple P de Atención primaria	Padres con una preocupación específica del comportamiento de sus hijos que requieren del entrenamiento de habilidades activas	Programa de terapia breve (de una a cuatro sesiones) que combina consejería, ensayo y auto evaluación de habilidades específicas para manejar la conducta de problema específica del niño.
La Triple P estándar	Padres se niños con problemas de conducta graves. Que desean un entrenamiento intensivo en habilidades de educación parental positivas.	Programa intensivo de entrenamiento que se centra en la interacción padre-hijo y en la adquisición de habilidades parentales para un amplio rango de conductas.
La Triple P mejorada	Padres con problemas conductuales infantiles y al mismo tiempo disfunciones familiares	Programa intensivo con módulos que incluyen visitas domiciliarias para promover habilidades de educación parental, entrenamiento en estrategias de manejo del estado de ánimo, habilidades de enfrentamiento al estrés y habilidades de apoyo al otro miembro de la pareja.

Nota. Adaptación del original presentado por Sanders y colaboradores (2003).

El programa que describen Sanders y colaboradores (2003) tiene cinco principios básicos:

Asegurar un ambiente seguro, supervisado y por consiguiente, protector, que le ofrezca al niño la oportunidad para explorar, experimentar y jugar. Este principio es esencial para fomentar un desarrollo saludable y para prevenir accidentes y lesiones en casa.

La creación de un ambiente positivo de aprendizaje, esto implica educar a los padres acerca de su papel como primeros profesores de sus hijos, se les entrena para que sean receptivos y a su vez estimulen el aprendizaje de sus hijos.

La utilización de la disciplina asertiva. Se enseñan estrategias específicas de manejo del niño que son alternativas a la disciplina ineficaz y coercitiva (como gritar, amenazar y utilizar el castigo físico).

Tener expectativas realistas. Este elemento implica explorar con los padres sus expectativas, suposiciones y creencias sobre las causas del comportamiento de sus hijos y elegir objetivos que sean evolutivamente apropiados para el niño y realistas para los padres.

Cuidarse a uno mismo como padre y madre: la educación parental es afectada por una serie de factores que tienen impacto sobre la autoestima, y bienestar de los padres. En niveles de intervención más intensa se enseña a los padres habilidades de comunicación eficaz y como su estado emocional afecta su papel como padres y, en consecuencia, el comportamiento de sus hijos. En el nivel de triple P mejorado hay un módulo en que se enseña habilidades de afrontamiento a los padres que experimentan dificultades de adaptación personal, que interfieren con su capacidad de educación parental

Modelos de afrontamiento en adolescentes

Modelo de afrontamiento de Frydenberg.

Frydenberg y Lewis (1993) definen el afrontamiento como *“un grupo de acciones, cogniciones y respuestas afectivas que surgen como reacción a un evento particular. Estas respuestas representan un intento por restaurar el equilibrio o resolver una perturbación del individuo. Esto puede lograrse a través de la solución del problema (esto es, modificar el estímulo) o acomodarse a las circunstancias sin tratar de lograr una solución “(p. 225).*

Frydenberg en 1999 hace tres consideraciones: primero el afrontamiento se refiere al intento de manejar el estrés, más que a la eficacia de sus resultados; segundo, este intento puede consistir en acciones conductuales o en cogniciones y tercero, el afrontamiento puede ser un proceso que cambia a través del tiempo o en un evento particular.

Frydenberg y Lewis (1999) propusieron una clasificación del afrontamiento en adolescentes que consiste en 18 estrategias de afrontamiento obtenidas empíricamente y que se agrupan en tres estilos básicos de afrontamiento: dirigido a la resolución del problema (dirigido al problema, trabajar para resolver el problema), afrontamiento emocional en relación con los demás (en referencia a los otros, por ejemplo, buscar apoyo social) y afrontamiento improductivo (culpa y preocupación).

Fydenberg y Lewis (1997) describen las dieciocho estrategias de afrontamiento en qué consiste su modelo:

Búsqueda de apoyo social; indica la inclinación a compartir el problema con otros y conseguir apoyo para arreglarlo.

Centrado en la resolución del problema; se refiere a buscar de forma sistemática la solución para los problemas considerando diferentes puntos de vista en la elección de opciones de solución.

Trabajar rigurosamente en el logro; describe una actitud de compromiso, ambición y trabajo para alcanzar los propios objetivos.

Preocupación; indica intranquilidad acerca del futuro en general y más específicamente por no lograr felicidad en el futuro.

Inversión en las relaciones íntimas con los amigos; es un compromiso intenso con las relaciones amistosas.

Búsqueda de pertenencia; indica el cuidado y atención para que la relación de uno mismo con los otros funcione, tratando de ser empático.

Buenos deseos; se caracteriza por esperar y anticipar resultados positivos.

Acción social; es buscar apoyo de organizaciones a través de peticiones escritas u actividades organizadas tales como convocar a mítines.

Reducción de la tensión; es intentar hacer algo para que uno mismo se sienta mejor a través de la liberación de la tensión.

No afrontar; refleja la incapacidad del individuo para dirigirse al problema y/o desarrollar síntomas psicósomáticos.

Ignorar el problema; se refiere a un bloqueo consciente del problema, resignación y aceptación de que no se puede hacer mucho para resolver el problema.

Culpa; es cuando el individuo se responsabiliza a sí mismo por los problemas y se siente preocupado por ello.

Guardar para sí mismo; refleja el aislamiento de los otros y ocultar las propias preocupaciones a las otras personas.

Búsqueda de apoyo espiritual; consiste en orar y/o tener creencias de que un líder espiritual puede ayudar al adolescente a sentirse mejor.

Centrado en lo positivo; es enfocarse en las cosas buenas de la situación y tener una visión optimista.

Búsqueda de apoyo profesional; denota el que el adolescente se apoye en profesionales tales como los consejeros, maestros, etc. para ayudarlo a solucionar problemas.

Búsqueda de diversiones y relajamiento; se refiere a elegir actividades de descanso como leer, pintar, escuchar música, ver televisión etc. para sentirse libre de tensión.

Recreación física; se refiere a actividades deportivas para liberar la tensión.

El modelo de afrontamiento de Frydenberg y Lewis (1999) intenta ser integral ya que considera los factores individuales y situacionales, la interpretación de la persona de las circunstancias y sus recursos para enfrentarse a éstas, todos estos elementos codeterminan el estilo de afrontamiento que emplea la persona.

Existe controversia acerca de si el afrontamiento es un rasgo en el individuo o un estado, Frydenberg defiende la postura de que el afrontamiento es un estilo, es decir, contextual y cambiante, por lo que no se puede considerar un rasgo. Entendiendo rasgo de afrontamiento como una dimensión latente con estabilidad temporal e intersituacional y estilo de afrontamiento como la tendencia general de un individuo a preferir una clase particular de respuestas de afrontamiento considerando el problema específico (Lazarus & Folkman, 1984).

Frydenberg y Lewis (1999) piensan que las habilidades de afrontamiento pueden ser enseñadas, a través de compartir experiencias con otros y a partir de hablar y comunicarse con los demás, por lo que parte de los objetivos en el entrenamiento es desarrollar las habilidades sociales en la vida cotidiana y en distintos contextos, la familia, la escuela, etc.

Modelo de respuestas al estrés de Compas.

De acuerdo a Compas (1998) el afrontamiento es solo un segmento de un amplio dominio de formas en que el individuo responde al estrés, esto incluye respuestas voluntarias e intencionales de la persona que representan el afrontamiento, también hay respuestas involuntarias al estrés que están muy relacionadas, pero que no son parte del proceso de afrontamiento. Las respuestas involuntarias son las que dependen del temperamento y/o de la práctica repetida de un patrón de comportamiento sobreaprendido que no requiere control voluntario.

El afrontamiento se refiere a las respuestas voluntarias hacia el estrés, es decir, respuestas que están bajo control personal y que involucran procesos conscientes orientados a la regulación de las respuestas cognitivas, conductuales, emocionales y fisiológicas para encarar un estresor determinado (Compas, 1998). Las respuestas voluntarias tienen una meta dirigida.

Las respuestas voluntarias e involuntarias al estrés se distinguen en una segunda dimensión de compromiso o no compromiso con el estresor. Las respuestas comprometidas implican aproximación y las no-comprometidas evitación (Compas, 1998).

Las respuestas comprometidas de afrontamiento a su vez se dividen en estrategias de control primario o secundario. El control primario involucra intentos por cambiar directamente una situación negativa o bien regular las respuestas emocionales o fisiológicas a través de la solución de problemas y la expresión o control de la emoción.

Mientras que el control secundario involucra esfuerzos por adaptarse o acomodarse a la situación a través de estrategias como la distracción, aceptación o pensamiento positivo (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, & Saltzman, 2000).

Las respuestas involuntarias al estrés pueden ser comprometidas, como la rumiación, pensamientos intrusivos, activación fisiológica o emocional y acciones impulsivas; y las no comprometidas son interferencia cognitiva, inacción, escape e insensibilidad emocional (Connor-Smith et al., 2000).

Compas et al. (1993) a partir de este modelo propusieron los siguientes estilos de afrontamiento: afrontamiento comprometido de control primario (solución de problemas, expresión y regulación emocional), comprometido de control secundario (aceptación, pensamiento positivo, distracción, etc.), afrontamiento no comprometido (evitación, negación o pensamiento mágico), respuestas involuntarias comprometidas (pensamientos intrusivos, rumiación, activación fisiológica, etc.) Y respuestas involuntarias no comprometidas (interferencia cognitiva, escape, inacción).

Compas (1995) reconoce que las habilidades de afrontamiento pueden ser aprendidas y enseñadas, ya sea que se dirijan hacia el estrés cotidiano, crónico o agudo. Los programas para enseñar habilidades de afrontamiento para el estrés cotidiano se dividen en dos clases, uno consiste en desarrollar en los jóvenes habilidades para la vida dirigidas a enfrentar los problemas de la vida diaria, y el segundo grupo enseña habilidades a los jóvenes para evitar conductas asociadas al abuso de sustancias, a prevenir el embarazo y a controlar la conducta antisocial.

Modelo de estrés y afrontamiento de Seiffge- Krenke.

Seiffge- Krenke y Kavsek (1996) hablan de que el afrontamiento puede interpretarse como un rasgo o un estilo, dependiendo del nivel de abstracción en la descripción de los procesos de afrontamiento. Sin embargo, su postura es que se trata de un rasgo que se forma durante la adolescencia temprana, en la cual las formas de afrontamiento son inestables, pero que en la adolescencia tardía se vuelve más predecible la forma en que enfrentará el adolescente.

Estos mismos autores hacen una distinción entre formas de afrontamiento funcionales y disfuncionales, en el afrontamiento funcional incluye el afrontamiento activo (basado en los recursos externos y sociales) y en afrontamiento interno (basados en los recursos propios y particulares) que consisten en actividades como búsqueda de información o enfatizar la reevaluación cognitiva del estresor. Este afrontamiento funcional refiere esfuerzos por manejar el problema, ya sea con la búsqueda activa de apoyo, acciones concretas o reflexionando sobre posibles soluciones. Por otro lado, el afrontamiento disfuncional incluye negación o represión y una actitud fatalista que no permiten solucionar el problema en un momento dado (Seiffge-Krenke & Kavsek, 1993).

Seiffge-Krenke (2000) realizó uno de los escasos estudios longitudinales que se han efectuado sobre este tema, que evidencia una clara relación entre afrontamiento evitativo y psicopatología, relación que se mantiene a lo largo del tiempo. Asimismo se ha puesto de relieve la relación entre trastornos específicos, concretamente depresivos, y estilo de afrontamiento evitativo (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Estrategias del entrenamiento en habilidades de afrontamiento

“El entrenamiento en habilidades de afrontamiento enseña a las personas estrategias a las que pueden recurrir para solucionar sus dificultades de forma autónoma. El entrenamiento beneficia, especialmente si incluye un módulo de reestructuración cognitiva, ya que las personas entienden las bases de muchos de sus problemas, además de que les facilita herramientas específicas para abordar los problemas y reducir el estrés. Provee a la persona un marco complementario de técnicas cognitivas y conductuales que pueda utilizar para enfrentar un amplio universo de problemas y de fuentes de estrés aun mucho tiempo después de que el contacto terapéutico haya concluido (Sank & Shaffer, 1984).

Por ejemplo, es probable que las habilidades de afrontamiento que se enseñan durante la adolescencia tengan efecto en la eficacia de afrontamiento del adulto (Petersen, Kennedy , & Sullivan, 1991). Al parecer enseñar estrategias efectivas de afrontamiento pueden influir en un círculo positivo de resiliencia que proteja a los adolescentes del estrés en la vida adulta. Por el contrario, la carencia de habilidades de afrontamiento incrementa la posibilidad de que el individuo experimente dificultades emocionales y conductuales incluso en periodos de estrés moderado y de ausencia de vulnerabilidad física.

Se basa en el entrenamiento del individuo en técnicas que mejoren su capacidad de auto-observación y auto-corrección de sus pensamientos, su conducta y sus emociones. Algunas técnicas entrenan al individuo a interpretar situaciones de una manera menos amenazante (menos estresante). Otras técnicas cognitivas enseñan a identificar pensamientos negativos, errores en la interpretación de la realidad, tendencias individuales que generan estrés, etc., para después enseñar a cambiar estas tendencias o procesos (Meichenbaum, 1983).

Las estrategias cognitivas provienen de las terapias cognitivas que de acuerdo a Dobson y Dozois (2000) se basan en los siguientes supuestos básicos:

Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".

La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).

Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.

La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

También Dobson y Dozois (2000) en cuanto al estilo las terapias cognitivas enfatizan:

La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.

Un enfoque orientado al problema y los objetivos.

El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

La Terapia Racional- Emotivo – Conductual (TREC) es un modelo cognitivo que fue desarrollado por Albert Ellis en 1962 y se basa en la idea general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos (irracionales). Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

La Terapia Racional Emotivo Conductual tiene una forma establecida de ver al ser humano, considerándolo como un científico capaz de utilizar la lógica y las pruebas empíricas y formular una filosofía básica propia. La tendencia a formular dicha filosofía en forma flexible o rígida constituye el marco de referencia principal para determinar la adaptación o perturbación emocional del individuo (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

La teoría racional- emotiva afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida. Estas evaluaciones se verbalizan en forma de palabras dogmáticas como: “debo”, “tengo”, ”es mi obligación” etc. Estas creencias son consideradas como irracionales, porque suelen, (aunque no siempre) impedir y obstaculizar que las personas consigan sus metas y propósitos (Dryden y Ellis, 1989).

Ellis (1962) propone que las tres principales creencias irracionales (primarias) son:

Referente a la meta de Aprobación/Afecto: "Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".

Asociada a la meta de Éxito/Competencia o habilidad personal: "Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

Vinculada a la meta de bienestar: "Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

La terapia racional emotiva implica el uso de un método de cuestionamiento científico-lógico, empírico para debatir las creencias irracionales detectadas en el paciente mediante preguntas retóricas (Ellis & Russell, 1986). Sin embargo el terapeuta no solo aplica el debate en sus intercambios con el paciente, sino que enseña a sus pacientes a aplicar el método ellos mismos.

El proceso por el que se produce el cambio en la persona puede comprenderse imaginando la sesión en términos de una cadena de acontecimientos A-B-C-D-E: "A" es un acontecimiento externo al que la persona se expone, "B" una serie de pensamientos (autoverbalizaciones implícitas) que la persona crea en respuesta a A, "C" constituyen las emociones y conductas que resultan de B, "D" representa los intentos del terapeuta de modificar lo que ocurre en B, aquí el terapeuta le muestra al paciente cómo descubrir, debatir y discriminar sobre sus pensamientos irracionales y en su lugar sustituirlos por pensamientos funcionales y "E" son las emociones y conductas nuevas surgidas a raíz de D (véase Tabla 4).

Por otro lado, la terapia racional emotivo conductual emplea una aproximación multidimensional que incorpora técnicas cognitivas, emotivas y conductuales. Sin embargo su principal herramienta terapéutica es el método lógico-empírico de cuestionamiento científico, desafiando y debatiendo creencias irracionales de los individuos.

En este enfoque el terapeuta puede seleccionar entre una amplia variedad de técnicas incluyendo el auto-monitoreo de pensamientos, biblioterapia, juego de roles, modelamiento, imagería, ejercicios contra la vergüenza, métodos de relajación, condicionamiento operante y entrenamiento de habilidades (Ellis, 1979).

Tabla 4. Fases y objetivos que integran la Terapia Racional Emotivo Conductual

Fases	Objetivos
A	Establecer los acontecimientos activadores, los pensamientos o los sentimientos que tienen lugar justo antes de que el paciente se sienta perturbado emocionalmente o de que actué de modo contraproducente.
B	Develar las creencias irracionales que median entre los elementos activadores y la perturbación emocional o la conducta desadaptativa.
C	Codificar los sentimientos perturbadores y conductas desadaptadas que tienen lugar como consecuencia de las creencias irracionales.
D	Discutir las creencias irracionales sostenidas en B, bien de modo socrático o por otros medios.
E	Poner de relieve las nuevas creencias racionales adaptativas que surgen de las creencias irracionales (desadaptativas).
F	Codificar los nuevos sentimientos y conductas que surgen como consecuencia de la reestructuración de las creencias irracionales.

Nota. Versión original de Méndez, Olivares y Moreno (1998).

Otro modelo de intervención que se emplea en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento es el de D’Zurilla y Nezu (2000) que definen la solución de problemas la definen “el proceso autodirigido cognitivo-afectivo-conductual por el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones adaptativas para problemas específicos de la vida diaria” (p 211).

En la terapia de solución de problemas sociales D’Zurilla y Nezu (2000) proponen los siguientes componentes del proceso: 1) orientación hacia el problema y 2) solución de problemas a continuación se describe este proceso:

Orientación hacia el problema: consiste en reconocer que los problemas son parte de la vida diaria y engloba cinco conceptos importantes: percepción, que es una tendencia general de darse cuenta cuando existe un problema, atribución se refiere a lo que la persona piensa que lo provocó u origen y la valoración que es la relevancia o significación personal y/o social que el individuo le da.

La orientación hacia el problema implica la percepción de control; que tiene dos componentes: la auto-eficacia generalizada que se tiene sobre la solución de problemas y la expectativa de resultado, es decir que el individuo perciba su problemática factible de solución. Compromiso tiempo/esfuerzo; también tiene dos partes: la probabilidad de que una persona calcule adecuadamente el tiempo que le llevaría solucionar un problema y la probabilidad de que el individuo le quiera dedicar tiempo y esfuerzo para solucionar el problema.

Solución del problema involucra la aplicación de cuatro habilidades diseñadas para maximizar la probabilidad de encontrar la solución más efectiva para un problema particular y consisten en:

Definir y formular el problema, reside en la recolección de información relevante basada en hechos, clarificar la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución y por último revalorar la relevancia del problema para el bienestar personal y o social.

Generar soluciones alternativas, en esta etapa se hacen disponibles tantas alternativas de solución como sea posible, haciendo énfasis en tres principios básicos: principio de cantidad (mientras más alternativas de solución se produzcan, será más fácil encontrar la más deseable), principio de aplazamiento de juicio (no evaluar la viabilidad o utilidad de las soluciones propuestas, sino hasta una etapa más avanzada del proceso) y principio de variedad (a mayor rango en la variabilidad de las ideas de solución, una mejor idea puede descubrirse).

Tomar decisiones, el objetivo de esta fase es evaluar (comparar o juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la “mejor” (es) para implementarla (s) en la situación problemática. Y consiste en la anticipación, evaluación y planeación de los resultados de la solución.

Ejecutar y verificar la solución, en esta etapa se realiza la estrategia elegida y se verifica su efectividad, comparando el resultado actual con el resultado esperado y si se considera el problema resuelto se promueve el autoreforzamiento. Si el resultado no ha sido el esperado, investigar el proceso y hacer los cambios necesarios para llegar a un resultado satisfactorio.

Cuando un individuo participa en un entrenamiento de solución de problemas se espera que aprenda las siguientes habilidades a) la práctica de reconocer un rango de posibles situaciones problemáticas en el ambiente; 2) la capacidad de generar múltiples alternativas de solución a los problemas interpersonales; 3) la práctica de planear una serie de pasos necesarios para alcanzar una meta dada; 4) anticipar las consecuencias a corto y largo plazo de la alternativa elegida; e 5) identificar los elementos motivacionales asociados (Dobson y Dozois, 2000).

Evidencia empírica sobre el entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Las intervenciones para incrementar las habilidades de afrontamiento han demostrado ser una poderosa herramienta, con resultados eficaces en el autocontrol emocional, la solución de problemas y habilidades de comunicación (Beck & Fernandez, 1998; Deacon & Abramowitz, 2004) cualidades deseables en el rol materno (Heicnike, 2002; Sanders et al., 2000). Estas intervenciones enseñan a las personas un proceso de solución de problemas, así como habilidades de control de emociones para adaptarse a las situaciones estresantes.

En el entrenamiento en habilidades de afrontamiento se emplean estrategias cognitivo-conductuales que poseen respaldo empírico en diferentes poblaciones y con distintos problemas, por ejemplo en ansiedad generalizada (Mitte, 2005), pánico (Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske, 2005), en adicciones (Leshner, 1999), y en entrenamiento a padres (Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor, 2000).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento ha probado su eficacia en el incremento de estrategias de afrontamiento como búsqueda de apoyo social, prevención de situaciones de riesgo y en el desarrollo de expectativas realistas en pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa (Binford, Mussell, Crosby, Peterson, Crow, & Mitchell, 2005). Así mismo el entrenamiento en habilidades de afrontamiento ha mostrado su eficacia en la disminución de niveles de depresión de mujeres que son pareja de una persona con adicción al alcohol (Rychtarik & McGillicuddy, 2005).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento mostró su eficacia en población general para incrementar la solución activa de problemas y el aumento de autoverbalizaciones positivas, así mismo ayudó a disminuir estrategias disfuncionales como la rumiación y la culpa, en el cual los participantes mantuvieron los cambios en el seguimiento que se realizó dos años después de la intervención (Bodenmann, Perrez, Cina & Widmer, 2002).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento también funcionó en la prevención de la aparición de estrés marital mejorando estrategias de comunicación en la pareja (Bodenmann, Charvoz, Cina, & Widmer, 2002). Así mismo mostró eficacia para incrementar la expresión emocional en parejas en las que un miembro tenía depresión (Bodenmann, Plancherel, Beach, Widmer, Meuwly, et al 2008).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento también ha mostrado ser de utilidad para disminuir ansiedad y problemas de conducta en adolescentes judíos, a su vez ayudo a incrementar su autoestima (Yahav & Cohen, 2008).

Si bien no se encontró evidencia del efecto directo del entrenamiento en habilidades de afrontamiento en adolescentes embarazadas, hay conocimiento de que tiene incidencia en el fortalecimiento de habilidades que son deseables para el afrontamiento de distintos estresores de los cuales la adolescente que se embaraza no esta exenta, por ello se consideró necesario someter a prueba un entrenamiento de habilidades de afrontamiento en esta población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo durante la adolescencia se considera como un problema de salud pública debido a que se ha observado que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de no cuidar adecuadamente a sus hijos (Secco et al., 2002) ya sea por la etapa del desarrollo en que se encuentran, por su inexperiencia o por la carencia de habilidades para enfrentar los estresores asociados a la maternidad (Wiemann, Rickert, Berenson & Volk, 2005).

Hay una postura predominantemente social que expone la deseabilidad de entender el entorno social y cultural de la adolescente que se embaraza. El significado e implicaciones del embarazo pueden variar en cada contexto (Stern, 2004; 1997). Algunos autores argumentan que el embarazo adolescente es funcional desde un punto de vista biológico (Geronimus, 2003) para el desarrollo profesional (Luker, 1996) o para un crecimiento personal desarrollando esperanza en el futuro, abandono de adicciones, el retorno a los estudios, restablecimiento de relaciones afectivas, etc. (Merrick, 2001).

Actualmente en México hay la menor tasa de hijos de madres adolescentes registrados (INEGI, 2007), no obstante, es importante conocer cuáles son las necesidades de las adolescentes que se embarazan para desarrollar estrategias de prevención e intervención.

El primer objetivo de este estudio fue conocer la vivencia del embarazo y la maternidad en un grupo de adolescentes del Distrito Federal de nivel socio-económico medio-bajo. Si bien los resultados no se pueden generalizar, da elementos para conocer las necesidades de prevención y/o intervención para este grupo particular.

El segundo objetivo de esta investigación fue diseñar y probar un programa de intervención dirigido a mantener y/o incrementar la competencia maternal percibida de la adolescente embarazada ya que se asocia a la competencia maternal realizada (Teti & Candelaria, 2002) y desarrollar y/o fortalecer estrategias eficaces de afrontamiento al estrés.

El costo de la prevención es mucho menor que el de las consecuencias de la falta de estimulación, el maltrato o el cuidado inadecuado del niño, muchas veces debidos a la incompetencia maternal o a la incapacidad de la madre para manejar las situaciones estresantes.

Un factor de la competencia maternal son las creencias de autoeficacia, que explican significativamente una porción de la varianza observada en habilidades maternas (Teti & Candelaria, 2002), con el afán de promover la competencia maternal, es deseable incrementar la competencia maternal percibida, así como factores protectores del funcionamiento en la madre, como las respuestas adaptativas ante situaciones estresantes (habilidades de afrontamiento), lo que repercutirá en el bienestar del niño y de la madre.

ESTUDIO UNO: VIVENCIA SUBJETIVA DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD DE LAS ADOLESCENTES

Propósito

Si bien la literatura reporta que las adolescentes embarazadas experimentan varios déficit en el afrontamiento al embarazo y en la crianza del bebé, en México no hay suficiente información al respecto. Por eso el propósito de este estudio fue explorar cuál fue la vivencia subjetiva del embarazo y la maternidad de la población blanco para tener elementos que guiaran el diseño de la intervención.

Método

Participantes

En este estudio participaron veinte adolescentes cuyas edades estuvieron entre 14 y 18 años, aceptaron de manera voluntaria e informada participar en un grupo focal. Las participantes eran pacientes que asistían a consulta a la clínica del adolescente de un centro de salud perteneciente al Departamento del Distrito Federal.

Al momento de la recolección de datos, diez participantes se encontraban entre el segundo y tercer trimestre de embarazo. Y las otras diez participantes eran madres de bebés con edades entre 1 mes de vida y 1 año de edad. Las participantes se asignaron a dos grupos, uno en el que participaron las adolescentes embarazadas (grupo uno) y otro al que asistieron las madres adolescentes (grupo dos).

Instrumento

Una guía de preguntas para el grupo focal. Esta guía fue revisada por tres doctoras en psicología, una de ellas experta en métodos cualitativos, otra experta en adolescentes y otra más experta en salud reproductiva (véase anexo 1).

Material

Se emplearon dos grabadoras marca aiwa modelo RM-P3W y cuatro audio cassetes marca JVC modelo AFII 90, cada uno grabó 90 minutos de información, 45 minutos por cada lado, 20 tarjetas, galletas, jugos, 20 baberos, 20 estuches de sombras y 20 bolsas de regalo.

Escenario

Ambos grupos focales se llevaron a cabo en el salón audiovisual de un centro de salud ubicado en Distrito Federal. En este espacio se colocaron las sillas en orden circular, con el espacio libre al centro del círculo.

Procedimiento

Grupo Focal uno.

Durante la consulta prenatal de cada adolescente embarazada, una pediatra que da atención en la clínica del adolescente, las invitó a participar en una investigación coordinada por una psicóloga de la facultad de psicología.

La pediatra explicó a las adolescentes que la psicóloga estaba interesada en conocer las experiencias que viven las mujeres durante el primer embarazo. La pediatra les comentó que era una sesión única que duraba aproximadamente dos horas.

A las adolescentes que aceptaron participar se les comentó la hora y día en que se llevaría a cabo el grupo focal. Y para garantizar que asistieran la doctora les programó su próxima consulta prenatal el mismo día en que se llevó a cabo el grupo focal.

El grupo focal fue dirigido por una psicóloga titulada familiarizada con la población de adolescentes embarazadas de este centro de salud.

Conforme fueron llegando las participantes les dio un gafete con su nombre y les indicaba donde sentarse. Mientras iban llegando las demás participantes la psicóloga estableció rapport con las adolescentes que ya estaban en la sala.

Cuando ya se reunió todo el grupo la psicóloga se presentó y explicó a las participantes el objetivo de esa sesión comentando “mi interés por platicar con ustedes es conocer un poco acerca de cómo las mujeres viven su primer embarazo”.

Después les pidió a las participantes su consentimiento para que la sesión fuera audiograbada. Aclarándoles que era solo para fines de la investigación y que se garantizaba el anonimato y la confidencialidad de la información. Todas las adolescentes aceptaron que la sesión fuera audiograbada. En ese momento se accionaron simultáneamente dos grabadoras. Y la psicóloga inició el grupo focal, al terminar el grupo focal dio las gracias a las adolescentes por participar. Se les invitó a tomar galletas y jugo.

Y se le dio a cada una de las adolescentes una bolsa de regalo que contenía un babero de bebé y un estuche de sombras para ojos. Diciéndoles que era una pequeña retribución por su tiempo y por su participación.

Grupo focal dos.

Una psicóloga titulada, que había impartido un taller durante su embarazo a las madres adolescentes, las llamó por teléfono para invitarlas a participar en la investigación. Las instrucciones que empleó para invitarlas fueron “te llamó para invitarte a participar en una investigación que consiste en que te reúnas con un grupo de mamás jóvenes al igual que tú, para que nos platicuen algunas experiencias de ser mamá. Sería una sesión única que duraría aproximadamente dos horas. ¿Te gustaría asistir?”. Cuando las adolescentes accedían a asistir se les decía la fecha, hora y lugar en donde se llevaría a cabo el grupo focal.

El grupo focal se llevó a cabo a las 11:30 a.m. Participaron dos psicólogas, la que les llamo por teléfono que ya conocía con anticipación a las madres adolescentes (psicóloga uno) y una psicóloga que no había tenido contacto previo con ellas (psicóloga dos).

Conforme fueron llegando las participantes se les daba un gafete con su nombre y se les indicó en donde sentarse.

Cuando estuvieron todas las participantes se procedió a pedirles autorización para que la sesión fuera audiograbada, aclarándoles que era solo para fines de la investigación y que se garantizaba su anonimato y la confidencialidad de la información.

Todas aceptaron que la sesión fuera audiograbada. En ese momento se accionaron simultáneamente dos grabadoras. La psicóloga uno dio la bienvenida a las participantes y presento a la psicóloga dos.

La psicóloga dos saludó a las participantes y procedió a indagar sobre la experiencia de la maternidad. Durante el desarrollo del grupo focal ambas psicólogas tuvieron una participación equitativa. Al terminar el grupo focal se dio las gracias a las adolescentes por participar. Se les invitó a tomar galletas y jugo. Y se le dio a cada una de ellas una bolsa de regalo que contenía un babero de bebé y un estuche de sombras para ojos. Diciéndoles que era una pequeña retribución por su tiempo y por su participación.

Análisis de la información

Se hizo una primera aproximación al análisis de los temas mencionados por las adolescentes. Se identificaron y desarrollaron los contenidos esenciales a través de la reflexión, descripción y escritura. Este procedimiento buscó formular temas que se constituyeron en unidades de significado de la experiencia y que permitieron describir aspectos de la vivencia de las adolescentes.

Para ordenar el proceso de escritura se hicieron guiones analíticos mostrando cada uno de los temas en desarrollo, que se fueron modificando en la medida que avanzó el análisis y la escritura. Esto fue posible debido a la reflexión de los datos, la discusión sobre los temas y la consulta bibliográfica. Se realizó un análisis en el que se profundizó en el fenómeno y se desarrollaron los temas finales.

Descripción de la información obtenida

Por fines prácticos este análisis se presenta en orden cronológico, sin embargo no quiere decir que la vivencia del embarazo tenga un proceso determinado y que todas las adolescentes pasen por lo mismo, y en el mismo orden. Ya que finalmente la vivencia del embarazo y la maternidad es una experiencia particular y subjetiva. El propósito de lo que se presenta a continuación como hallazgos del estudio, es presentar algunas formas en que las adolescentes describen su embarazo y reciente maternidad.

Darse cuenta del embarazo.

Algunas adolescentes refirieron que al principio rechazaron la idea de estar embarazadas, “no, no creo que esté embarazada” o que dejaron pasar el tiempo como si no hubiera ningún indicio de embarazo e ignoraron el hecho de que no tuvieran la menstruación cada mes, como si no pasara nada “no pensaba en eso solo recuerdo que me dolía mucho la cabeza, pero era como si no estuviera pasando nada, hasta que mi mamá se dio cuenta cuando yo ya tenía cinco meses”.

Al reconocer y aceptar su embarazo las adolescentes mencionaron como primera reacción mucho temor, principalmente a la reacción de los padres ante la noticia “creí que cuando lo supiera mi papá me golpearía y me correría de la casa”, “pensé que mi mamá se iba a enojar y me iba a decir que tenía que ser yo la única de la familia que saliera con su domingo siete, y que sería la vergüenza de la familia”.

Algunas adolescentes refirieron sensación de soledad y no contar con nadie para afrontar la noticia del embarazo, “no podía platicárselo a nadie porque mis hermanas son bien chismosas y le iban a decir a mi mamá”. Al menos que contaran con el apoyo de la pareja “Horacio (la pareja) me apoyó desde el primer momento, él se puso contento y me dijo que íbamos a salir adelante, que no me preocupara, entonces yo supe que podía contar con él”.

Las adolescentes que no percibían que pudieran ser apoyadas ante el embarazo, mencionaron como primera reacción rechazo al bebé y pensar en el aborto como una alternativa “me sentía muy mal, me la pasaba llorando y odiaba a mi novio por no responder como hombre, entonces pensé en el aborto”. Al parecer otra razón para considerar el aborto es la percepción de que tener un hijo limitaría su crecimiento personal “yo no sabía qué hacer, ya no iba a poder estudiar y no me sentía preparada para tener una familia y todas esas cosas, y si quise abortar pero me dio miedo”.

También mencionan la presión de los pares para abortar “es que cuando tú ya sabes que estás embarazada, la gente te dice que abortes (amigas) y te dicen cómo; que si el tesito, que si la hierba, que hagas mucho ejercicio y más”.

Comunicar la noticia de embarazo a la pareja.

La expectativa que tuvieron las adolescentes al comunicar la noticia del embarazo a sus parejas fue la de recibir apoyo, ya sea para abortar o para continuar con el embarazo. Aunque no siempre recibieron el apoyo que esperaban “mi novio me dijo que no era de él (el bebé), y eso no me lo esperaba, pues yo lo quería y pensé que me apoyaría, pero yo no iba andarle rogando”, otra adolescente comentó “al principio yo quería abortar, pero él (su novio) me asustó y me dijo que si algo me pasaba, él no se haría responsable”.

Respuesta de la pareja ante el embarazo.

Las parejas de las participantes también eran adolescentes. Y si bien algunos se rehusaron a apoyarlas “me dijo que tenía que abortar porque él no podía tener un hijo en ese momento”, “según me iba apoyar pero después dejó de buscarme, y ya no sé nada de él, simplemente desapareció”.

La mayoría de los adolescentes asumió continuar la relación con la adolescente, sin embargo, no contaban con los recursos necesarios para responsabilizarse totalmente de la situación “nos fuimos a vivir con sus papás y que él se puso a trabajar”, “me dijo que iba a estar conmigo pero que yo tenía que decírselo a mis papás”, “queremos vivir juntos porque nuestro bebé necesita vivir con su papá y su mamá, pero no tenemos dinero para hacerlo”.

Comunicar la noticia del embarazo a la familia.

En la mayoría de los casos las adolescentes esperaban ser regañadas, reprendidas, golpeadas o incluso que las corrieran de su casa cuando comunicaran a la familia que estaban embarazadas. Y sólo en uno de los casos el papá reaccionó con violencia “mi papá se enojó mucho, hasta quiso golpearme, pero mi hermana no lo dejó, después me mando a vivir con mi tía y hasta el día de hoy no me habla, no quiere que me aparezca por la casa, dice que para él yo estoy muerta y eso me da mucha tristeza”.

Otra participante también comentó que su papá le dejó de hablar los primeros meses, pero que poco a poco se fue acercando a ella “yo sentía bien feo que llegara y le hablara a todo el mundo (el papá) y que a mí no, yo no existía para él, pero después se le fue pasando el coraje, sobre todo cuando mi panza creció y otra vez me hablo”.

Otras adolescentes evitaron decir lo de su embarazo, hasta que un tercero se diera cuenta “yo no dije nada, tenía mucho miedo, me ponía ropa grande y como siempre me he vestido así, tardo mucho para que se dieran cuenta, pero un día la comadre de mi mamá le dijo que yo estaba más gordita y mi mamá empezó a sospechar, hasta que me tocó la panza y me pregunto si estaba embarazada”.

Las adolescentes que decidieron comunicar a su familia lo del embarazo se acercaron primero a su mamá para decirles la noticia “yo se lo dije a mi mamá primero, siempre he tenido más confianza con ella, y sabía que me iba a regañar pero no como mi papá, pero no, no fue así, se puso a llorar”, “yo se lo dije a mi mamá y se enojó mucho, le echó la culpa a mis amigas y dijo que eso me pasaba por andar con malas compañías, que a ver si ahora ellas (las amigas) me iban a ayudar con el paquete”.

En algunos casos comunicaron la noticia del embarazo primero a la familia del novio “mi novio le dijo a sus papás y ellos hablaron con mi mamá”. Solo en dos de los casos la adolescente se lo dijo directamente al padre “como que mi papá pensó que yo haría todo lo que él no pudo hacer, estudiar y tener una carrera.

No sé, como que yo iba a hacer lo que él no pudo, y cuando le dije de mi embarazo, él se puso muy triste, muy triste, y eso me hizo sentir súper mal”. “Yo sentí mucho miedo cuando se lo dije a mi papá, porque mi mamá me dijo que yo se lo tenía que decir, pero creo que ella ya le había dicho algo, porque solo me dijo (el papá) que si Joel (la pareja) iba a hacerse cargo del niño”.

La familia, la pareja y la adolescente durante el embarazo.

Las adolescentes refirieron que independientemente de la reacción que tuvo la familia cuando se enteró del embarazo, ellas sintieron una sensación de alivio, “Se me quitó un peso de encima”, “descansé”, “ya pude dormir”, “se me quitó el dolor de cabeza”, etc. Pero viene una nueva etapa de experiencias, que están muy relacionadas con el tipo de relación que tiene la adolescente con su pareja, con su familia y con la familia de él.

No tuvieron apoyo de su pareja tres adolescentes (15%) ellas refirieron tristeza “me siento triste de que él no me busque, ya no por mí, sino por el bebé“. Sensación de soledad “es muy difícil estar sola en esto, una quisiera que alguien la abrazara y la apoyara”.

Señalaron sentir incertidumbre en tres aspectos “que le voy a decir a mi bebé de su papá”, “ya nadie va a querer estar conmigo seriamente, nadie va a querer hacerse cargo de un hijo ajeno”, “cómo voy a cuidar al bebé, mi mamá tiene que trabajar para mantener a mis hermanitos, ahora yo los atiendo, pero yo voy e trabajar para poder mantenerlo”.

Las adolescentes también refieren preocupación, porque no saben que decidir con respecto al rol que tendrá el papá del bebé en el futuro “yo sé que mi hijo tiene derecho a conocer a su papá, pero no sé si él (la pareja) se lo merezca, no quiero ser egoísta y que mi bebé sufra porque yo soy muy orgullosa, pero no se qué hacer”.

Las adolescentes que participaron en este estudio que no tuvieron apoyo de la pareja se quedaron a vivir en la casa de su familia nuclear y si bien recibieron apoyo económico y emocional. Dos (10%) comentaron que para ellas era muy difícil depender económicamente de su familia, ya sea de la mamá, el papá o los hermanos. Primero, porque se sentían incomodas pero sobre todo porque había reproches al respecto “mi mamá le compra esto o lo otro al bebé, pero luego, luego me dice que ya no tiene dinero, que debería ponerme a trabajar y eso me hace sentir mal”, “mi papá dice que donde comen dos comen cuatro y que no me preocupe, pero cuando está enojado dice que de haber sabido que me iba a embarazar no me hubiera mandado a la escuela”.

Por otro lado, dos (10%) de las adolescentes refirieron cambios en la dinámica familiar a partir del embarazo, algunos de ellos positivos “antes de que yo me embarazara mis papás peleaban mucho, pero mucho, y como que se sintieron culpables, como no quieren que a mi hermanita le pase lo mismo, ahora ya no se pelean tanto”, “mi papá quiere mucho a mi bebé y aunque al principio se enojó, como que ahora es más cariñoso conmigo o bueno con el bebé”.

Las adolescentes también atribuyen a su embarazo algunos cambios en la dinámica familiar negativos “mi hermana como que está más rebelde, como que se pone celosa, o no sé”, “mi mamá se enoja porque con esta panzota, ya no tengo ganas de hacer nada, y me dice que no se mata todo el día trabajando pa’ que yo este de huevona y como yo antes si le ayudaba”. “Mi abuelo se enojó mucho conmigo pero más con mi mamá, él piensa que mi mamá tiene la culpa de que yo me embarazara, y él nos ayudaba con dinero, pero ahora ya ni nos quiere hablar”, “mis hermanitos están chipiles como más berrinchudos yo creo están celosos”.

Las adolescentes refirieron apoyo de la familia con respecto al abandono de la pareja “mi mamá me dijo que yo no necesitaba de ningún cabrón para salir adelante con mi hijo”, “me dice mi mamá tú no te sientas sola, ni tampoco sientas que se te acaba el mundo porque estas embarazada algún día vas a encontrar a una persona que te va a querer con todo y el niño”, “ahora si como dice mi mamá no por un hombre te vas a rendir”, “mi papá me decía si tu quieres buscarlo, si tu quieres ir ve, pero él te va a sentir de su propiedad, cuando él quiera venir bien y si estás aquí a su merced, él te va a dar todo tenlo por seguro, pero cuando él quiera va a venir y luego ya después se va ir y así, así que piénsalo”.

De las participantes de este estudio 85% tuvieron apoyo de su pareja y tuvieron que decidir acerca de seguir viviendo en casa de sus padres o vivir en casa de los papás de la pareja, ninguna de ellas tuvo la posibilidad de irse a vivir a una casa sola. Al parecer el que decidieran ir a vivir a casa del novio dependió en alguna medida, de la presión de él para que vivieran juntos “el me rogó mucho, para que nos fuéramos con su mamá (a vivir), hasta que me convenció, más que nada por el bebé”. Otro factor que influye en la decisión es la relación de la adolescente con su familia nuclear “un día me enoje mucho con mi mamá, es que a veces se pasa, y me fui a vivir con él (a casa de los papás de su novio”).

También refirieron como antecedente, los acuerdos que hacen las familias de ambos adolescentes “mi mamá y los papas de él (novio) dijeron que yo iba a vivir en su casa, y ahora sí que yo no quería, me daba pena, pero mi mamá me dijo que si iba a empezar una familia que lo hiciera bien”.

En otras ocasiones la adolescente salió de la casa de sus papás antes de comunicar la noticia del embarazo “me fui a vivir con él, y cuando mi mamá subió a buscarme a su casa, ya le dijimos que estaba de encargo (embarazada)”.

Las adolescentes comentaron que cuando decidieron vivir en casa de su pareja se enfrentaron al recelo de por lo menos un miembro de la familia de él “su hermana es muy especial, no me habla, se siente mucho”, “mi suegra no me trata mal pero yo siento como que no le gusta como atiende a su hijo”, “a veces mis cuñados lo invitan a la tienda a tomar, y como el no va, dicen ¡a que traes freno!, y como que me ven feo”.

Las adolescentes que decidieron vivir con su novio (60%) refirieron sentir apoyo emocional en algunos casos “luego nos ponemos a platicar como va a ser el bebé y me toca la panza”, “dice que no quiere que nosotros estemos peleando como nuestros papás, y es muy buena gente”. Sin embargo, volvieron a mencionar el factor económico como un estresor “luego el va y se gasta su raya en una chamarra o tomando (alcohol) y yo tengo un carácter bien fuerte y me da mucho coraje porque, le digo que necesitamos comprar cosas para el bebé”, “cuando no le da dinero a su mamá, a mí me da pena comer en su casa y mejor me bajo a comer con mi mamá”, “el otro día le dije que quería dinero para una medicina y me dijo que no tenía, y si me enchile porque le acababan de pagar”.

Las adolescentes también comentaron que algo que les molesta es que sus parejas no pasen el tiempo libre con ellas “luego llega y se pone a platicar con su mamá y yo estoy como mensa en el cuarto y hasta que se le da la gana entra a verme”, “a veces llaga tarde y yo se que se quedo en la tienda con sus amigos y no me gusta, pues si a esas vamos yo también me voy a salir, a ver si le gusta”.

Las adolescentes que se quedaron a vivir en casa de sus padres pero que continuaron con su relación de pareja (25%), manifestaron tener vivencias parecidas a las que viven las adolescentes sin apoyo de su pareja que se quedan a vivir en casa de sus padres.

Sin embargo, mencionaron que el apoyo de la pareja es muy importante, el que las visiten y tengan con quien hablar de lo que sucede en casa “yo le cuento todo a él, luego me regaña y me dice que soy re mena que porque me dejo, pero ya cuando le cuento me desahogo”.

También el que la pareja las acompañe a la consulta prenatal es muy valorado por las adolescentes “siempre ve como le hace, pero viene conmigo y siento que se interesa en nosotros y nos quiere (en el bebé y ella)”. Pero también mencionan que los puntos de conflicto son el dinero y el tiempo que pasa la pareja con ellas “me choca que no llegue a la hora que dijo”, “yo quiero que tengamos dinero para cuando nazca el bebé pero no veo que haga nada (el novio).

La adolescente y sus relaciones interpersonales.

Las adolescentes refieren distanciamiento de su grupo de pares “Yo jugaba foot ball con mis amigas, pero pues ya después no pude, y eso es lo único que me molesta no poder hacer lo que antes y no ver a mis amigas”, “seguí yendo a la escuela, pero como que me veían como bicho raro, entonces ya no quise ir”, “ya no salgo con mis amigos, él si se va (el novio) y eso me da coraje y tristeza, porque como que ya no puede ser lo de antes”.

Las adolescentes comentaron sentirse criticadas por las personas “cuando me subo al pesero me da mucho coraje que me vean, como si nunca hubieran visto a una embarazada, siento que me juzgan”, “luego las vecinas son bien chismosas y cuando me ven pasar solo cuchichean”, “mis tías me critican cómo si ellas fueran unas santitas”.

La adolescente y su vínculo con el bebé durante el embarazo.

Como se comentó en la descripción de las participantes, éstas eran adolescentes que acudían a control prenatal. Comportamiento que ya es un indicador de cierto cuidado hacia el bebé que está en su vientre.

Todas las adolescentes refirieron una relación estrecha con el producto “desde que estás embarazada ya lo tienes, ya lo tienes, ya tienes a tu bebé, ya estas consciente que el bebé está ahí y tienes que cuidarlo, o cuidarte para que al no le pase nada”, “no puedes explicar lo mucho que lo quieres (al bebé) todo el amor que yo le tenía a él (ex pareja) ahora se lo tengo a mi bebé”.

Las que pensaron en el aborto al inicio del embarazo, tres de ellas (15%), refirieron sentirse culpables “luego cuando siento sus pataditas, a veces me siento recontenta, pero otras veces me acuerdo que no lo quería tener y me dan muchas ganas de llorar”, “la primera vez que lo vi en el ultrasonido llore, llore de alegría pero también como que de culpa, y le pedí perdón” “yo platico mucho con él y luego le digo, ¡ay bebé! tu mamá estaba loca, tu no le hagas caso (refiriéndose a la idea de abortar)”.

La adolescente y su reciente maternidad.

Las participantes refirieron temor en la fase del parto “a mi todo mundo me decía que dolía mucho, yo tenía mucho miedo, y luego los doctores que te tratan como vaca, no, fue horrible y si me dolió mucho pero cuando vi que mi niño estaba bien ya me sentí mejor”, “al principio tenía miedo de que no naciera bien”, “al principio si tenía un poco de miedo, como fue cesárea y me tenía que cuidar, pero ya después vi que iba sanando mi herida y pues ya “.

La mamá y su nueva rutina.

Ocho adolescentes coincidieron en que a partir del nacimiento del bebé su vida cotidiana cambio drásticamente, “Ahora no puedo salir, porque no lo puedo dejar solito (al bebé) me lo pueden cuidar mis papás pero no es lo mismo”, “ya no es igual porque ahora el bebé necesita más atención, es más atención para él que para mí o para mi marido”, “cuando tienes a tu bebé no puedes hacer cosas y cuando estás embarazada según dicen que no puedes, pero tú lo haces para no sentirte inútil, pero ahora todo tu tiempo es para él y es como si trabajaras, porque trabajas para él para atenderlo, para ver que tiene, para llevarlo al doctor” .

En que el cuidado del bebé es difícil “más cuando están chiquitos, yo si batalle mucho con mi bebé, lloraba mi hija y yo también lloraba porque no sabía que tenía porque lloraba, pues que tenía”, “ahora no todo el tiempo es para mí, ahora también es de él (bebé) tengo que apurarme, si tiene hambre o si llora, ahora sí que ya no tienes tiempo, como que no te alcanza el día”.

En que la salud del bebé es un suceso importante y cuando éste se enferma hay preocupación “mi bebé nació con su piernita zafada y lo tenía que traer para que lo revisaran y si es bien preocupante porque a él le duele y yo no sé si el va a estar bien”, “luego se enferma y una no sabe qué hacer, es bien difícil y te dicen una cosa y te dicen otra y tú no sabes que hacer”.

Los problemas económicos como discurso recurrente.

Algunas de las participantes que ya habían tenido a su bebé (70%) también comentaron preocupación por la situación económica “ahora sí que uno quisiera darle todo pero a veces no se puede”, “antes yo podía trabajar y a mis sobrinos yo les daba todo y ahorita a él no (llanto),por más que es mi hijo no le puedo dar todo lo que quisiera, que si le doy cariño y amor y yo sé que eso es suficiente, pero luego miro, por decir que les compran algo a los niños, a mis sobrinos y yo quisiera comprarle” , “no tengo dinero, no tengo nada yo me siento inútil porque no tengo ropa para mi bebé pero me regalaron (ropa) y mi mamá me dice no te preocupes porque de todas formas va a tener con que vestir”, “la leche, los pañales ahora sí que todo está muy caro y mi mamá trata de salir adelante”.

La nueva mamá y su relación con la familia.

Al parecer al nacimiento del bebé la relación entre la adolescente y su familia mejora, por el vinculo de la familia con el bebé y reciben aún más apoyo que durante el embarazo “ya cambio todo porque ahora que llego (nació la bebé) es la consentida de mi papá”, “yo era la única mujer y ahora sí que todo me daban, y ahora se lo dan a mi hijo pero no me molesta”.

“Si no fuera por mis papás no se qué haría, yo no puedo trabajar mis papás no me dejan, quieren que yo esté con él (bebé) y si tienen razón, pero yo a la vez me siento inútil porque no tengo, yo veo que le compran y le compran, pero no se lo compro yo, y si se los agradezco porque gracias a ellos tiene”, “pues se lo agradezco a ellos porque me han apoyado (familia), me han echado la mano con todo “;“aunque yo tengo a mi esposo pero mis papás me ayudan mucho, yo creo que a mi hija no le va a faltar nada, la quieren mucho y me dicen quieres un pantalón, ya sabes para ti o para la niña?, y yo digo pues para la niña”.

La nueva mamá y su relación de pareja.

Las adolescentes del grupo focal de mamás refirieron más problemas con la pareja (60%) “ahora sí que la pareja ayuda pero yo siempre he tenido mucho problemas con él y yo le digo por el único que tengo que ver es por el niño no por ti”, “el toma y a veces se sale a grafitear y pues yo me quedo preocupada, porque qué tal si le pasa algo al niño y yo estoy sola”, “ a mí me da mucho, pero mucho coraje que mi suegra siempre me ande diciendo que no se cuidar a la niña y que él no me defienda”, “luego le digo pues no tienes que quedarte conmigo solo por el niño, si quieres vete”.

“Ahora sí que si no me ayuda con el bebé y , estoy siempre necesitando dinero, pues que caso tiene que este con él”, “y hasta ahora hemos vivido, ahora sí que con problemas, pues todas las parejas tienen problemas”. Solo una de las participantes hizo alusión a la importancia de que aún teniendo al bebé es importante cuidar la relación de pareja “ahora que si tienes a tu pareja, bueno mi papá se fue, pues dale un apapacho, que no vea que todo es el bebé, un beso, no por un hijo vas a dejar también a tu pareja”.

Las adolescentes que no contaron con el apoyo de su pareja durante el embarazo (10%) comentaron haber buscado al papá del bebé cuando éste nació “no es que me de dinero, yo por ejemplo a él lo busque cuando yo tuve a mi bebé, para que por lo menos conociera al niño, yo no veo como una necesidad de ven dame dinero, porque yo desde que me embarace el me dejo y yo nunca le pedí dinero, jamás, jamás yo lo único que le pedía era que lo viera”, ”que viera más o menos de lo que se perdió porque yo según mi hijo es un todo”.

Sin embargo, de nueva cuenta no hubo una respuesta positiva por parte de las parejas “si pues como quiera yo ya cumplí con avisarle que ya nació, y ya le hable y me dijo a si, pues voy el martes, y espere ocho días, quince días y nunca llego”; “pues mi hijo ya tiene seis meses y solo ha ido a verlo tres veces (la pareja) y pues yo al principio no quería que lo viera, y mi papá me dijo piénsalo bien hija, y pues si no va a ser todo lo que él quiera (la pareja) pero pues si lo voy a dejar ver al bebé”.

Tres adolescentes refirieron que su bebé fue un consuelo ante el abandono de la pareja “a mi si me cambió la vida porque yo antes si me sentía sola y ahorita ya no, ya tengo a mi hijo”, “yo con mi bebé no necesito de nadie, él me hace muy feliz”.

Al mismo tiempo comentaron la necesidad de ser apoyadas por su pareja “a veces si me siento sola porque mis papás me dan cariño pero tú necesitas del apoyo de alguien y si lo necesitas pero pues dices algún día llegará”, “y a la vez yo me siento sola ,no porque no tenga dinero, sino necesidad de estar con alguien y que te sientas más bien querida, apoyada”, “un beso una caricia no se te puede olvidar nomás porque tienes a un niño”.

Discusión

Hay que considerar que a pesar de que el método de recolección de datos de este estudio fue mediante grupos focales y que la intención inicial fue que las adolescentes hablarán de un saber colectivo y no de sus vivencias personales. Las adolescentes hablaron de sí mismas, de sus experiencias. Esto puede explicarse debido a que las participantes del grupo focal dos, ya habían participado en un taller para adolescentes embarazadas en la misma institución. Muchas de ellas ya se conocían y conocían a una de las moderadoras, por lo que se dio un clima de confianza para que hablaran de sí mismas.

En el grupo focal uno la probable explicación es que dentro del centro de salud, las adolescentes ya saben que existe el taller para adolescentes embarazadas y hay una comunicación constante entre las adolescentes que ya participaron y las que podrían participar. Por lo que hay una predisposición de las adolescentes para hablar de sus experiencias personales, aparte de que también muchas de ellas ya se conocían entre sí.

Por otro lado, es importante enfatizar que las participantes de este estudio tienen una característica muy particular, el hecho de que estén asistiendo a atención prenatal y perinatal las sitúa como mujeres que en cierta medida están siendo responsables del desarrollo de su embarazo o de la salud de su bebé.

A partir de la información que se obtuvo en este estudio se infieren varios aspectos de las vivencias de las participantes en cuanto a su embarazo y maternidad .

Las adolescentes viven la noticia de su embarazo como un momento de desequilibrio, ya que las adolescentes perciben que pueden ser recriminadas y rechazadas. El temor produce incertidumbre de no saber qué hacer y qué va a suceder, ante lo cual la adolescente puede emplear alguna de las siguientes respuestas al estrés de acuerdo al modelo de Compas (1998):

Evitación. Ocultar el embarazo por un tiempo.

Solución del problema. Búsqueda de alternativas tal cómo comunicar la noticia a su familia, a la pareja o pensar en el aborto.

Negación. Pensar que no están embarazadas y hacer como si el embarazo no existiera.

Activación fisiológica. Manifestaciones físicas como el dolor de cabeza.

Cuando la adolescente decide tener a su bebé y comunica la noticia a su pareja y a su familia. Se puede enfrentar a algunos de los siguientes sucesos de vida importantes.

Permanecer en la casa de los padres y depender económicamente de ellos, donde los esfuerzos por lograr cierta independencia de la familia se frustran debido a que la adolescente regresa a las actividades familiares para recibir apoyo.

Iniciar una nueva vida con la pareja, los hombres siguen "asumiendo su responsabilidad" con respecto de su pareja adolescente y entre quienes no se unen con la pareja, en un alto porcentaje continúan viéndola y proporcionan algún apoyo.

Sin embargo, por lo referido por las adolescentes, la pareja adolescente vive con limitaciones económicas que aumentan la dependencia hacia las familias de origen. Esta circunstancia se incrementa debido a que el compañero es una persona joven, que no se ha preparado laboralmente y que se desempeña en tareas poco remuneradas. De esta manera, el ajuste a la vida en pareja resulta complejo y conflictivo, al parecer no solo por aspectos económicos sino también por la percepción de las adolescentes de que sus compañeros continúan su vida en alguna medida como lo hacían cuando eran solteros. Además de los problemas en sus relaciones interpersonales, incluidas demandas excesivas y conflicto con la familia de la pareja.

Por otro lado, el dejar de realizar actividades recreativas y disminuir la interacción con su grupo de pares, también es vivido como una experiencia estresante por la adolescente ya que el rol de la maternidad interrumpe el proceso de identificación y de la interacción con éstos.

También, el experimentar el abandono de la pareja fue referido por las adolescentes como una circunstancia que genera tristeza e incertidumbre. Al nacer el bebé mencionan falta de tiempo, no saber qué hacer cuando el bebé llora y dificultad para adaptarse a su nuevo rol de madres.

Estas situaciones implican, que la adolescente tiene cierto nivel de estrés. Al parecer en la medida que la adolescente accede a las condiciones de la familia o de la pareja aumentan las probabilidades de recibir apoyo tangencial y emocional lo que le permite manejar las situaciones estresantes.

A pesar de que el embarazo aparece como una contingencia, se movilizan diversas redes sociales que permiten a las adolescentes enfrentar la maternidad con menos incertidumbre.

Cuando las adolescentes establecen un vínculo emocional con el bebé también recurren a estrategias tales como el pensamiento positivo con expectativas de que el bebé será una motivación para que todo salga bien en el futuro, como si su hijo les diera una razón para salir adelante.

Las adolescentes perciben que durante el embarazo cambia el contexto inicial de desaprobación y rechazo por el de aceptación y apoyo, lo que facilita la adaptación de la adolescente y favorece el desarrollo de un vínculo hacia el hijo. Sin embargo, también manifestaron cierto nivel de estrés al nacer el bebé debido al temor al parto, al cuidado del bebé y a problemas económicos. Los resultados de este estudio apoyan la idea de que las adolescentes viven estresores económicos y en sus relaciones familiares y de pareja.

Las estrategias que emplean para afrontar estos estresores de acuerdo al modelo de Compas (2000) son secundarias ya que no se dirigen a la solución o aceptación del problema, en algunas ocasiones las estrategias son no comprometidas ya que evitan el problema, un ejemplo es el que evitan dar la noticia del embarazo. Por otro lado, manifestaron tener una percepción de baja capacidad ante las demandas de la maternidad y el cuidado del bebé.

A partir de estos hallazgos se infirió que las adolescentes se beneficiarían de una intervención que fortaleciera sus estrategias de afrontamiento y que promoviera mayor autoeficacia ante la futura maternidad.

Conocer las vivencias que refirieron las adolescentes ayudó a diseñar una intervención en que los ejemplos y ejercicios fueran acordes a su contexto y vivencias. Las viñetas que se plantearon en la intervención se desarrollaron a partir de las experiencias referidas por las adolescentes de este estudio.

La información obtenida en los grupos focales fue de utilidad básicamente desde el punto de vista clínico ya que la terapeuta tuvo más elementos para que las adolescentes identificaran que la intervención estaba dirigida a sus necesidades.

ESTUDIO DOS: CONSTRUCCIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR COMPETENCIA MATERNAL PERCIBIDA EN ADOLESCENTES

De acuerdo a la revisión de literatura que se realizó, en México no hay una escala que evalué la competencia maternal percibida, es importante tener un instrumento válido y confiable que mida este constructo, sin embargo, el objetivo de esta investigación se limitó a construir un cuestionario con validez de contenido y de facie que sentará las bases para un estudio posterior en que se evalúen otras de sus características psicométricas.

Método

Participantes

Se invitó a participar a 10 jueces expertos en la evaluación de constructos psicológicos, conocedores de la teoría de autoeficacia, la teoría del apego y teorías del desarrollo infantil. También se invitó a participar a madres cuyas edades oscilaron entre 25 y 36 años de edad y que su nivel de escolaridad fue de licenciatura o posgrado, todas ellas mamás de por lo menos un niño menor a dos años. Un total 15 jueces retornaron el formulario de valoración del cuestionario. De ellos nueve fueron expertos y seis fueron mamás.

Procedimiento

El desarrollo metodológico del instrumento tuvo las siguientes fases principales: a) se realizó una revisión exhaustiva de la literatura acerca de la competencia maternal percibida y se elaboraron cuatro categorías de clasificación como dimensiones de esta competencia, b) en base a estas categorías se crearon sesenta afirmaciones que pudieran ser indicadores de cada dimensión, c) dichas afirmaciones se entregaron a un grupo de 10 jueces expertos y 10 mamás de bebés menores a dos años, quienes de forma independiente evaluaron las afirmaciones a través de un formulario estándar en el cuál debían clasificar cada afirmación en cada una de las categorías sugeridas (de las que se especificó su definición).

Y d) por último se realizó un análisis del porcentaje de acuerdo interjueces para la revisión y eliminación de reactivos.

El criterio establecido para revisar o eliminar los reactivos se basó en el porcentaje de acuerdo entre jueces respecto a la clasificación y a la valoración de la comprensión y la relevancia del reactivo para evaluar la competencia maternal percibida. Cuando el acuerdo interjueces fue mayor del 80%, el reactivo se conservó si la proporción de acuerdo en el mantenimiento del ítem fue inferior al 50% el ítem se eliminó. La proporción de acuerdo se situó entre un 50% y 80% se revisó el ítem utilizando las observaciones y sugerencias proporcionadas por los jueces y se reescribió el reactivo. La tabla 5 nos muestra las dimensiones del cuestionario y un ejemplo de los reactivos que lo integran.

Para indicar la capacidad percibida las instrucciones del cuestionario final decían, por favor, señala que tan segura te sientes en el presente de poder realizar las siguientes actividades y las opciones de respuesta fueron: a) no puedo hacerlo, b) no muy segura de poder hacerlo, c) bastante segura de poder hacerlo y d) segura de poder hacerlo (véase anexo 2).

Resultados

El porcentaje de acuerdo entre jueces con respecto a la categorización de los reactivos se presenta en la Tabla 6. Se revisaron 6 reactivos (3, 16, 17, 23, 39 y 41) y 3 fueron eliminados (18, 27 y 51) siguiendo los criterios previamente estipulados.

Tabla 5. Dimensiones de la competencia maternal percibida-

Definición del constructo: La Competencia maternal percibida son las estimaciones auto referentes de las madres acerca de su habilidad o competencia en su rol maternal en las siguientes áreas: cuidado de crianza, social, didáctico-material y sensibilidad.		
Categoría	Definición	Ejemplo de reactivo
Cuidado de crianza	Es la capacidad percibida de la madre para proveer sustento, protección y supervisión para promover el bienestar y prevenir la enfermedad de sus hijos. (Alimentarlo, bañarlo, cuidar el muñón del cordón umbilical, etc.).	Identificar cuando el bebé tiene cólico
Calidez	Es la capacidad percibida de la madre para realizar una amplia variedad de conductas visuales, verbales, afectivas y físicas para involucrar a su hijo en una interrelación (por ejemplo; besarlo, acariciarlo, sonreírle, hablarle, etc.).	Sonreír al bebé frecuentemente
Cuidado didáctico y material.	Consiste en la capacidad percibida de la madre para emplear una variedad de estrategias que estimulen al niño a conocer y entender el ambiente que lo rodea. Implica centrar la atención del niño en las propiedades de los objetos y eventos y presentar, explicar y ayudar a interpretar el mundo exterior a su hijo, a través de oportunidades que permitan al niño observar, imitar y aprender. Considerando el mundo físico de sus hijos, es decir, las decisiones que toman acerca del número y variedad de objetos inanimados disponibles para el bebé (libros, juguetes, etc.), el nivel de estimulación en el ambiente, los límites de la libertad física del niño y la seguridad del hogar.	Estimular al bebé para que mejore su desarrollo
Sensibilidad	Es la capacidad percibida de proveer respuestas inmediatas y apropiadas ante las necesidades del niño, lo que implica percibir estas señales, interpretarlas correctamente, e implementar las respuestas apropiadas de una manera efectiva.	Entender que necesita el bebé cuando llama tu atención.

Tabla 6. Muestra a que categorías fueron asignados los reactivos, el porcentaje de acuerdo interjueces.

Categoría asignada	Temática del reactivo	Porcentaje de acuerdo
Crianza	Identificar cólico	86.7
	Bañarlo correctamente	100
	Adecuar la temperatura ambiental	100
	Evitar asfixia	93.3
	Curar rozaduras	100
	Identificar la necesidad de cambio de pañal	96
	Limpicar los oídos del bebé	100
	Cargarlo correctamente	86.7
	Limpicar la nariz	100
	Saber si ya comió lo suficiente	83.3
	Hacerlo eructar	90
	Distinguir confort	80
	Cuidado cicatriz del cordón umbilical	100
	Identificar necesidad de asistir al pediatra	100
	Evitar rozaduras	100
	Promover rutina de sueño	100
	Adecuación del vestido al clima	92
	Cuidar que no se enferme	100
	Sostenerlo adecuadamente durante el baño	86.7
	Dar la comida indicada	93.3
Sostenerlo en forma segura mientras se cambia	86.7	
Cambiar el pañal	80	
Prevenir enfermedades	86.7	
Didáctico material	Paciencia ante el llanto	80
	Estimular desarrollo	100
	Jugar con él creativamente	91
	Preparar un lugar tranquilo para que el bebé descanse	92.1
	Jugar diariamente con el	80
	Seguridad en el hogar	100
	Seguridad en los juguetes	93.3
Evitar accidentes	86.7	

Continuación Tabla 7. Muestra a que categorías fueron asignados los reactivos, el porcentaje de acuerdo interjueces.

Categoría asignada	Temática del reactivo	Porcentaje de acuerdo
Sensibilidad	Distinguir razón del llanto	86.7
	Tranquilizar al bebé	80
	Responder rápidamente a sus necesidades	86.7
	Cuidarlo adecuadamente	80
	Conocer sus señales	80
	atenderlo	83.3
	Cubrir necesidades	85.3
	Adaptarse al carácter del bebé	88.9
	Identificar necesidades	73.3
Calidez	Demstrar cariño	93.3
	Comunicación con el bebé	86.7
	Platicarle al bebé	100
	Sonreírle al bebé	83.3
	Expresarle afecto	80
	Mirarlo cariñosamente	86.7
	Arrullarlo	86.7
	Entender su llanto	80
	Lograr que el bebé se sienta amado	80
	Manejo del llanto	86
	Hablar cariñosamente	93.3
	Acariciarlo	80.1

Discusión

Se desarrolló un cuestionario que de acuerdo a su validez de contenido evalúa la competencia maternal percibida. La versión del cuestionario consiste en 47 ítems que abarcan cuatro dimensiones (ver las dimensiones en Tabla 2). El próximo paso será realizar un estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario. Es oportuno señalar que los resultados aquí presentados se dirigen únicamente al proceso de desarrollo (contenido y validez aparente) del cuestionario. No obstante, el proceso de desarrollo cuidadoso del cuestionario indica que los reactivos que incluye el instrumento son relevantes para evaluar la competencia maternal percibida, son fáciles de comprender, y se adaptan a las condiciones culturales y educativas de la población blanco de esta investigación.

ESTUDIO TRES: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y COMPETENCIA MATERNAL PERCIBIDA EN ADOLESCENTES

Preguntas de investigación

¿Cuál es el efecto de un programa de entrenamiento combinado en cuidados maternos y habilidades de afrontamiento sobre la competencia maternal percibida y las estrategias de afrontamiento de adolescentes embarazadas?

Preguntas específicas.

¿Hay diferencias entre el grupo control y el grupo experimental al inicio de la intervención en su competencia maternal percibida?

¿Hay diferencias entre el grupo control y el grupo experimental al inicio de la intervención en sus estrategias de afrontamiento?

¿Hay diferencias entre las evaluaciones pre-post intervención en los grupos con respecto a su competencia maternal percibida?

¿Hay diferencias entre las evaluaciones pre-post intervención en los grupos con respecto a sus estrategias de afrontamiento?

Hipótesis

Hipótesis de trabajo.

La fase del entrenamiento en cuidados maternos aumentará la competencia maternal percibida en la sensibilidad, el cuidado de crianza, social y didáctico-material. Y la fase del entrenamiento en habilidades de afrontamiento aumentará las habilidades de afrontamiento como la búsqueda de solución de problemas, la búsqueda de apoyo dentro y fuera de la familia y disminuirá el afrontamiento evitativo-pasivo y las respuestas involuntarias comprometidas.

Hipótesis estadísticas.

Ho= No habrá diferencias en la competencia maternal percibida de las adolescentes que participen en el programa de intervención y aquellas adolescentes que pertenezcan al grupo control en la evaluación posterior.

Ho= No habrá diferencias en las estrategias de afrontamiento que empleen las adolescentes que participen en el programa de intervención y aquellas adolescentes que pertenezcan al grupo control en la evaluación posterior.

Ho= No habrá diferencias entre la competencia maternal percibida que tienen las participantes del grupo de tratamiento antes y después de la intervención.

Ho= No habrá diferencias entre las estrategias de afrontamiento que emplean las participantes del grupo de tratamiento antes y después de la intervención.

Hi= Habrá diferencias en la evaluación posterior en la competencia maternal percibida de las adolescentes que participen en el programa de intervención y aquellas adolescentes que pertenezcan al grupo control.

Hi= Habrá diferencias en la evaluación posterior en las estrategias de afrontamiento que empleen las adolescentes que participen en el programa de intervención y aquellas adolescentes que pertenezcan al grupo control.

Hi= Habrá diferencias entre la competencia maternal percibida que tienen las participantes del grupo de tratamiento antes y después de la intervención

Hi= Habrá diferencias entre las estrategias de afrontamiento que emplean las participantes del grupo de tratamiento antes y después de la intervención.

Definición conceptual de variables

Variable Independiente

Entrenamiento en Cuidados Maternales y habilidades de afrontamiento: Procedimiento psico-educativo en el que se da información a las personas sobre los cuidados básicos de un bebé y sobre la importancia de desarrollar un vínculo afectivo entre el bebé y la madre. Además entrena a las personas mediante estrategias cognitivo conductuales a aumentar su capacidad de adaptación intercambiando conductas y pensamientos problemáticos por habilidades de comunicación interpersonal, de autocontrol emocional y de solución de problemas.

Variables dependientes.

Competencia maternal percibida: estimaciones auto referentes de las madres acerca de su habilidad o competencia en su rol maternal en las siguientes dimensiones: sensibilidad, cuidado de crianza, social y didáctico-material.

Estrategias de afrontamiento: esfuerzos voluntarios y conscientes para adaptarse o resolver situaciones estresantes reales o percibidas. Estrategias que se dividen en: búsqueda de solución de problemas, evitativo pasivo, apoyo dentro de la familia, pensamiento positivo y espiritualidad y apoyo fuera de la familia.

Definición operacional de variables

Variables independientes.

Entrenamiento en cuidados maternales y habilidades de afrontamiento: Procedimiento descrito en un manual diseñado ad hoc para la investigación (véase anexo 3).

Variables dependientes.

Competencia maternal percibida: respuestas al cuestionario de competencia maternal percibida.

Estrategias de afrontamiento: respuestas al cuestionario de respuestas al estrés para adolescentes (Lucio & Villarruel, en prensa).

Participantes

Veinticuatro pacientes adolescentes embarazadas, atendidas en la clínica del adolescente de un centro de salud perteneciente al Departamento del Distrito Federal. De las cuales únicamente veintidós concluyeron el estudio las dos participantes que abandonaron el estudio fue por complicaciones del embarazo.

Al grupo experimental se asignaron 11 adolescentes que tuvieron las siguientes características: su edad osciló entre 14 y 19 años con una media de 17.00 ± 1.61 , la media de edad del inicio de su vida sexual activa fue de 15.27 ± 1.42 , la edad de su pareja fue de entre 16 y 26 años con una media de 19.27 ± 1.42 y el tiempo promedio de su relación de pareja antes de quedar embarazadas fue de 15 meses.

En el caso de las 11 participantes del grupo control la edad osciló entre 15 y 19 años con una media de 17.30 ± 1.41 , la media de edad del inicio de su vida sexual activa fue de 15.90 ± 1.44 , la edad de su pareja fue de entre 15 y 24 años con una media de 18.50 ± 2.71 y el tiempo promedio de su relación de pareja antes de quedar embarazadas fue de 13 meses.

Criterios de inclusión

Estar en el primer o segundo trimestre del embarazo del primer embarazo.

Tener un embarazo con evolución normal.

Aceptar voluntariamente participar en la intervención y firmar el consentimiento informado.

Ser menor de 19 años.

Crterios de exclusión

Que no supieran leer y escribir.

Que asistieran a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de cualquier tipo.

Crterios de eliminación

Que no completaran por lo menos el 80% de asistencia a la intervención.

Que no completaran la evaluación.

Instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (Lucio & Villarruel, en prensa).

Instrumento autoplicado con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Diseñado para medir respuestas de afrontamiento en adolescentes habitantes del Distrito Federal. Está constituido por 44 reactivos que se dividen en siete subescalas (véase tabla 7). La consistencia interna del instrumento analizada a través del alfa de Cronbach es de 0.89. La validez de constructo se obtuvo mediante un análisis factorial con rotación VARIMAX en donde se obtuvieron siete factores que explicaron 51.40% de la varianza congruentes con la teoría de afrontamiento de Compas et al. (2001).

Cuestionario de competencia maternal percibida (véase estudio 3).

Materiales

Formato de consentimiento con información para participar en la investigación (véase anexo 4).

Ficha de identificación y de datos generales de los participantes (véase anexo 5)

Manual de entrenamiento en cuidados maternos y en habilidades de afrontamiento.

Cuaderno de trabajo para la adolescente (véase anexo 6).

Manualito sobre cuidados generales del bebé (véase anexo 7).

Diseño

Grupo experimental con grupo control y evaluaciones pre y post. (Kerlinger & Lee; 2002).

Procedimiento

Veinticuatro pacientes que aceptaron participar voluntariamente se asignaron al azar al grupo experimental que consistió en el entrenamiento en cuidados maternos y en habilidades de afrontamiento y al grupo control que únicamente recibió un entrenamiento en respiración diafragmática.

Forma de asignación a los grupos: de manera alternada conforme llegaban a consulta la médico tratante invitó a participar a las adolescentes a ambas intervenciones la de respiración diafragmática, y el entrenamiento en cuidados del bebé y habilidades de afrontamiento. Cuando alguna adolescente se negó a participar, la médico invitaba a la siguiente paciente al mismo tratamiento que la adolescente anterior había rechazado y así sucesivamente.

A ambos grupos se les hizo una evaluación antes y después de la intervención con los instrumentos previamente mencionados.

Tabla 7. Dimensiones del Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (Lucio & Villarruel, en prensa).

Subescala	Estrategia	Ejemplos de reactivos
Respuesta voluntarias comprometida dirigidas a la búsqueda de solución del problema.	Control primario y secundario como regulación y expresión emocional, solución de problemas, aceptación, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva, etc.	<p>“Trato de cambiar algunas cosas para que el problema no se repita”</p> <p>“Tengo confianza en que el problema se va a solucionar”</p> <p>“Trato de controlar mi enojo”</p>
Respuestas involuntarias comprometidas (activación fisiológica)		<p>“Siento que mis músculos están tensos”</p> <p>“Siento los latidos de mi corazón”</p> <p>“Siento que respiro agitado”</p>
Repuestas involuntarias comprometidas	<p>Pensamientos intrusivos</p> <p>Rumiación</p> <p>Acciones impulsivas</p>	<p>“Hago cosas de las que después me arrepiento”</p> <p>“Me preocupo por el problema todo el tiempo”</p> <p>“Me hago daño para lastimar alguna parte de mi cuerpo”</p>
Afrontamiento no comprometido voluntario	Evitación, pensamiento mágico	<p>“No hago nada”</p> <p>“Busco algo divertido que me ayude a olvidar el problema”</p> <p>“Actúo como si todo estuviera bien”</p>
Búsqueda de apoyo en la familia	Búsqueda de apoyo	<p>“Informo a mis papás lo que me pasó y ellos me ayudan a solucionar las cosas”</p> <p>“Hablo con mis papás y trato de solucionar las cosas”</p> <p>“Contarles a mis papas y hermanos para que me aconsejen”</p>
Religiosidad y espiritualidad	Centrarse en la espiritualidad	<p>“Rezo para sentirme mejor”</p> <p>“Busco consuelo en la religión”</p> <p>“Hago algo para sentirme mejor”</p>
Búsqueda de apoyo en otros	Búsqueda de apoyo	<p>“Pido consejo a un amigo(a) para solucionarlo”</p> <p>“Platico el problema con alguien de confianza”</p>

El grupo experimental asistió a una sesión semanal en una reunión grupal en que se les entrenó en cuidados maternos y estrategias de afrontamiento durante quince sesiones de dos horas (once dirigidas al entrenamiento en habilidades de afrontamiento y cuatro al entrenamiento en cuidados maternos).

Éste grupo de intervención fue dirigido por una terapeuta cognitivo-conductual con maestría en medicina conductual con cinco años de experiencia clínica y las sesiones fueron observadas en vivo por tres estudiantes del último semestre de la carrera de psicología que evaluaron la intervención mediante la lista de chequeo de evaluación de la intervención.

Las actividades del programa de intervención tuvieron como objetivos:

- a) Facilitar la identificación, comprensión y expresión de emociones,
- b) Enseñar estrategias de solución de problemas.
- e) Enseñar habilidades asertivas
- f) Enseñar principios generales del cuidado de un bebé menor a un año
- g) Promover la reflexión acerca de las necesidades físicas y afectivas de un bebé menor de un año.

En el programa de intervención se emplearon diversas técnicas de dinámica de grupos para el desarrollo de la acción (juegos de comunicación, cooperación, dramatización, dibujo, pequeños grupos de discusión, torbellino de ideas, frases incompletas, juego de roles) y otras técnicas de estimulación y regulación de la discusión o debate (discusión guiada).

El grupo control asistió a quince sesiones grupales con una duración de 30 minutos una vez a la semana en las que recibieron entrenamiento en respiración diafragmática por parte de una trabajadora social con ocho años de experiencia y un entrenamiento en educación psicoprofiláctica.

Las fases de medición fueron de la siguiente forma y las participantes contestaron los siguientes instrumentos y materiales:

Fase de medición pre tratamiento.

Cuestionario de variables sociodemográficas

Cuestionario de afrontamiento para adolescentes

Cuestionario de competencia maternal percibida

Formas de consentimiento informado para participantes y/o padres/tutores

Fase de post tratamiento.

Cuestionario de respuestas al estrés para adolescentes

Cuestionario de competencia maternal percibida

Resultados

De las veinticuatro adolescentes que aceptaron participar en el estudio 12 de ellas se asignaron al grupo control y 12 al grupo de intervención, sin embargo en cada grupo hubo una muerte experimental en ambos casos fue por complicaciones del embarazo.

Algunas características demográficas, ginecológicas y académicas del total de participantes se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8. Características generales de las participantes del grupo control y de intervención.

Características	Categorías	Participantes del grupo de intervención	Participantes del grupo control
Estado civil y con quien vive	casada su esposo vive en otro lado	0	1
	unión libre	5	8
	soltera	3	2
	separada	2	
	vive con sus padres	6	5
	vive con sus padres y pareja	2	0
	vive solo con su pareja	1	2
	vive con los padres de su pareja y su pareja	2	4
Número embarazos	uno	8	10
	dos	3	1
Número de hijos	ninguno	10	10
	uno	1	1

Continuación Tabla 8.

Características generales de las participantes del grupo control y de intervención.

Características	Categorías	Participantes del grupo de intervención	Participantes del grupo control
Embarazo deseado	si	6	6
	no	3	2
	no sabe	2	3
Uso de anticonceptivos antes de quedar embarazada	si	3	1
	no	8	10
Tipo anticonceptivo usado	pildora	1	0
	condón	2	1
	sexo sin penetración	0	1
	ritmo	1	0
	ninguno	7	9
	Escolarizada	si	9
	no	2	3
Nivel educativo	primaria	3	2
	secundaria	5	9
	técnica	3	0
Motivo de deserción	nunca fue	1	0
	se caso	3	3
	por embarazo	4	3
	problemas familiares	1	1

Se calculó la prueba de U de Mann-Whitney entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a su competencia maternal percibida antes de la intervención, para conocer si los grupos eran comparables. Se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de los dos grupos, en cuanto a su calidez se observó que el grupo control tenía mayores puntajes y en cuidado didáctico y material en el cual el grupo de intervención mostró mayores puntajes. (véase Tabla 9).

Tabla 9. Valores de la prueba de U de Mann-Whitney entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a su competencia maternal percibida antes de la intervención.

Competencia maternal percibida	Media		Suma		Valor de U de Mann-Whitney	Estadístico Z	Nivel de significancia
	de los rangos del grupo control	Media de los rangos del grupo experimental	de los rangos del grupo control	Suma de los rangos del grupo experimental			
Cuidados de crianza	12.18	10.82	134.00	119.00	53.00	-.497	.652
Calidez	12.86	10.14	141.50	111.50	45.50	-.999	.332
Cuidado didáctico y material	9.95	13.05	109.50	143.50	43.50	-1.139	.270
Sensibilidad	11.36	11.64	125.00	128.00	59.00	-.100	.949

También se realizó una prueba U de Mann Whitney con los datos de la evaluación posterior a la intervención. Y se encontraron diferencias significativas en la calidez y sensibilidad a favor del grupo experimental. También se observaron diferencias en el cuidado material y didáctico, sin embargo, hay que considerar que el grupo experimental aún antes de la intervención manifestó mayor percepción de competencia en esta área. Y en cuanto al cuidado de crianza no se encontraron diferencias (véase tabla 10).

Tabla 10. Valores de la prueba de U de Mann-Whitney entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a su competencia maternal percibida antes de la intervención.

Competencia maternal percibida	Media		Suma		Valor de U de Mann-Whitney	Estadístico Z	Nivel de significancia
	de los rangos del grupo control	Media de los rangos del grupo experimental	de los rangos del grupo control	Suma de los rangos del grupo experimental			
Cuidados de crianza	10.91	12.09	120.0	133.0	54.0	-.428	.699
Calidez	7.55	15.45	83.00	170.00	17.0	-2.90	.003
Cuidado didáctico y material	8.41	14.59	92.50	160.50	26.5	-2.26	.023
Sensibilidad	7.41	15.59	81.50	171.50	15.50	-2.97	.002

También se realizó la prueba de U de Mann-Whitney entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a sus estrategias de afrontamiento antes de la intervención para conocer si eran comparables y se encontraron diferencias significativas en las variables de respuestas involuntarias comprometidas fisiológicas y cognitivas que fueron más altas en el grupo de intervención, la religiosidad y espiritualidad resultó mayor en el grupo control al igual que la búsqueda de apoyo en otros. Solamente fueron comparables en estrategias de solución de problemas y apoyo familiar y en afrontamiento no comprometido (véase Tabla 11).

Tabla 11. Valores de la prueba de U de Mann-Whitney entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a sus estrategias de afrontamiento antes de la intervención.

Estrategia de afrontamiento	Media de los rangos del grupo control	Media de los rangos del grupo experimental	Suma de los rangos del grupo control	Suma de los rangos del grupo experimental	Valor de U de Mann-Whitney	Estadístico Z	Nivel de significancia
Búsqueda de solución	12.00	11	132.00	121.00	55.00	-.363	.748
Respuestas involuntarias comprometidas fisiológicas	8.59	14.41	94.50	158.50	28.50	-2.114	.034
Respuestas involuntarias comprometidas (cognitivas)	9.86	13.14	108.50	144.50	42.50	-1.192	.243
Afrontamiento no comprometido	11.27	11.73	124.00	129.00	58.0	-.165	.898
Búsqueda de apoyo familiar	10.77	12.23	118.50	134.50	52.50	-.530	.606
Religiosidad y espiritualidad	13.09	9.91	144.00	109.00	43.00	-1.169	.270
Búsqueda de apoyo de otros	13.14	9.86	144.50	108.50	42.50	-1.201	.243

La prueba U de Mann Whitney también se obtuvo con las mediciones posteriores a la intervención en la variable de estrategias de afrontamiento y se observaron diferencias significativas en beneficio del grupo experimental; en búsqueda de solución de problemas y en la búsqueda de apoyo familiar, estrategias en la que los grupos fueron comparables al inicio de la intervención.

También se observaron diferencias significativas en religiosidad para el grupo control condición que prevaleció desde la primera evaluación (véase tabla 12).

Tabla 12. Valores de la prueba de U de Mann-Whitney entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a la evaluación posterior de la intervención.

Estrategia de afrontamiento	Media de los rangos del grupo control	Media de los rangos del grupo experimental	Suma de los rangos del grupo control	Suma de los rangos del grupo experimental	Valor de U de Mann-Whitney	Estadístico Z	Nivel de significancia
Búsqueda de solución	7.32	15.68	80.50	172.50	14.50	-3.03	.001
Respuestas involuntarias comprometidas fisiológicas	11.59	11.41	127.50	125.50	59.50	.067	.947
Respuestas involuntarias comprometidas (cognitivas)	11.73	11.27	129.0	124.0	58.0	-.165	.898
Afrontamiento no comprometido	12.09	10.91	133.0	120.0	54.0	-.428	.699
Búsqueda de apoyo familiar	10.50	12.50	115.50	137.50	49.50	-.729	.478
Religiosidad y espiritualidad	16.50	6.50	181.50	71.50	5.50	-3.66	.000
Búsqueda de apoyo de otros	11.41	11.59	125.50	127.50	59.50	-.067	.949

Evaluación de los efectos clínicos de la intervención

La significancia clínica del cambio se evaluó con el método recomendado por Jacobson y Truax (1991). Primero se estimaron los puntos de corte que debía superar el puntaje de la evaluación posterior al tratamiento, esto se realizó sumando o restando dos desviaciones estándar a la media de la población normativa dependiendo de la dirección en que se esperaba la funcionalidad. El segundo paso fue comparar el cambio de cada sujeto entre la evaluación previa y posterior al tratamiento mediante el Índice de Cambio Confiable (ICC) cuyo valor debe ser mayor o menor a 1.96 desviaciones estándar de la población normativa (intervalo de confianza del 95%). Estos dos resultados se emplearon para clasificar a cada participante en una de las siguientes categorías: recuperado (si el individuo pasa el punto de corte y el ICC en la dirección positiva), mejorado (si pasa el ICC en la dirección positiva pero no el punto de corte), sin cambio (cuando no pasa ningún criterio) y deteriorado (cuando pasa el ICC en dirección negativa).

El cálculo del Índice de cambio confiable se realizó para cada participante del grupo de intervención en cada indicador de las estrategias de afrontamiento.

Cambios en las estrategias de afrontamiento

En la búsqueda de solución de problemas la media de la población normativa fue de 40.90 con una desviación estándar de 10.79, por lo que se estableció el punto de corte en 62. La significancia clínica del cambio para cada participante se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. Valores del índice de cambio confiable en la estrategia de búsqueda de solución de problemas.

Participante	Puntaje pre	Puntaje post	Intervalo de confianza	Clasificación
1	36	40	+	SC
2	36	49	95%	M
3	35	53	95%	M
4	29	46	95%	M
5	35	44	95%	M
6	34	49	95%	M
7	35	50	95%	M
8	34	42	95%	M
9	35	44	95%	M
10	41	42	+	SC
11	41	52	95%	M

+Indica que no alcanzó un intervalo de confianza de por lo menos 95%

M = mejorado, SC = sin cambio

En las respuestas involuntarias comprometidas (fisiológicas) la media de la población normativa fue de 12.90 con una desviación estándar de 5.12 el punto de corte se estableció en 2.66. Dos participantes mostraron mejoría. (Véase Tabla 14).

En las respuestas involuntarias comprometidas (cognitivas) la media de la población normativa fue de 13.96 con una desviación estándar de 4.73 y el punto de corte se estableció en 3.42. Para observar el índice de cambio confiable véase tabla 15

Tabla 14. Valores del índice de cambio confiable de las respuestas involuntarias comprometidas (fisiológicas).

Participante	Puntaje pre	Puntaje post	Intervalo de confianza	Clasificación
1	23	21	+	D
2	26	15	95%	M
3	15	28	95%-	D
4	17	24	95%-	D
5	8	25	95%-	D
6	21	8	95%	M
7	10	24	95%-	D
8	23	25	+	SC
9	26	21	+	SC
10	26	30	+	SC
11	13	15	+	SC

+Indica que no alcanzó un intervalo de confianza de por lo menos 95%

- Indica que fue en sentido negativo

M= mejorado, SC = sin cambio, D = deteriorado.

En el afrontamiento involuntario no comprometido la media de la población normativa fue de 18.94 con una desviación estándar de 5.29 y el punto de corte se estableció en 8.36. El índice de cambio confiable para cada sujeto se muestra en la tabla 16.

Tabla 15. Valores del índice de cambio confiable de las respuestas involuntarias comprometidas (cognitivas).

Participante	Puntaje pre	Puntaje post	Intervalo de confianza	Clasificación
1	11	18	95%	D
2	22	15	95%-	M
3	11	21	95%	D
4	12	13	+	SC
5	10	13	+	SC
6	23	11	95%+	M
7	14	17	+	SC
8	13	14	+	SC
9	15	12	+	SC
10	17	16	+	SC
11	22	14	95%+	M

+Indica que no alcanzó un intervalo de confianza de por lo menos 95%

-Indica que fue en sentido negativo

M= mejorado, SC = sin cambio, D = deteriorado.

En la búsqueda de apoyo familiar la media de la población normativa fue de 10.3 con una desviación estándar de 3.73 y el punto de corte fue de 17. Para observar el índice de cambio confiable de cada participante véase tabla 17.

Tabla 16. Valores del índice de cambio confiable para la estrategia de afrontamiento no comprometido.

Participante	Puntaje pre	Puntaje post	Intervalo de confianza	Clasificación
1	13	11	+	SC
2	19	13	95%	M
3	19	20	+	SC
4	15	18	+	SC
5	16	18	+	SC
6	19	16	+	SC
7	20	18	+	SC
8	12	23	95%-	D
9	14	16	+	SC
10	18	20	+	SC
11	15	26	95%-	D

+Indica que no alcanzó un intervalo de confianza de por lo menos 95%

-Indica que fue en sentido negativo

M = mejorado, SC = sin cambio,

Tabla 17. Valores del índice de cambio confiable de la búsqueda de apoyo familiar.

Participante	Puntaje pre	Puntaje post	Intervalo de confianza	Clasificación
1	8	9	+	SC
2	11	8	+	SC
3	8	14	95%	M
4	11	13	+	SC
5	5	13	95%	M
6	13	5	95%-	D
7	5	15	95%	M
8	6	5	+	SC
9	9	5	+	SC
10	19	12	95%	D
11	11	17	95%	R

+Indica que no alcanzó un intervalo de confianza de por lo menos 95%

-Indica que fue en sentido negativo

R= recuperado, M = mejorado, SC = sin cambio, D = deteriorado

En las respuestas de religiosidad y espiritualidad la puntuación media de la población normativa fue de 6.27 con una desviación estándar de 2.27 y el punto de corte se definió en 10. Para el índice de cambio confiable de cada participante véase tabla 18.

En la búsqueda de apoyo de otros la puntuación media de la población normativa fue de 8.58 con una desviación estándar de 2.39 y el punto de corte se definió en 13. Para ver el índice de cambio confiable de cada participante véase tabla 19.

Tabla 18. Valores del índice de cambio confiable de religiosidad y espiritualidad.

Participante	Puntaje pre	Puntaje post	Intervalo de confianza	Clasificación
1	4	5	+	SC
2	8	6	+	SC
3	8	10	+	SC
4	5	6	+	SC
5	4	6	+	SC
6	4	5	+	SC
7	6	5	+	SC
8	5	6	+	SC
9	4	4	+	SC
10	7	4	+	SC
11	12	8	95%-	D

+Indica que no alcanzó un intervalo de confianza de por lo menos 95%

-Indica que fue en sentido negativo

SC = sin cambio, D = deteriorado

Tabla 19. Valores de la significancia clínica del cambio en la búsqueda de apoyo de otros.

Participante	Puntaje pre	Puntaje post	Intervalo de confianza	Clasificación
1	5	9	+	SC
2	7	8	+	SC
3	12	8	+	SC
4	7	9	+	SC
5	8	11	+	SC
6	5	8	+	SC
7	5	10	95%	M
8	4	11	95%	M
9	12	8	+	SC
10	7	11	+	SC
11	12	9	+	SC

+Indica que no alcanzó un intervalo de confianza de por lo menos 95%

-Indica que fue en sentido negativo

M = mejorado, SC = sin cambio

Discusión

El objetivo de esta investigación fue desarrollar y evaluar un programa de intervención cognitivo- conductual para adolescentes embarazadas. Con el propósito de mejorar su competencia maternal percibida y fortalecer sus estrategias de afrontamiento. Para la evaluación del programa se consideraron las respuestas a un Cuestionario de Competencia Maternal Percibida y un Cuestionario de Habilidades de Afrontamiento (Lucio y Villarruel, en prensa).

Las intervenciones para promover la competencia maternal percibida son importantes ya que se ha visto que a mayor confianza en cumplir con las tareas de la paternidad de forma adecuada, también hay mayor conocimiento de las conductas deseables en el rol parental, los padres con alta competencia percibida interpretan las dificultades de sus hijos como un desafío que necesita mayor esfuerzo y aplicación de sus habilidades en forma creativa, mientras que los padres con baja competencia percibida ven las dificultades de sus hijos como amenazas que exceden su habilidades paternas (Donovan, Leavitt y Walsh,1990).

Las habilidades de afrontamiento son necesarias para el ajuste de la adolescente ante los diversos eventos del desarrollo y los cambios físicos y sociales que se producen por el embarazo. Además de que enseñar estrategias efectivas de afrontamiento pueden influir en un círculo positivo de resiliencia que proteja a las adolescentes del estrés en la vida adulta. Por el contrario, la carencia de habilidades de afrontamiento incrementa la posibilidad de que la adolescente experimente dificultades emocionales y conductuales incluso en periodos de estrés moderado y de ausencia de vulnerabilidad física.

Las respuestas de afrontamiento que involucran responsabilidad y compromiso para hacer frente a la fuente de estrés y reacciones emocionales propias están asociadas con pocos problemas emocionales y conductuales, mientras que las respuestas de afrontamiento que involucran esfuerzos para no comprometerse y encarar la fuente de estrés se asocian con un mayor número de problemas conductuales y emocionales (Compas et al., 2001).

Se ha estudiado ampliamente el desarrollo de hijos de madres adolescentes y el impacto de la maternidad en la adolescente. Sin embargo, hay poca investigación, sobre todo en nuestro país, acerca de intervenciones que promuevan la adaptación de la adolescente embarazada. Esta investigación es uno de los primeros esfuerzos en México por demostrar el impacto de una intervención en la competencia maternal percibida y habilidades de afrontamiento de adolescentes embarazadas. Con este fin se adoptó un modelo psicoeducativo y cognitivo conductual y se realizó un instrumento de evaluación.

El programa de intervención cognitivo-conductual quedó constituido por tres fases: evaluación, tratamiento y post evaluación. El objetivo del tratamiento consistió en que las adolescentes incrementaran su competencia maternal percibida en cuanto a su calidez, sensibilidad, cuidado material y didáctico y en habilidades de crianza. Y en cuanto a sus habilidades de afrontamiento que incrementaran las estrategias de solución de problemas y la búsqueda de apoyo social y familiar, a la vez que disminuyeran estrategias poco adaptativas como el afrontamiento no comprometido (evitación), las respuestas cognitivas comprometidas como la rumiación y las respuestas comprometidas fisiológicas (sudoración, palpitaciones, etc.).

Competencia Maternal Percibida

En la competencia maternal percibida se puede asumir que la intervención psicoeducativa de cuidados básicos del bebé fue eficaz para incrementar la competencia maternal percibida en las adolescentes. Incrementó en las adolescentes la percepción de que serían capaces de ser cálidas y cariñosas con sus hijos, lo cual puede ser un indicador de una interacción materna adecuada. Las adolescentes también incrementaron su percepción de poder proveer a su bebé un ambiente seguro y estimulante.

En cuanto a las habilidades de crianza se observó que tanto el grupo control como el experimental aumentaron sus competencias percibidas. Esto se explica como el resultado de la educación informal que las adolescentes reciben de su red de apoyo social.

Es decir, que las adolescentes del grupo control a pesar de no recibir una instrucción formal sobre cuidados de crianza. Pudieron haber sido “educadas” en el tema a través de otras mamás, o de los medios de comunicación. Si bien se ha observado que la psicoeducación por sí sola no modifica conducta, sí es eficaz para sensibilizar al cambio. Dar información a las adolescentes acerca del cuidado de un bebé promovió en ellas mayor sensación de control ante la situación futura.

La madurez de la adolescente para la maternidad involucra una combinación de conocimiento acerca de desarrollo infantil y de actitudes positivas hacia la maternidad. Entendiendo el conocimiento del desarrollo del niño como la disposición de la madre de una estructura u organización cognoscitiva global para adaptarse o anticipar los cambios en el desarrollo del niño, las actitudes acerca de la maternidad se refieren a las concepciones individuales acerca de cómo ser madre y que estrategias emplear en la interacción con los hijos. Esto involucra las ideas de la madre acerca de su propio rol y el de su hijo (Reis & Herz, 1987).

En cuanto las actitudes positivas hacia la maternidad, la intervención promovió este elemento de la madurez para la maternidad. Evidentemente las adolescentes con actitudes positivas hacia la maternidad, sumadas a un conocimiento adecuado del desarrollo infantil, expectativas realistas y creencias adecuadas acerca de las prácticas de crianza tienen mayor probabilidad de ser madres competentes.

De acuerdo a los principios básicos de la teoría de la autoeficacia subrayados por Bandura (1986), se sabe que los adultos que se evalúan a sí mismos como competentes, que consideran que ellos pueden llevar a cabo una paternidad exitosa y que entienden los efectos probables de sus acciones como padres, tienen mayor probabilidad de ser promotores eficaces del desarrollo de sus hijos (Teti & Candelaria, 2002). Ya que la percepción de competencia en los padres se asocia con el uso de estrategias de crianza efectivas por parte de éstos (Coleman & Karraker, 1998; Teti & Gelfand, 1991).

Los datos sugieren que las creencias de auto-eficacia maternal median los efectos de un número de variables de la madre y del niño sobre la calidad de la maternidad (Raver & Leadbeater, 1999). La alta autoeficacia parental correlaciona positivamente con una adecuada relación madre-hijo (Bohlin & Hagekull, 1987), con calidez y control parental (Izzo, Weiss, Shanahan, & Rodriguez-Brown, 2000), con habilidades de crianza (Hill & Bush, 2001), con responsividad parental (Gondoli & Silverberg, 1997), monitoreo parental (Shumow & Lomax, 2002). Y por su parte la baja autoeficacia maternal se asocia con depresión maternal (Teti & Gelfand, 1991).

Bandura (1982) postuló que los juicios razonablemente precisos de la propia capacidad son muy similares a los resultados específicos observados y nos proporcionan una de las mejores herramientas para predecir y explicar los resultados conductuales.

De acuerdo con Bandura lo que un sujeto sabe, o lo que ha hecho previamente no son siempre los mejores predictores de su comportamiento subsecuente, ya que las creencias que posee sobre sus capacidades tienen una influencia poderosa sobre la forma en que puede comportarse.

Es de acuerdo a la teoría de autoeficacia de Bandura que en este estudio se sugiere que la mayor de competencia maternal percibida es un indicador de la competencia maternal realizada, evidentemente se sugiere continuar la línea de investigación para observar la correlación entre estas variables.

Habilidades de afrontamiento

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es que las adolescentes del grupo de intervención incrementaron sus estrategias de solución de problemas a diferencia del grupo control. Además se observó que la puntuación de la estrategia de solución de problemas incrementó con respecto a la media de calificación del grupo normativo lo que indica que la intervención cognitivo- conductual en sus módulos dirigidos al autocontrol emocional y solución de problemas promovieron la habilidad de ejercer control reflexivo y activo en la búsqueda de soluciones y toma de decisiones.

Si las adolescentes fueron capaces de afrontar bien las dificultades de la vida antes de que su hijo naciera, es más probable que sean competentes para enfrentar las demandas de la maternidad.

Dentro de la preparación en habilidades de afrontamiento, en el modulo de solución de problemas se buscó que las adolescentes aprendieran a reconocer y definir un problema; que generarán múltiples alternativas de solución a los problemas interpersonales; que planearan una serie de pasos necesarios para alcanzar una meta dada; que predijeran las consecuencias a corto y largo plazo de la alternativa elegida y finalmente que llevaran a cabo el plan de acción.

El incremento en la estrategia de búsqueda de solución de problemas implica que la adolescente empezó a emplear en mayor medida tácticas conductuales o cognitivas para eliminar el estresor o bien disminuir el significado del evento estresante.

Algunas respuestas específicas que incrementaron las participantes del grupo experimental fueron la expresión emocional que se asocia a la salud mental (Stanton et al., 2000) y el pensamiento positivo en el cual, sin negar los problemas la persona tiene esperanza y desarrolla estrategias de acción en vías de una solución.

Es importante considerar que las adolescentes durante el embarazo muchas veces no pueden recurrir a la solución directa de los problemas que se les presenta, debido a la carencia de recursos. En el estudio uno (grupos focales) de esta investigación se observó que la mayoría de las adolescentes depende de otras personas económicamente y en la toma de decisiones, sobre todo de la familia nuclear o política. Así que es un avance el que las adolescentes del grupo experimental hayan incrementado esta estrategia de búsqueda de soluciones tanto conductuales como cognitivas. Los hallazgos sugieren que el programa fue útil en desarrollar un sentido de control psicológico en las participantes, es decir, que incrementaron su percepción de ser capaces de poder resolver o manejar las situaciones problemáticas.

Los resultados de esta investigación coinciden con los datos de otros estudios en los que los adolescentes se beneficiaron del entrenamiento en solución de problemas (Phuphaibul, Thanooruk, Leucha, Sirapo-ngam & Kanobdee, 2005). Por ejemplo, adolescentes con trastorno de hiperactividad incrementaron su habilidad de resolver conflictos con sus padres (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher & Metevia, 2001). También se observó en un meta análisis que la técnica más eficaz para promover el manejo de enojo en niños y adolescentes fue el entrenamiento en solución de problemas (Sukhodolsky, Kassinove & Gorman, 2004).

De acuerdo a Williams y McGillicuddy (2000) el afrontamiento centrado en la solución de problemas en adolescentes incrementa de acuerdo a la edad, por lo que podría esperarse que el aumento en la búsqueda de solución de problemas se debiera a la maduración, sin embargo, los resultados sugieren que hay cambios en función de la intervención que recibieron las adolescentes.

Otra estrategia que incrementaron las adolescentes del programa de intervención fue la búsqueda de apoyo familiar. Se ha observado que en general el apoyo de los pares puede ser bajo, ya que estos no entienden las demandas del embarazo y la maternidad (Stevenson, Maton, & Teti, 1999).

El apoyo familiar es una variable ampliamente estudiada, que se asocia con la adaptación de la adolescente a las demandas del embarazo y la maternidad (Davis, Rodhes, & Hamilton-Leaks, 1997). La principal fuente de apoyo de adolescentes embarazadas son sus madres, y el papá del bebé que esperan (Burke, & Liston, 1994; Chen et al., 1995). Las madres de las adolescentes proveen en mayor medida apoyo instrumental y los padres del bebé apoyo emocional (Barnet, Joffe, Duggan, Wilson, & Repke, 1996).

El que las adolescentes hayan incrementado la búsqueda de apoyo familiar a diferencia de las adolescentes del grupo control tiene implicaciones importantes. El apoyo familiar promueve que la adolescente concluya sus estudios, reduce la probabilidad de que la adolescente viva en condiciones de pobreza y tenga otro hijo durante la adolescencia (Trent & Harlan, 1994). Además de que la abuela puede modelar prácticas de crianza adecuadas para las madres muy jóvenes y mejorar el ambiente en el hogar de los hijos de las madres adolescentes (Apfel & Seitz, 1991).

El hecho de que las adolescentes que participaron en el programa de intervención hayan incrementado la estrategia de apoyo familiar puede deberse al módulo de comunicación. Éste módulo tuvo como objetivo entrenar a la adolescente en conductas asertivas ante diversas situaciones de interacción social, esto es, una mayor tendencia a expresarse de forma directa, pero no coercitiva, en situaciones tales como pedir favores, rehusar peticiones y manifestar sentimientos positivos y negativos.

Los hallazgos del estudio, validan la eficacia del módulo en comunicación que es congruente con los resultados encontrados en otros trabajos (Alsinet, 1997; Bijstra y Jackson, 1998; Bukowsky, 1998; Caballo y Robles, 1988; Putman et al., 1996; Stevahn et al., 1997; Trianes, 1994) que han evidenciado los efectos positivos de intervenciones que estimulan el desarrollo de diversas habilidades de afrontamiento mediante actividades que estructuran interacciones sociales amistosas-cooperativas.

En contraste, los resultados también indican que hubo impacto poco significativo del programa en la estrategia de afrontamiento no comprometido, en las estrategias comprometidas cognitivas y fisiológicas y en la búsqueda de apoyo en otros (no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos). Sin embargo, las medias de calificaciones del grupo control y experimental después de la intervención no difieren de la media de calificación del grupo normativo, es decir, mantuvieron su nivel de funcionamiento. Llama la atención que las adolescentes del grupo control hayan incrementado sus estrategias dirigidas a la religiosidad y espiritualidad, recurrieron a la oración y a ideas religiosas. Se ha visto que la religiosidad y espiritualidad se han relacionado, aunque, de manera modesta, con la experiencia positiva (Seligman, 1998). Recurrir a la religiosidad implica con frecuencia una habilidad para encontrar sentido a las experiencias de vida, se ha asociado con un sentido de pertenencia, apoyo, espiritualidad y esperanza en adolescentes. (Walker, Anette, Wills & Mendoza, 2007)

Una variedad de estudios y medidas indican que la religiosidad y espiritualidad pueden ser importantes factores protectores ante varias conductas de riesgo. Entre ellas; las actividades antisociales, depresión (Sinha, Cnaan & Gelles, 2007), estrés posttraumático a víctimas de terrorismo (Schiff, 2006) y el inicio de vida sexual activa (Laflin, Wang & Barry, 2008).

Es clara la relación entre religiosidad y disminución en el involucramiento de conductas de riesgo. Lo que genera interés en los resultados de la presente investigación, es que el grupo control en su evaluación previa al tratamiento tuvo un nivel de religiosidad muy parecido al del grupo normativo, la pregunta que surge es ¿por qué incrementó en la evaluación posterior? Una hipótesis es que al no tener otra fuente de apoyo utilizaron sus creencias religiosas para compensar la carencia de otros recursos, como lo fue la intervención para el grupo experimental. O bien pudo ser un efecto de interacción entre las participantes. El incremento de religiosidad en el grupo control es un hallazgo que no se esperaba, pero que se considera que puede ser el inicio de una línea de investigación.

De manera general, se pudo observar que al inicio de la intervención las adolescentes del estudio obtuvieron puntuaciones similares a las de la muestra normativa en sus respuestas de afrontamiento. Esto era de esperarse porque el objetivo de la intervención fue de tipo preventivo. Las puntuaciones cercanas a la media normativa en búsqueda de apoyo familiar, nos indicaron que las adolescentes no mostraban un déficit en esta área, a pesar de que los datos de algunas investigaciones señalan que un factor de riesgo para el inicio de vida sexual temprano es el distanciamiento de la adolescente de su familia (Allison et al., 2005; Vukovic & Bjegovic, 2007).

En el cuestionario de datos generales se preguntó a las adolescentes si el embarazo había sido planeado, a lo que la mayoría contestó que sí, a su vez se observó que la mayoría presentó deserción escolar previa al embarazo. Estos resultados coinciden con lo que plantean las propuestas de investigaciones sociales (Menkes, 2003) de que las adolescentes consideran la maternidad temprana como único proyecto de vida en que pueden afirmar autonomía, encontrar sentido y transitar hacia la adultez.

Por otro lado durante la implementación de la intervención (piloteo) se observó que las adolescentes no perciben su embarazo como una conducta fuera de la norma, sino como un acto común. Su principal preocupación no es que sean madres “adolescentes” sino que son madres “primerizas”. El temor es a no tener la habilidad suficiente para cuidar a un bebé recién nacido. Un indicador fue que las adolescentes accedieron más a participar en la investigación cuando se les dijo que estaba dirigida a madres primerizas en lugar de a madres adolescentes.

Hay un mayor acercamiento a las adolescentes cuando se les trata como adultos responsables. Que cuando se refieren a ellas como adolescentes que necesitan ayuda por haberse embarazado a esa “edad”. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de contar con profesionales de salud que no estigmaticen a la adolescente por un embarazo temprano. Se trata de un cambio tanto en los servicios como en la cultura. Esto sería posible mediante la capacitación del personal que trabaja con adolescentes y familias, y con una atención integral a adolescentes embarazadas que incluyera un grupo multidisciplinario

El trabajo realizado aporta una herramienta para estimular el desarrollo funcional de la adolescente embarazada, sin embargo, no está exento de limitaciones. Una de ellas es que los instrumentos que se emplearon para la evaluación requieren mayor trabajo psicométrico, como establecer su estabilidad temporal y su validez concurrente.

Incluso parece necesario construir un instrumento de afrontamiento para adolescentes hispanohablentes que evalué específicamente las estrategias de afrontamiento a las que se dirige el entrenamiento en habilidades.

Por ejemplo, no fue posible, evaluar cual fue el impacto directo del módulo de autocontrol emocional, se infiere a través de los efectos en la estrategia de solución de problemas, pero no es suficiente. Por otro lado se sugiere realizar réplicas para poder generalizar los resultados, considerando por lo menos un seguimiento.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados de esta investigación se concluyó que el enfoque cognitivo-conductual fue útil y adaptable para el tratamiento preventivo de adolescentes embarazadas, favoreciendo el incremento de competencia percibida ante la futura maternidad y en el incremento en la estrategia de búsqueda de solución de problemas y búsqueda de apoyo familiar.

Desde una perspectiva teórica esta investigación replicó principios cognitivo-conductuales, desde el punto de vista metodológico dio la posibilidad de que profesionales de la salud mental tomen decisiones basadas en la investigación de resultados y la contribución clínica de este estudio fue que probó la eficacia de los elementos de un programa de intervención oportuna, especializada y sensible a las necesidades de las adolescentes embarazadas.

Se sugiere continuar con la línea de investigación para probar los efectos del entrenamiento en cuidados maternos sobre la competencia maternal realizada. Así como estudiar si el nivel de religiosidad aumenta ante determinados estresores y saber si es adaptativo o no. También es necesario realizar más réplicas de esta intervención para poder generalizar los resultados.

Referencias

- Allison R., Koo, H., Bhaskar, B. Anderson, K., White G. & Jenkins, R. (2005). The influence of primary caregivers on the sexual behavior of early adolescents. *Journal of Adolescent Health, 37* (2), 135-144.
- Anastasiow, N.J.(1983). Adolescent pregnancy and special education. *Exceptional Children, 49* (5), 393-401. Recuperado el 04 de octubre de 2004 de la base de datos EBSCO.
- Andreozzi, L., Flanagan, P., Seifer, R., Brunner, S., & Lester, B. (2002). Attachment classifications among 18-month-old children of adolescent mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 946-952.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barkley, R., Edwards, G., Laneri, Fletcher, M., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (6), 926-941.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- *Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-Behavioral Therapy in the treatment of anger: A meta- analysis. *Cognitive Therapy and Research, 22* (1), 1998, 63-74. Recuperado el 3 de noviembre de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Bennet, T., Skartrud, J.D., Guild, P., Loda, F., & Klerman, L.V. (1997). Rural adolescent pregnancy: a view from the south [version electrónica]. *Family Planning Perspectives, 29*, (6), 256-267.
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6*, 121-188.
- Blechman, E.A. (1984). Competent parents, competent children behavioral objectives of parent training. En R. F. Dangel y R. A. Polster (Eds.), *Parent training foundations of research and practice*. (pp34-63) New York Guilford Press.
- Binford, R. B., Mussell, M. P., Crosby, R.D., Peterson, C., Crow, S. J. & Mitchell, J. E. (2005). Coping Strategies in Bulimia Nervosa Treatment: Impact on Outcome in

- Group Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(6),1089-1096
- Boltvinik, J. (1996). Pobreza y comportamiento demográfico/ La importancia de la política social. Recuperado el 4 de mayo de 2004 , de: DEMOS, 9. <http://www.ejournal.unam.mx/demos/no09/DMS00908.pdf>.
- Bodenmann, G., Charvoz, L., Cina, A. & Widmer, K. (2001). Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples: 1-year follow-up-study. *Swiss Journal of Psychology*. 60(1),3-10.
- Bodenmann, G., Perrez, M., Cina, A. & Widmer, K. (2002). The effectiveness of a coping-focused prevention approach: A two-year longitudinal study. *Swiss Journal of Psychology*. 61(4), 195-202.
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Steven R., Widmer, K. Gabriel, B. Meuwly, N., et al. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76(6), 944-954.
- Borges, G., Wilcox, H.C., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., Blanco, J., & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2.),40-47.
- Coleman, P.K., & Karraker, K.H. (1998). Self efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47–85. Recuperado el 8 de agosto de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Compas, B.E. & Grant, K.E. (2003) Processes of risk and resilience during adolescence: stress, coping, and stress reactivity. En R.M. Lerner, F. Jacobs y D. Wertlieb. (Eds.). *Handbook of applied developmental science. Vol. 1., : Applying developmental science for youth and families historical and theoretical foundations* pp. 47-79). EE.UU. SAGE Publications.
- Compas, B.E. (1995). Promoting successful coping during adolescence. En M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people*, (pp. 284-302). Cambridge: Cambridge, NY. University Press.
- Compas, B.E. (1998) An Agenda for coping research and theory: Basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2), 231-237. Recuperado el 28 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.

- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127. Recuperado el 28 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Compas, B.E., Orosan, P.G. y Grant, K.E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349. Recuperado el 28 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO], (2000). *Cuadernos de salud reproductiva*. Estados Unidos Mexicanos, Conapo, México.
- Consejo Nacional de Población[CONAPO], (2004). Carpeta informativa.11 de julio día mundial de la población. México 2004 Consejo Nacional de Población pag. 13. Recuperado el 28 de octubre de 2005, de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpeta2004.pdf>
- Connor- Smith, J.K., Compas, B.E., Wadsworth, M.E., Thomsen, A. H., & Salzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 15, 167-175.
- Coren, E., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 26, 79-103.
- Culp, R.E., McDonald, A.C., Dengler, B., & Maisano, P.C. (1999). First-time young mothers living in rural communities use corporal punishment with their toddlers. *Journal of Community Psychology*, 27 (4), 503-509.
- D'Zurilla, T. y Nezu, A. (2000) Problem- solving therapies. En K. Dobson (Ed.). *Handbook of cognitive- behavioral therapies* (pp. 211-245) New York: The Guilford Press.
- Deacon, B.J. & Abramowitz, J.S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta- analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (4), 429-441.
- Dobson, K. S. & Dozois, K. S.(2000). Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapies. En K. S. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive- Behavioral therapies*. (pp. 3-39). New York: The Guilford Press.

- Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Ehrenfeld, N. M. (1994). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*, 2(36), 47-64.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Ellis, A. & Russell, G. (1986). *Handbook of rational- emotive therapy*. New York: Springer publishing company.
- Ellis, A. (1979) The practice of rational- emotive therapy. En A. Ellis y J. M. Whiteley (Ed.s.), *Theoretical and empirical foundations of rational emotive therapy* (pp. 61-100). Monterrey, México: Brooks/ Cole.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Adolescent and adult pregnant women: Different risk conditions? *Acta Me'dica Portuguesa*, 18, 97 – 105.
- Frydenberg, E. ,& Lewis, R. (2004). Adolescents least able to cope: how do they respond to their stresses. *British Journal Of Guidance & Counselling*, 32 (1) 25-37. Recuperado el 25 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1999). Things dont better just because you are older: A case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69; 81-94. Recuperado el 25 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Furstenberg, F.F.(1995). Fathering in the inner city. En W.Marsiglio (Ed.), *Fatherhood: Contemporary theory* (pp. 119-147). Thousan Oaks, CA:Sage.
- Geronimus ,A.T. (2003). Damned if you do: Culture, identity, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Social Science & Medicine* 57, 881–893.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., Collado, M. E.(1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico [versión electrónica].*Salud Mental*. 21(2), 37-45.
- Gross, D., Fogg, L., & Tucker, S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent–toddler relationships. *Research in Nursing & Health*, 18, 489–499. Recuperado el 6 de mayo de 2005 de la base de datos EBSCO.

- Heinicke, C. M. (2002). The transition to parenting. En M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting (Vol. 3, :Being and becoming a parent, pp. 363-388)*. Mahwah: New Jersey, EE.UU. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Hill, N. E., & Bush, K. R. (2001). Relationships between parenting environment and children's mental health among african american and european american mothers and children. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 954–966.
Recuperado el 3 de marzo de 2005 de la base de datos EBSCO
- Hockaday, C., Crase, S., Shelley, M. & Sockdale, D. (2000). A prospective study of adolescent pregnancy. *Journal of Adolescence*, 23, 423-438.
- Hudson, D. B., Elek, S. M., & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35, 445 – 453.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], (2007). Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990 a 2006. disponible en:
<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob28&c=3205>
- Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T., & Rodriguez-Brown, F. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socio-emotional adjustment in mexican immigrant families. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 20, 197–213. Recuperado el 28 de septiembre de 2005 de la base de datos EBSCO
- Jackson, Y., & Warren, J. S. (2000). Appraisal, social support, and life events: Predicting outcome behavior in school-age children. *Child Development*, 71, 1441-1457.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Belsky, J., & Silva, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 13, 377–397.
- Keller, H., Lohaus, A., Völker, S., Elben, C., & Ball, J. (2003). Warmth and Contingency and Their Relationship to Maternal Attitudes Toward Parenting. *The Journal of Genetic Psychology*, 164 (3), 275–292. Recuperado el 13 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.

- Key, J.D., Barbosa, G. A., & Owens, V. J. (2001). The Second Chance Club: Repeat adolescent pregnancy prevention with a school-based intervention. *Journal of Adolescent Health*, 28, 167-169. Recuperado el 4 de octubre de 2004 de la base de datos EBSCO.
- Laflin, M., Wang, J. & Barry, M. (2008). A longitudinal study of adolescent transition from virgin to nonvirgin status. *Journal of Adolescent Health*, 42 (3), 228-236.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lega, I. L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva*. España: Siglo veintiuno.
- Lucio, G. E. & Duran, P.C. (2003). Manual de Sucesos de vida (versión para adolescentes). México. D.F. Editorial el Manual Moderno.
- Lucio, G. E. & Villarruel, B. (en prensa). Assessment of coping in adolescents: considerations for developing coping questionnaires for teenagers.
- Luker, K. (1996). *Dubious conceptions: The politics of teenage pregnancy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mann, M.B., Pearl, P.T., & Behle, P., D. (2004). Effects of parent education on knowledge and attitudes. *Adolescence*, 39, 154.
- McDermott & Graham (2005) E. McDermott and H. Graham, Resilient young mothering: Social inequalities, late modernity and the ‘problem’ of ‘teenage’ motherhood, *Journal of Youth Studies*, 8, 59–79.
- Meichenbaum, D. (1983). *Supere el estrés*. Barcelona. Ediciones Nuan Granica.
- Méndez, C. F., Olivares, J. y Moreno. G. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. R. Olivares y C. F. Méndez (Eds.). *Técnicas de modificación conductual* (pp. 409-433). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Menkes, C. & Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 35, 233-262.
- Merrick, E. (2001) *Reconceiving Black adolescent childbearing*. Westview Press, Boulder, CO.
- *Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacology. *Psychological Bulletin*, 131 (5), 785-795. Recuperado el 17 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.

- Mullis, R. L., Youngs, G. A., Jr., Mullis, A. K., & Rathge, R. W. (1993). Adolescent stress: Issues of measurement. *Adolescence*, 28, 267-279.
- Petersen, A.C., Kennedy, R. E., & Sullivan, P. (1991). Coping with adolescence. En M.E. Colton & S. Gore (Eds.), *Adolescent stress: Causes and consequences* (pp. 93–110). New York: Aldine de Gruyter
- Pick, S., Atkin, L.C., Gribble, J. & Andrade-Palos, P. (1991). Sex contraception and pregnancy among adolescents in Mexico City. *Studies in Family Planning*, 22 (2), 74-82.
- Phuphaibul, R., Thanooruk, R., Leucha, Y., Sirapo-ngam, Y., & Kanobdee, C. (2005). The impacts of the “immune of life” for teens module application on the coping behaviors and mental health of early adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 20 (6), 461-468.
- Radestad, I., Rubertsson, C., Ebeling, M., & Hildingsson, I. (2004). What factors in early pregnancy indicate the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? *Birth*, 31, 84 – 92.
- Raver, C.C., & Leadbeater, B.J. (1999). Mothering under pressure: Environment, child, and dyadic correlates of maternal self efficacy among low-income women. *Journal of Family Psychology*, 13, 523–534. Recuperado el 27 de mayo de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Rickheim, P.L., Weaver, T. W., Flader, J.L., Kendall, D.M. (2002). Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care*, 25, 269–274.
- Rychtarik, R. G. & McGillicuddy, N. B. (2005) Coping Skills Training and 12-Step Facilitation for Women Whose Partner Has Alcoholism: Effects on Depression, the Partner's Drinking, and Partner Physical Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(2), 249-261.
- Sadler, L.S., & Cowlin, A. (2003). Moving into Parenthood: A program for new adolescent mothers combining parent education with creative physical activity. *JSPN*, 8 (2), abril-junio. Recuperado el 12 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L. & Bor, B.(2000). The triple p positive parenting program: A comparison of enhanced, standard and self-directed

- behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1-17.
- Sank, L. I. y Shaffer, C. S. (1984). *Manual del terapeuta para la terapia cognitivo conductual en grupos*. España: Desclée de Brouwer.
- Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J., García-Avilés, M., León-Alvarez, G., Quezada-Bolaños, S., & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Publica de Mexico* 45 supl 1:S140-S152.
- Schiff, M. (2006). Living in the shadow of terrorism: Psychological distress and alcohol use among religious and non-religious adolescents in Jerusalem. *Social Science & Medicine*, 62, (9),2301-2312.
- Secco, Ateah, Woodgate, & Moffatt (2002). Perceived and performed infant care competence of younger and older adolescent mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25, 97-112.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence*, 16, 285-303. Recuperado el 30 de agosto de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). Adolescent health: a developmental perspective. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge, Krenke, I. & Kavsek M.J. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *Internacional Journal Of Behavioral Development*, 18 (3), 651-658. Recuperado el 28 de septiembre de 2005 de la base de datos EBSCO
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691. Recuperado el 30 de agosto de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Seligman, M. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York, NY: Pocket Books
- Shearer, D.L., Mulvihill, B.A., Klerman, L.V., Wallander, J.L., Hovinga, M.e., & Redden, D.T. (2002). Association of early childbearing and low cognitive ability. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34 (5), 236-243. Recuperado el 6 de diciembre de 2004 de la base de datos EBSCO.
- Shumow, L., & Lomax, R. (2002). Parental self-efficacy: Predictor of parenting behavior adolescent outcomes. *Parenting, Science and Practice*, 2, 127-150. Recuperado el 4 de octubre de 2005 de la base de datos EBSCO.

- Singh, S. & Darroch, J. E. (2000). Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries. *Family Planning Perspectives*, 32 (1), 14-24. Recuperado el 15 de octubre de 2004 de la base de datos EBSCO.
- Sinha, J., Cnaan . R. & Gelles, R. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30 (2), 231-249.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., . Kirk, Sworowski, L. & Twillman, R. (2000) .Emotionally Expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68,(5),875-882.
- Stern, C. (1995). Embarazo adolescente: significado e implicaciones para distintos sectores sociales. Recuperado el 6 de diciembre, de <http://www.ejournal.unam.mx/demos/no08/DMS00804.pdf> .
- Stern, C.(1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39 (2), 137-143.
- Stern , C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de Población [en línea] 2004, (039):[fecha de consulta: 30 de abril de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11203906>> ISSN 1405-7425.
- Stevens-Simon, C., & Barrett, J. (2001). A comparison of the psychosocial resources of adolescents at low and high risk of mistreating their children. *Journal of Pediatric Health Care*, 15 (6), 299-303. Recuperado el 30 de agosto de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Stevens-Simon, C., Kelly, L., & Brayden, R.M. (2001). A health passport for adolescent parents and their children. *Clinical Pediatrics*, 40 (3), 169-173. Recuperado el 3 de marzo de 2005 de la base de datos EBSCO
- Stock, J.L., Bell, M.A., Boyer, D.K., & Connell, F.A. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls [version electrónica]. *Family Planning Perspectives* 29, (5), 200-205.
- *Sukhodolsky, D., Kassinove, H. & Gorman, B. (2004) Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior* 9 (3) 247-269.

- Swann, C., Bowe, K., McCormick, G., & Kosmin, M. (2003). Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews: Evidence briefing. Health Development Agency. Recuperado el 27 de noviembre de 2004, de <http://www.had-online.org.uk/evidence>.
- Teti, D. & Candelaria, M. (2002). Parenting Competence. En M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (Vol. 4, : Social conditions and applied parenting, pp.149-180).Mahwah, New Jersey, EE.UUU: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Thomlison, B. (2003). Characteristics of evidence-Based child maltreatment interventions. *Child Welfare League of America* 83 (5), 541-571. Recuperado el 30 de agosto de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Tsao, J. C., Mystkowski, J.L., Zucker, B.G., & Craske, M.G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 959-970. Recuperado el 30 de agosto de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Tubman, J. G., & Windle, M. (1995). Continuity of difficult temperament in adolescence: Relations with depression, life events, family support, and substance use across a one-year period. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 133-153. Recuperado el 28 de enero de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Ventura, S., Martín,J., Curtin, S. & Mathews, T. (2001).Births: Final data for 1997. *National Vital Statistics Reports*, 47 (18). Recuperado el 26 de noviembre de 2004 de la base de datos EBSCO.
- Villatoro, V.J., Medina-Mora, I. M., Hernández, V., M., Fleiz, B. C., Amador, B., N., & Bermúdez, L., P. (2005).La encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*,28 (1),38-51.
- Vukovic, D. & Bjegovic, V. (2007). Brief report: Risky sexual behavior of adolescents in Belgrade: Association with socioeconomic status and family structure. *Journal of Adolescence*,30 (5), 869-877.
- Walker, C., AINETTE, M., WILLS, T. & MENDOZA, D. (2007). Religiosity and substance use: test of an indirect-effect model in early and middle adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21 (1),84-96.

- Walti, C.(2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de Población*, 26, 43-87.
- Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Keogh, D. A., & Weed, K.(2001). *Interwoven lives: Adolescent mothers and their children*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wiemann, C.M.,Rickert, V.I.,Berenson,A.,& Volk, R. (2005). Are pregnant adolescent stigmatized by pregnancy?. *Journal of adolescent Health*, 36, 352-360.
Recuperado el 30 de agosto de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Williams, K. & McGillicuddy, D. (2000). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(4), 537-549.
- Williams, R., & Ruesink, D. C. (1998). The changing rural family and community: Implications for congregational ministry. *Family Ministry*, 12, 6-21. Recuperado el 27 de abril de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Windle, M., & Windle, R. C. (1996). Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents: associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 551–560.
- Yahav, R. & Cohen, M. (2008) Evaluation of a cognitive-behavioral intervention for adolescents. *International Journal of Stress Management*. 15(2), 173-188.

ANEXO 1

Guía de entrevista

Grupo Focal

Temas	Preguntas Guía
<p>Embarazo</p> <p>Objetivo: conocer cual es la vivencia del embarazo de la adolescente.</p>	<p>Para llevar a cabo el grupo focal es importante que el facilitador se centre en el saber común <i>“en lo que la gente dice”</i> y que no pregunte por experiencias personales o individuales. Se puede apoyar en frases como <i>“la gente piensa”</i>, <i>“se cree”</i> y <i>“algunas personas dicen”</i>, <i>“será cierto”</i>, etc.</p> <p>Introducción: La gente dice que cuando una mujer va a tener un bebé hay muchos cambios ¿ustedes que opinan? Si hay cambios ¿de qué tipo?</p> <p>Si las adolescentes comentan solo cosas positivas se les preguntara y ¿todos esos cambios serán positivos? o a la inversa si mencionan solo cosas negativas se les preguntará ¿y todos esos cambios serán negativos?</p> <p>A partir de la información obtenida guiar la entrevista con respecto a los cambios que existen en la relación con otros significativos ¿Cuál será la reacción de la familia y pareja ante la noticia del embarazo? ¿Cambiará la relación en qué sentido? ¿Qué cosas le serán de utilidad para adaptarse a los cambios?</p> <p>Para las adolescentes que ya son mamás se agregarán cuestionamientos en relación a lo que sucede cuando nace el bebé. ¿Y qué pasará cuando nace el bebé? ¿Habrá cambios? ¿De que tipo? ¿Cómo será cuidar a un recién nacido? ¡Es fácil, es difícil! ¿Cómo es? ¿Qué ayuda será la más útil durante el proceso de ser mamá?, etc.</p>

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CUIDADO DEL BEBE

Nombre:	Edad:
----------------	--------------

El presente cuestionario enumera diferentes actividades necesarias para el cuidado de un bebé. Por favor, indica que tan segura estas de poder realizarlas **en el presente** eligiendo una de las siguientes opciones de respuesta para cada afirmación:

- a) No puedo hacerlo
- b) No muy segura de poder hacerlo
- c) Bastante segura de poder hacerlo
- d) Segura de poder hacerlo.

Por favor rellena el círculo correspondiente en tu hoja de respuestas.

Por ejemplo:

Si la afirmación dice: Cortar las uñas del bebé sin lastimarlo y no estas muy segura de poder hacerlo marca en tu hoja de respuestas la opción b.

Hoy que tan segura te sientes para poder realizar las siguientes actividades.	a) No puedo hacerlo	b) No muy segura	c) Bastante segura	d) Segura
Cortar las uñas del bebé sin lastimarlo	a)	b) X	c)	d)

Recuerda que ese cuestionario no es un examen por lo que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Si tienes alguna duda acércate a nosotros para que te ayudemos.

Gracias por tu colaboración.

¿Qué tan segura te sientes para poder realizar las siguientes actividades?	a) No puedo hacerlo	b) No muy segura de poder hacerlo	c) Bastante segura de poder hacerlo	d) Segura de poder hacerlo
1.- Identificar cuando el bebé tiene cólico.	a)	b)	c)	d)
2.- Ser paciente cuando el bebé no deja de llorar.	a)	b)	c)	d)
3.- Demostrarle cariño al bebé.	a)	b)	c)	d)
4.- Estimular al bebé para que mejore su desarrollo.	a)	b)	c)	d)
5.- Bañar a un bebé de la forma correcta.	a)	b)	c)	d)
6.- Cuidar que el hogar sea adecuado para la seguridad de un niño menor a un año.	a)	b)	c)	d)
7.- Distinguir que es lo que hace sentir incomodo a un bebé.	a)	b)	c)	d)
8.- Cuidar la cicatriz del cordón umbilical del recién nacido.	a)	b)	c)	d)
9.- Tranquilizar a un bebé que no deja de llorar.	a)	b)	c)	d)
10.- Identificar cuando es necesario llevar a un bebé con el pediatra.	a)	b)	c)	d)
11.- Evitar que un bebé tenga rozaduras.	a)	b)	c)	d)

¿Qué tan segura te sientes para poder realizar las siguientes actividades?	a) No puedo hacerlo	b) No muy segura de poder hacerlo	c) Bastante segura de poder hacerlo	d) Segura de poder hacerlo
12.- Alimentar a un bebé de acuerdo a lo que necesita en cada etapa.	a)	b)	c)	d)
13.- Promover una rutina de sueño para el bebé.	a)	b)	c)	d)
14.- Vestir al niño de forma adecuada al clima.	a)	b)	c)	d)
15.- Entender que necesita un bebé cuando busca tu atención.	a)	b)	c)	d)
16.- Cubrir todas las necesidades de tu bebé.	a)	b)	c)	d)
17.- Hablar cariñosamente con un bebé.	a)	b)	c)	d)
18.- Acariciar a un bebé constantemente.	a)	b)	c)	d)
19.- Cuidar que un bebé no se enferme.	a)	b)	c)	d)
20.- Hacer que un bebé se sienta seguro contigo.	a)	b)	c)	d)
21.-Mantener en el ambiente una temperatura adecuada para el bebé.	a)	b)	c)	d)
22.- Evitar que un bebé se asfixie.	a)	b)	c)	d)
23.- Curar una rozadura provocada por el pañal..	a)	b)	c)	d)
24.-Sostener al bebé de forma segura mientras lo bañas	a)	b)	c)	d)
25.- Jugar con el bebé de forma creativa.	a)	b)	c)	d)
26.-Identificar cuando es necesario cambiar el pañal del bebé.	a)	b)	c)	d)

¿Qué tan segura te sientes para poder realizar las siguientes actividades?	a) No puedo hacerlo	b) No muy segura de poder hacerlo	c) Bastante segura de poder hacerlo	d) Segura de poder hacerlo
27.- Dar la comida indicada para la edad del bebé.	a)	b)	c)	d)
28.- Identificar que es lo que necesita un bebé.	a)	b)	c)	d)
29.- Darle al bebé cosas seguras con las que pueda jugar.	a)	b)	c)	d)
30.- Comunicarte con el bebé.	a)	b)	c)	d)
31.- Limpiar adecuadamente los oídos del bebé.	a)	b)	c)	d)
32.- Cargar al bebé de forma correcta.	a)	b)	c)	d)
33.- Evitar que el bebé tenga accidentes.	a)	b)	c)	d)
34.- Sostener al bebé de forma segura mientras lo cambias.	a)	b)	c)	d)
35.-Preparar un lugar tranquilo donde el bebé descanse.	a)	b)	c)	d)
36.- Jugar con el bebé diariamente.	a)	b)	c)	d)
37.- Platicar la mayor parte del tiempo con el bebé independientemente de su edad.	a)	b)	c)	d)
38.- Sonreír al bebé frecuentemente.	a)	b)	c)	d)
39.-Cambiar adecuadamente el pañal.	a)	b)	c)	d)
40.-Expresar afecto hacia el bebé.	a)	b)	c)	d)
41.- Limpiar la nariz del bebé de forma adecuada.	a)	b)	c)	d)
42.- Mirar al bebé cariñosamente	a)	b)	c)	d)

¿Qué tan segura te sientes para poder realizar las siguientes actividades?	a) No puedo hacerlo	b) No muy segura de poder hacerlo	c) Bastante segura de poder hacerlo	d) Segura de poder hacerlo
43.- Distinguir cual es la razón por la que llora el bebé.	a)	b)	c)	d)
44.- Tranquilizar al bebé	a)	b)	c)	d)
45.- Lograr arrullar al bebé amorosamente	a)	b)	c)	d)
46.-Saber cuando el bebé ya comió lo suficiente.	a)	b)	c)	d)
47.- Lograr que el bebé saque el aire después de comer.	a)	b)	c)	d)
48.- Prevenir que el bebé se enferme.	a)	b)	c)	d)
49.- Responder rápidamente cuando el bebé necesita algo.	a)	b)	c)	d)
50.- Entender que es lo que el bebé trata de comunicarme con su llanto.	a)	b)	c)	d)
51.- Cuidar a un bebé de forma adecuada.	a)	b)	c)	d)
52.- Lograr que el bebé se sienta amado.	a)	b)	c)	d)
53.- Conocer las señales del bebé.	a)	b)	c)	d)
54.- Atender al bebe siempre que lo necesita.	a)	b)	c)	d)

ANEXO 3

PROCEDIMIENTO GENERAL DEL TALLER:

El facilitador que trabaja con adolescentes embarazadas requiere una actitud positiva y profesional con la que evite que la adolescente perciba que tiene un déficit o defecto que se requiere arreglar o que su embarazo es un estado especial por el que requiere atención psicológica, es conveniente presentar a la adolescente el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento como una herramienta útil para todas las personas, independientemente de la edad o circunstancia que este viviendo.

Es importante enfatizar que el entrenamiento es útil para aprender habilidades que ayudan a enfrentar los problemas graves pero también los cotidianos, el facilitador deberá sensibilizar a las participantes a partir de una pequeña descripción de cómo las personas están muy interesadas en perfeccionar habilidades físicas o profesionales, pero que aún no existe una cultura de salud mental y prevención en que las personas busquen fortalecer sus habilidades psicológicas de autocontrol emocional, solución de problemas y de relaciones interpersonales, entre otras, y que el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento es una oportunidad para trabajar en ellas.

Es importante considerar que no hay un tratamiento psicológico que se replique de forma idéntica, o que se pueda estandarizar cada componente de la intervención, por lo que el facilitador podrá hacer pequeñas adecuaciones necesarias para la población particular pero siempre tratando de cubrir los objetivos de la sesión.

SESIÓN 1

Objetivos Generales:

- Establecer una relación de colaboración entre las pacientes y la facilitadora y crear un clima de comunicación participativa.
- Exponer las reglas del grupo
- Explorar las expectativas de las participantes acerca del taller.
- Presentar las metas del taller.
- Explorar las vivencias de las adolescentes ante su embarazo.

I.- Presentación de la facilitadora.

Nota: Establecer rapport y validar la emoción de que estar en un grupo nuevo de personas nos hace sentir nerviosas. Se otorga a cada participante una tarjeta y un identificador, y un plumón para que escriban la forma en que les gusta que las llamen, y se les pide que lo pongan en el pecho para que todas sepan como les gusta que las llamen. El identificador con su nombre se les pedirá al final de la sesión y se les entregará nuevamente al inicio de cada sesión.

II.- Presentación de las participantes con la técnica grupal “La telaraña”.

Objetivos de la técnica:

-Conocer los nombres entre las participantes, ayudar a estimular un ambiente relajado y facilitar la comunicación entre las participantes.

Material: Una madeja de estambre.

Procedimiento: Se hace un círculo entre todas las participantes, la facilitadora tiene la madeja de lana y comienza diciendo su nombre, su edad, profesión, hobbies, etc..., cuando termina lanza la madeja de estambre a cualquier otra participante sosteniendo la punta de ésta, la que recoge la madeja dice también su nombre, aficiones, etc..., y del mismo modo, sosteniendo la lana, lanza el estambre a otra participante.

Así hasta que todas han dicho su nombre y demás. Para retomar el ovillo, se irá diciendo el nombre y todo lo que ha dicho la persona que anteriormente ha lanzado la madeja, y se le lanzará ahora a ella, así hasta que el estambre queda recogido.

Preguntas para discusión:

¿Fue útil el ejercicio para conocer a otras personas?

¿Cuáles fueron los datos que más les llamaron la atención?

III.- Especificación de las normas de convivencia en el grupo con la participación activa de los miembros y la facilitadora.

Material: Cuaderno de trabajo, una cartulina, dos rotuladores de diferente color y plumones.

Procedimiento: Se pide a las participantes que abran su cuaderno de trabajo en la página 3. Que identifiquen el primer párrafo que dice normas de convivencia, cuando ya todas las participantes hayan identificado el párrafo. La facilitadora junto con ellas leerá una a una las normas de convivencia ahí escritas, y después de leer cada una de las normas se pide la retroalimentación del grupo. ¿Que piensan de cada norma?, si están de acuerdo con ellas y ¿porqué sería importante llevarlas a cabo?, etc.

Conforme se concluye el análisis de cada norma la facilitadora la escribe en una cartulina, con un rotulador de punta gruesa y letra muy clara, procurando que queden legibles a cierta distancia, encabezando la cartulina con el rótulo “Normas de convivencia” escrito con otro color. Al final es importante que figuren al menos, las siguientes normas:

1. Puntualidad.
2. Asistencia a todas las sesiones.
3. Confidencialidad.
4. Respeto a las diferentes opiniones.
5. Participación.

Después de que se escriben todas las normas en la cartulina, firmaran todas las participantes en ella para expresar su acuerdo y compromiso para cumplirlas. Finalmente se coloca la cartulina en un lugar visible. Se debe traer la cartulina a todas las sesiones y se colgara en un lugar visible al comienzo de cada sesión para que sirva de recordatorio de las normas de convivencia.

Nota: Si las participantes no dan retroalimentación sobre ninguna norma la facilitadora deberá preguntar que creen que pasaría en el grupo si una de esas normas no se cumpliera, si aún así las participantes no responden. La facilitadora expondrá un ejemplo ficticio. Por ejemplo, “*vamos a suponer que en un grupo la actividad de ese día es ver un video y después comentar sobre lo que las personas opinan de él, y alguien llega a la mitad del video, como creen ¿Qué se sentiría esa persona?*” La facilitadora debe tener en cuenta que a pesar de las dinámicas de integración a veces es muy difícil para las adolescentes hablar en público. Así que debe ser sensible al lenguaje corporal de las participantes, y si identifica a una persona que pudiera ser menos tímida, podrá dirigir la pregunta directamente a esa participante.

Hay que dar unos segundos a la adolescente para que responda, pero si no lo hace, la facilitadora deberá responder al ejemplo, de tal forma que la adolescente a la que se dirigió la pregunta no se sienta incomoda (con una transición sutil).

IV.- Exploración de las expectativas que tienen las participantes acerca del taller mediante la técnica grupal “Detección de expectativas”

Objetivos de la técnica:

- Determinar las expectativas del grupo con relación a lo que experimentarán en el taller.
- Verificar las posibles discrepancias con relación a los objetivos del taller.

Material: Cuaderno de trabajo, cartulinas, lápices y plumones.

Procedimiento de la técnica: Se solicita a las participantes que respondan de manera individual, en su cuaderno de trabajo, a las siguientes preguntas (véase página 4 del cuaderno de trabajo):

- ¿Qué me gustaría aprender?
- ¿Qué me gustaría que no ocurriera durante este taller?
- ¿Qué me gustaría que si ocurriera en este grupo?

Ya que las participantes responden a las preguntas, se les pide que elijan entre tarjetas de colores, y que se reúnan en equipos entre las personas que tengan tarjetas del mismo color. Se les solicita a los subgrupos que den respuesta a las mismas preguntas a partir de las respuestas individuales de sus miembros y que acuerden algunas conclusiones. Cuando los equipos acaban, los subgrupos exponen a todo el grupo sus conclusiones.

Al final la facilitadora resume y valida la información, haciendo énfasis en las metas consideradas en el programa, además, realizara una bitácora de los temas que mencionen las participantes y que no se consideraron en el diseño del taller.

Nota: Si en algún subgrupo no hay voluntarias para expresar las conclusiones, la facilitadora debe sugerir algunas conclusiones. La facilitadora deberá cuidar que las expectativas de las participantes no discrepen con los objetivos del taller, pero si ello ocurriese deberá resaltarlo, de tal forma, que se establezcan negociaciones entre las participantes o simplemente acordar que la expectativa no será satisfecha en el taller.

V.- Exposición oral de las metas del taller, por parte de la facilitadora empleando ejemplos familiares a las adolescentes.

En este taller vamos a aprender *“algunas cosas importantes para lograr un ambiente emocional y físico agradable en el que su bebé, su familia y ustedes puedan sentirse bien. Vamos a aprender qué podemos hacer ante los problemas, lo que significa que al final de éste taller tendrán más elementos para: comunicarse de forma efectiva con las personas, controlar las emociones negativas inapropiadas, solucionar problemas y tomar las mejores decisiones”*.

VI.- Identificación con experiencias del embarazo adolescente.

Procedimiento: La facilitadora pregunta de forma abierta *¿la gente dice que cuando una va a ser una mamá joven hay muchos cambios, ustedes que piensan?, ¿Si hay cambios? ¿Que tipo de cambios hay?, ¿Todos los cambios son negativos o positivos?, ¿Creen que cambiará la vida de una mamá cuando nace su bebé? ¿Cómo?*

Nota: Al plantear las preguntas la facilitadora debe hacer mucho énfasis en *lo que la gente dice, que a veces se piensa, etc.* **No preguntar por las experiencias personales de los participantes.** Es más probable que las adolescentes se expresen si hablan en general de lo que sucede en el embarazo y no de sus vivencias personales. Se inicia con un dialogo abierto, esperando que las adolescentes expresen sus propias experiencias. Si alguna adolescente comenta su experiencia personal, se le refuerza dándole las gracias por compartir vivencias íntimas con el grupo.

Si algunas integrantes del grupo comentan sus experiencias, la facilitadora debe esperar respuestas de este tipo:

- ❖ *Si cambia porque ya no solo debes ver por ti sino debes pensar en tu bebé.*
- ❖ *Si cambia porque tienes una razón para vivir y salir adelante.*
- ❖ *Si cambia la vida, porque ya una no puede hacer lo que siempre hacia como fumar, o hacer deporte o salir con los amigos.*
- ❖ *Si cambia porque la gente te crítica y te juzga.*
- ❖ *Si cambia porque algún miembro de la familia te deja de hablar.*
- ❖ *Si cambia porque dejas de estudiar o trabajar*
- ❖ *Si cambia porque tu pareja se va.*
- ❖ *Si cambia porque ya no te dejan salir.*
- ❖ *Si cambia porque te sientes más cansada y porque no tienes suficiente dinero.*

Si nuevamente se observa resistencia por parte del grupo para hablar, la facilitadora pondrá ejemplos.

IX.- Cierre de la sesión por parte de la facilitadora, junto con las participantes se resume la experiencia de la sesión y se aplaude a las participantes por haber asistido, se les invita a asistir a la siguiente sesión.

SESIÓN 2

Objetivos Generales:

- Fortalecer la cohesión entre los miembros del grupo.
- Promover que las adolescentes identifiquen los síntomas físicos, cognoscitivos y afectivos que les provoca el estrés
- Explicar que las respuestas al estrés tienen un componente físico, emocional y cognoscitivo.

I.- La facilitadora saluda a las participantes.

II.- La facilitadora promueve la cohesión del grupo con el juego de mesa “El juego del color”.

Objetivo de la técnica:

-Elimina la rigidez, favoreciendo la aceptación mutua entre las participantes.

-Permite a las personas compartir vivencias y sentimientos.

Material: Tres tableros del juego del color (cartulina con casillas de colores diferentes en forma de espiral que se conectan entre si con flechas, con una casilla de salida y una de meta), tarjetas con los mismos colores del tablero en una sola cara, fichas de distintos colores y tarjetas que contienen preguntas personales (sobre gustos, preferencias, datos personales, edad de la persona más grande que vive en casa, o de la más pequeña, última vez que salieron de paseo, etc.).

Procedimiento: Se divide a los participantes en tres grupos. A cada subgrupo se le entrega un tablero del juego del color, las tarjetas de colores y las tarjetas con preguntas. Cada participante elige una ficha de distinto color, cada subgrupo coloca el tablero al centro y las tarjetas de colores y de preguntas (boca abajo) junto al tablero.

En su turno cada participante debe voltear la tarjeta que se encuentra hasta arriba del montón de las tarjetas de colores y la tarjeta que se encuentra hasta arriba de las tarjetas de preguntas. El color de la tarjeta la indicará la casilla a la que deberá avanzar, pero para ello debe responder en voz alta la pregunta que le toco. Por ejemplo, si la tarjeta que sale es de color rojo, la participante debe avanzar hasta la primera casilla de color rojo. Al terminar su turno, la persona debe regresar las tarjetas hasta abajo del montón. Si el participante cae en alguna casilla con alguna rampa, la persona deberá seguir la flecha ya sea para retroceder o para avanzar. La primera persona que llegue al final será la ganadora.

Nota: Mientras se desarrolla el juego, la facilitadora funge como observadora entre los subgrupos y escucha con atención las respuestas. Se da un pequeño incentivo a las ganadoras.

Preguntas de discusión:

¿Cómo se han sentido durante esta actividad?

¿Han logrado identificarse con sus compañeras?

¿Qué personas han despertado su curiosidad?

III. Estimular el análisis de que es estrés y que hacen las personas para enfrentarlo.

Procedimiento: Se le da a las participantes tarjetas numeradas del uno al tres, y las personas que las tarjetas con el mismo número se agrupan formando cuatro tríos o parejas, a cada subgrupo de les indica abrir su cuaderno de trabajo en la página 5,6, 7, u 8, según les corresponda.

Se les solicita que lean la viñeta y contesten de forma conjunta las preguntas de la hoja de trabajo. Ya que han terminado se pide a cada subgrupo que lean en voz alta la viñeta a los demás miembros del grupo y expongan sus conclusiones.

Se invita a todas las participantes a definir que es el estrés para cada uno de los personajes de las viñetas y a analizar cuales son las probables respuestas que pueden tener ante ese estrés.

IV.- En una discusión grupal la facilitadora debe dejar claro que es el estrés físico y psicológico sus manifestaciones y posibles causas. Además hacer énfasis en que todas las personas tienen diferente vulnerabilidad al estrés. Parte de la explicación se centrará en la información de la tabla 1.

Tabla 1.- Causas y manifestaciones del estrés.

<i>Posibles causas</i>	<i>Manifestaciones Físicas</i>	<i>Manifestaciones psicológicas</i>
-Casarse	-El corazón late más aprisa o más fuerte, a veces hasta se pueden escuchar sus latidos.	Cognoscitivas
-Tener un embarazo no deseado.	-Las manos y pies están fríos aunque el día no este frío.	Pensar que sus problemas son muy graves y muy difíciles de resolver.
-Problemas económicos.	-Sudoración de manos.	Pensar que es imposible cambiar de estilo de vida.
-Enfermedad de uno mismo o de los seres queridos.	-Temblor de manos o piernas.	Pensar que la vida de antes era mejor que la de ahora.
-Pelearse con la pareja.	-Sentir dolores en algunas partes del cuerpo, como la -cabeza, espalda o cuello.	Crear que las cosas no tienen remedio o que la solución no esta en sus manos.
-Separarse de la familia.	-Sentir tensión muscular.	Emocionales
-La muerte de un ser querido.	-Tener problemas digestivos.	Sentirse deprimido, enojado, apático o ansioso.
-No tener tiempo o dinero suficiente para divertirse.		Conductuales
-Cambiar de escuela o trabajo.		Fumar, beber o drogarse en exceso.
-Cambiar de domicilio.		Golpear o gritar frecuentemente.
-Un nuevo miembro en la familia.		Dejar de hablar a las personas.
		No poder dormir.
		Comer muy poco o en exceso.
		Hacer cosas de las que después se arrepiente.

V. Se promoverá el autoconocimiento de las adolescentes en sus reacciones físicas y psicológicas frente al estrés mediante la actividad “Conociendo mis reacciones al estrés”.

Objetivo:

- Que las participantes identifiquen las sensaciones físicas, emociones y pensamientos que experimentan ante situaciones agradables y situaciones estresantes.
-

Material: Cuaderno de trabajo, colores y lápices.

Procedimiento: Se pide a las participantes que abran su cuaderno de trabajo en la página 9 y 10 y que contesten los formatos que ahí se indican. La facilitadora lee en voz alta las instrucciones. Cuando hayan terminado se promoverá una discusión grupal de lo que identificaron.

Preguntas de discusión:

- ¿Cómo se manifiesta el estrés en cada persona?
- ¿En la vida diaria logras identificar cuando estas muy estresada?
- ¿En qué nos ayuda conocer la forma de identificar el estrés?
- ¿Conociste algo de ti de lo que no te habías dado cuenta?

VI.-La facilitadora cierra la sesión, da una retroalimentación general y promueve que todas las participantes expresen cómo se sintieron ese día en el grupo.

SESIÓN 3

Objetivos Generales:

- Fortalecer la identificación y el conocimiento personal mutuo entre los miembros del grupo.
- Promover que las adolescentes identifiquen cuales son las estrategias que emplean para afrontar las situaciones estresantes.
- Explicación sobre los estilos de afrontamiento ante las situaciones estresantes.

I.- La facilitadora saluda a las participantes y les menciona lo importante que es que hayan asistido.

II.- La facilitadora propicia el conocimiento interpersonal de manera cordial y emotiva, mediante la técnica “Interioridades”.

Material: Un sobre postal por cada participante (con un número pequeño escrito del 1 al 10, en la parte interior de la pestaña), cuatro tarjetas de colores tipo presentación para cada persona, plumones y lápices.

Procedimiento: Se le pide a las participantes que escojan un sobre (sin permitir que vean el número con que esta numerado) cuatro tarjetas, plumón y lápices. Se solicita a los miembros del grupo que escriban en las caras de los sobres, con plumón, tres o cinco aspectos evidentes de su persona en términos de comportamiento y apariencia. En las cuatro tarjetas de colores se les pide que anoten igual número de aspectos menos evidentes, como pueden ser cuestiones de carácter, sentimientos, personalidad, etc. Estos papelitos los meterán en sus respectivos sobres.

Finalmente se indica a los participantes que expongan a las demás miembros el contenido interno y externo de los sobres. Al terminar se discute la experiencia y se llega a conclusiones.

Nota: El orden en que las participantes irán leyendo el contenido de los sobres será determinado por el número de sobre que hayan tomado.

III.- Identificación de los cambios en las relaciones interpersonales a partir del embarazo.

Material: Cuaderno de trabajo y plumas

Procedimiento: La facilitadora pide a las participantes que abran su cuaderno de trabajo en la página 11 lee las instrucciones en voz alta y les da tiempo para que hagan el ejercicio. Al terminar las participantes, la facilitadora hace una exposición en acerca de cómo responden las personas ante las situaciones estresantes (estrategias de afrontamiento). Al terminar la exposición les pide a las participantes que de acuerdo a lo que vieron y escucharon anoten las estrategias de afrontamiento que emplean en la última columna del ejercicio del cuaderno de trabajo.

Nota: La facilitadora hará énfasis en que es un ejercicio individual y que si no quieren no compartirán sus reflexiones. Pero que es importante hacer una reflexión personal acerca de cómo cada una afronta los problemas que se le presentan.

IV.- La facilitadora cierra la sesión.

SESIÓN 4

Objetivos Generales:

- Promover la reflexión sobre cuales son algunas estrategias para afrontar los problemas.
- Propiciar el análisis de la importancia de la comunicación como una estrategia para solucionar problemas.
- Identificar los estilos de comunicación que existen.

I.- La facilitadora saluda a las participantes y les menciona lo importante que es que hayan asistido.

II.- Reforzar el contenido de estrategias de afrontamiento que se vio en la sesión anterior.

Material: pizarrón, marcadores, tarjetas de colores por un solo lado, 3 rojas, 3 amarillas y cuatro azules.

Procedimiento. La facilitadora hace un resumen oral de las estrategias de afrontamiento y las escribe en el pizarrón. Después entrega una tarjeta a cada participante sin que estas vean el color, ya que cada participante ha tomado una tarjeta. La facilitadora indica que se reúnan por equipos con las personas que tengan las tarjetas del mismo color. Les pide que cada subgrupo abran su libro de trabajo en las páginas 5, 6,7 y 8 (cada subgrupo una página distinta), y que se pongan de acuerdo en cual o cuales serían las estrategias más deseables para que el personaje de la viñeta que les toco resolviera su problema. Cuando hayan terminado se pide a las participantes que expongan sus conclusiones.

Nota: en esta fase la facilitadora puede ser un poco más directiva y dirigirse a las participantes que considere se sentirán cómodas respondiendo.

III.- Resaltarla importancia de la comunicación como una estrategia para resolver problemas a través de un juego de roles.

Procedimiento. La facilitadora pide a una de las participantes que se imagine que hace un mes le presto 100 pesos, y que la facilitadora necesita ese dinero hoy. Y le dice ahora voy a cobrarte ese dinero que necesito.

La facilitadora le cobra a la participante con una actitud pasiva y tímida. Al terminar el ejercicio les pregunta a las demás participantes que opinan de cómo pidió su dinero. Después elige a otra participante pero ahora actúa de forma agresiva al cobrar el dinero, nuevamente pregunta al grupo que opinan de su actitud y cuál piensan ellas que sería una forma correcta de cobrar el dinero. Después de la discusión del grupo elige a otra participante y la facilitadora modela la forma asertiva de cobrar el dinero. Al terminar el ejercicio se preguntará al grupo si será necesario que expresemos a las demás personas nuestras necesidades de una forma asertiva y si esto será de utilidad para sentirse menos estresada y solucionar problemas.

Nota: En este ejercicio es probable que las adolescentes participen más que en sesiones anteriores, por lo que se les debe reforzar, comentando que sus comentarios son muy atinados.

IV.- Promover que las adolescentes identifiquen los elementos de una comunicación eficaz.

Material. Tarjetas en donde están escritas distintas intenciones en cada una de ellas: enojo, fastidio, sarcasmo, interrogación, miedo, alegría, dando el avión, sin mucho interés.

Procedimiento.- La facilitadora le pide a las participantes que tomen una tarjeta y después les indica que de acuerdo a lo que dice la tarjeta, deben repetir las siguientes frases con esa entonación: Se hace una ronda por frase “yo te ayudo”, “no me gusta”, “ojala y fuera así”. Al terminar el ejercicio la facilitadora pregunta al grupo que notaron y se hace una reflexión sobre el contenido del mensaje y la forma en que se dice. Y cual piensan ellas que es la mejor forma de comunicarse.

V.- La facilitadora resume el contenido de la sesión, agradece a las participantes su asistencia.

SESIÓN 5

Objetivos Generales:

- Instruir a las participantes en técnicas asertivas.
- Ensayar con las participantes habilidades asertivas.
- Retroalimentar a las participantes acerca de sus habilidades de comunicación.

I.- La facilitadora saluda a las participantes.

II.- La facilitadora promoverá el ensayo de habilidades de comunicación no verbal asertiva a través del ejercicio “temas superficiales”.

Material.- Bolsa de papel estraza y papelitos.

Procedimiento: Se ponen en una bolsa pedacitos de papel con un tema diferente cada uno (mamila, pañal, cunas, chambritas, papillas), se pide la colaboración de una voluntaria, para que saque un papelito de la bolsa. La facilitadora le pide que hable sobre el objeto que esta escrito en el papel durante dos minutos, todo lo que se le ocurra.

La facilitadora señala que el énfasis está en las conductas no verbales y no en el contenido, calidad o lógica de la conversación. Se solicita a las demás miembros del grupo enfocar la atención en las conductas observables para retroalimentar a la voluntaria acerca de la calidad de su lenguaje no verbal, al terminar de exponer la voluntaria comenta como se sintió y que fue lo más difícil del ejercicio. Después se invita a otra voluntaria y se repite el procedimiento.

Al finalizar se promueve la reflexión acerca de la importancia del lenguaje no verbal en la comunicación. Se hace la recapitulación de la importancia del contenido del mensaje, la forma en que se dice y como se dice.

Nota. La facilitadora debe evitar hacer énfasis sobre el lenguaje no verbal mientras las participantes hacen las exposiciones orales. Se debe hablar del lenguaje no verbal en términos generales y el ejercicio se debe retomar solo para ejemplificar que a veces el contenido del mensaje no es tan importante. Debe evitar que se refieran al lenguaje no verbal específico de las voluntarias.

III.- La facilitadora expondrá de forma verbal las principales habilidades asertivas.

Material: Pizarrón y plumones...

Procedimiento: La facilitadora expondrá los siguientes temas, promoviendo la participación de la participante, dando ejemplos cercanos a las adolescentes, modelando las conductas asertivas y ensayando con las participantes algunas de ellas.

Habilidades asertivas

1. Iniciar y mantener conversaciones (preguntas abiertas, escuchar la libre información, hacer auto-revelaciones, cambiar de tema, forzar conversaciones en marcha, tolerar los silencios, contar historias, finalizar conversaciones).
2. Hablar en público.
3. Expresión de amor, agrado y afecto.
4. Defensa de los propios derechos.
5. Pedir favores.
6. Rechazar peticiones.
7. Hacer cumplidos.
8. Aceptar cumplidos.
9. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
10. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Petición de cambios en la conducta del otro.
13. Afrontamiento de las críticas.

IV.- La facilitadora hace el cierre de la sesión e invita a las participantes a asistir la siguiente sesión, haciendo énfasis en que se ensayaran más detenidamente cada una de las habilidades asertivas.

SESIÓN 6

Objetivos Generales:

- Ensayar la comunicación no verbal asertiva.
- Enseñar a las participantes las dimensiones de la conducta asertiva.
- Proporcionar retroalimentación a las participantes acerca de su comportamiento asertivo no verbal.

I.- La facilitadora saluda a las participantes y realiza una recapitulación acerca del contenido de la sesión anterior.

II.- La facilitadora promueve el ensayo de las habilidades asertivas expuestas en la sesión anterior mediante la técnica grupal “vamos a platicar”.

Material: hojas y pluma para cada uno de los observadores.

Procedimiento:

1. La facilitadora prepara un tema para discutir “cuando tenga a mi bebé creo que”.
2. Divide al grupo en subgrupos de cuatro participantes y selecciona a una de las integrantes de cada subgrupo para que se desempeñe como observadora.
3. La facilitadora se reúne en privado con los observadores y les explica que cada subgrupo tendrá 10 minutos para discutir el tema y su labor es observar el rol que adopta cada persona del grupo durante la discusión.
4. La facilitadora explica a los subgrupos que tendrán 10 minutos para discutir sobre el tema y que deberán emplear las habilidades asertivas que estudiaron.
5. Se lleva acabo la discusión del tema por parte de los subgrupos.
6. La facilitadora reúne al grupo en sesión plenaria y explica que el tema y la discusión en sí, no es lo importante en esta actividad, lo que se pretende es identificar las habilidades que cada una empleo en la discusión. Solicita a los observadores presentar sus anotaciones.
7. Se retroalimenta a las participantes acerca de su desempeño y se modela la conducta correcta con cada una de ellas.

Nota: Antes de iniciar la retroalimentación a cada participante es muy importante que la facilitadora enfatice que este ejercicio es para ayudar a cada una a mejorar algunos aspectos de la forma en que se comunican (porque siempre se puede mejorar), que es una crítica constructiva como parte de un proceso de aprendizaje y que no deben sentir que se les ataca a ellas “solo se esta hablando de una parte de su comportamiento que puede mejorar”.

III.- La facilitadora expone para que sirven y cuáles son las habilidades asertivas de protección y realiza junto con las participantes un juego de roles en que ensaya cada una de ellas.

Habilidades de protección

1. Disco rayado.
2. Banco de niebla.
3. Aserción negativa.
4. Interrogación negativa.
5. Autorrevelación.
6. Compromiso viable.

IV.- La facilitadora promoverá las autorrevelaciones de las participantes a partir del ejercicio “Quién soy”.

Material: Cuaderno de trabajo y pluma para cada participante:

Procedimiento: La facilitadora pide a las participantes que abran su cuaderno de trabajo en la página 12. Y les pide que realicen la actividad en forma individual.

Una vez que han realizado la actividad, la facilitadora hace una reflexión sobre lo que comúnmente contestan las personas cuando se les pregunta ¿Quién eres?.

Normalmente contestan que tienen, estado civil, etc. Pero rara vez se descubre la esencia de la persona. La facilitadora en sesión plenaria provoca comentarios en grupo por voluntarias que quieran aportar sus respuestas. La facilitadora guía los comentarios a través de las siguientes preguntas:

¿Qué dificultades tuvieron al llenar el cuestionario?

¿Qué pregunta fue la más fácil o la más difícil?

¿Cómo se sintieron al contestarlo?

Nota: Se debe enfatiza a las participantes que este conocimiento de ellas mismas les ayudara a realizar autorevelaciones en otros contextos.

V.- La facilitadora finaliza la sesión y pide a las participantes retroalimentación sobre el desarrollo de la sesión.

SESIÓN 7

Objetivos Generales:

- Desarrollar la capacidad de las participantes de modificar las distorsiones cognitivas para lograr la regulación de la emoción.
- Inducir a las participantes a conocer la relación entre pensamiento y emoción.
- Promover que las participantes identifiquen las distorsiones cognitivas que más emplean.

I.- La facilitadora saluda al grupo y pregunta como se han sentido en el periodo intercesiones.

II.- La facilitadora promueve la identificación de la diferencia entre experimentar sentimientos de enojo o tristeza y conceptualizar racionalmente lo que ocurre, mediante la técnica grupal “Cómo son mis emociones”

Material: pizarrón, marcadores, cuaderno de trabajo y lápices.

Procedimiento: La facilitadora solicita a los miembros del grupo, que abran su cuaderno de trabajo en la pagina 13. Y que respondan el ejercicio de forma individual.

Se genera una discusión, tomando como punto de partida las expresiones manifestada por las participantes. La facilitadora guía el proceso para que el grupo analice, cuáles son los pensamientos más comunes cuando uno esta enojado o triste y los anota en el pizarrón.

La facilitadora hace un análisis junto con el grupo del sentido absoluto y desadaptativo de los pensamientos. Pregunta acerca de algunos pensamientos alternativos que provoquen menos enojo y tristeza mediante una lluvia de ideas y las anota en el pizarrón. Pregunta a las participantes cuales son las diferencias entre los dos estilos de pensamiento, y cuál es el resultado emocional de cada uno de ellos.

III.- La facilitadora realiza una exposición oral de las principales distorsiones cognitivas empleando ejemplos familiares para las adolescentes.

Material: pizarrón y plumones.

Distorsiones Cognitivas

1. Pensamiento del tipo –todo o nada-: consideras las cosas en términos absolutos, en categorías de blanco y negro.
2. Sobregeneralización: consideras un acontecimiento como una pauta infinita de frustraciones.
3. Filtro mental: piensa exclusivamente en lo negativo, ignorando los hechos positivos.
4. Descartar los hechos positivos: hace hincapié en que sus logros y cualidades –no cuentan-.

5. Se precipita en sus conclusiones: a) presagios: supones que las personas reaccionan de forma negativa hacia ti cuando no hay evidencia clara de que así sea.
6. Amplificación o minimización: exageras las cosas de forma desproporcionada o minimizas su importancia de forma inapropiada.
7. Razonamiento emocional: razones a partir de tus sentimientos --me siento como una idiota, por lo tanto debo serlo-, o --no me siento con ánimo de hacer esto, por lo tanto ya lo haré mañana-.
8. Afirmaciones hipotéticas: te críticas a ti misma o a otras personas con afirmaciones tipo --debería- o --no debería-. Son iguales afirmaciones como --tengo que-, --tendría que- o --es obligatorio que-.
9. Etiquetaje: se identifica con sus defectos: en lugar de decir -- cometí un error-, te dices a ti misma: --soy una idiota-, --una tonta- o --una perdedora-.
10. Personalización y vergüenza: te culpas a ti misma de algo que no es de tu entera responsabilidad o culpas a otras personas, y no tienes en cuenta en que medida tus propias actitudes y conductas pueden contribuir a la persistencia del problema.

IV.- La facilitadora promoverá el que las participantes identifiquen las distorsiones cognitivas, ante situaciones específicas y las emociones que provocan con un autoregistro de situación-pensamientos- emoción.

Material: cuaderno de trabajo y lápiz para cada participante.

Procedimiento: Se pide a las participantes que abran su cuaderno de trabajo en la página 14 y se les pide que lo contesten de forma individual. Y expone un ejemplo de forma de llenado, cuando hayan terminado se hace una discusión grupal de la relación entre pensamiento y emoción.

Nota: Es importante que la facilitadora supervise el llenado del formato ya que las adolescentes expresan dudas acerca de cómo hacerlo.

V.- La facilitadora hace el cierre de la sesión, deja de tarea el registro anterior para llevarlo durante la semana, en situaciones en que las pacientes se sientan tristes, enojadas o ansiosas.

SESIÓN 8

Objetivos Generales:

- Aprender a identificar los pensamientos automáticos y las emociones.
- Conocer las características generales de los pensamientos automáticos y las creencias irracionales.
- Distinguir entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas.

I.- La facilitadora saluda a las participantes y realiza una síntesis de la sesión anterior junto con las participantes.

II.- La facilitadora promoverá el que las participantes distingan entre situaciones, pensamientos y emociones mediante el ejercicio “distinguir las situaciones, las emociones y los pensamientos”.

Material: cuaderno de trabajo y una pluma por participante.

Procedimiento: la facilitadora pide a las participantes que abran su cuaderno de trabajo en la página 15. Y que trabajen en parejas para realizar el ejercicio.

III.- La facilitadora promoverá la identificación de emociones y pensamientos mediante la técnica “la bolsa”.

Material: Bolsas de papel, tijeras, pegamento, varias revistas de color, hojas de colores y plumones para cada miembro.

Procedimiento: En papelitos están escritas algunas emociones, la facilitadora pide a cada participante que elija un papel. La facilitadora explica las reglas para hacer la bolsa. Estas son: en el exterior de la bolsa, expresa mediante un montaje, empleando estos materiales, como crees que las personas ven a una persona (triste, alegre, preocupada). Cada una hará la bolsa que corresponde a la emoción que le toco. Escribe que pensamientos (por lo menos 5) puede tener esa persona que representaste en el exterior de la bolsa y ponlos dentro. La facilitadora les señala un tiempo límite de veinte minutos en esta parte del ejercicio. (Se puede dar más tiempo si las participantes aún están trabajando).

Cuando todas han terminado, la facilitadora les pide que formen duetos y que compartan sus bolsas entre sí. Cuando este ha terminado, la facilitadora reúne a los participantes del grupo para llevar a cabo una discusión acerca de las emociones y los pensamientos.

Nota: La facilitadora reflexionará con las participantes cuales son las diferencias entre pensamientos automáticos y creencias irracionales y entre emociones positivas y negativas exponiendo de forma oral, promoviendo la participación y dando ejemplos cercanos a las adolescentes.

V.- La facilitadora promoverá la distinción entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas. A través del ejercicio “parecidos pero muy diferentes”.

Material: tarjetas de colores.

Procedimiento: La facilitadora escribe en cada tarjeta los siguientes pares de emociones:

- Inquietud & Ansiedad.
- Tristeza & Depresión:
- Dolor & Culpabilidad.
- Desilusión & Resentimiento.
- Disgusto & Ira.

La facilitadora divide al grupo en pares y les pide que elijan una tarjeta y que platicuen entre ellos en que son diferentes el par de emociones que les toco.

Después reúne al grupo y se discuten todas las emociones, la facilitadora guía el proceso hasta que se llega a la conclusión de que las emociones negativas son naturales siempre y cuando no sean extremas.

VI.- La facilitadora se despide de las participantes y pregunta como se sintieron en la sesión.

SESIÓN 9

Objetivos Generales:

- Enseñar a las participantes la forma de debatir sus distorsiones cognitivas.
- Practicar las principales formas de debate cognitivo.

I- La facilitadora saluda a las integrantes del grupo y agradece su asistencia.

II.- La facilitadora promueve el debate cognitivo de los pensamientos automáticos de las participantes con respecto a su embarazo que las hacen sentir incómodas, nerviosas o enojadas.

Material.- cuaderno de trabajo y pluma para cada participante.

Procedimiento. La facilitadora pide a las participantes que abran su cuaderno de trabajo en la página 15 y que llene el formato, la facilitadora lee las instrucciones junto con ellas. La segunda parte del ejercicio la realizan en grupo con apoyo de la facilitadora el de la página 16.

III.- La facilitadora promueve la práctica de las habilidades expuestas mediante la técnica “las abogadas del diablo”.

Procedimiento: Se divide al grupo en dos subgrupos, se le indica a uno de ellos que representen a las irracionales, tienen que exponer las ideas absolutas, distorsiones cognitivas que provocan emociones displacenteras, acerca de su futura maternidad y el otro grupo tratará de debatirlas mediante formas de pensamiento funcionales.

IV.- La facilitadora cierra la sesión, pide a cada participante que exponga en una palabra como se sintió en la sesión y deja de tarea estudiar las formas de debate de la página 16 del cuaderno de trabajo.

SESIÓN 10

Objetivos Generales:

- Identificar los elementos de una situación problemática.
- Lograr que las participantes conozcan y apliquen la técnica de solución de problemas (D'Zurilla y Nezu, 1999).
- Ensayar las estrategias de solución de problemas

I.- La facilitadora saluda a las integrantes del grupo y revisan la tarea de la sesión anterior.

II.- La facilitadora identifica los elementos comunes de la problemática de las adolescentes a través de las sesiones anteriores, elige un problema que sea común a las adolescentes y platica el ejemplo a las participantes. Promueve que las participantes generen alternativas de solución y cursos de acción con la técnica “torbellino de ideas”.

Material: pizarrón y plumones.

Procedimiento: La facilitadora pide al grupo que propongan ideas, cuantas más mejor, sobre la resolución del problema definido. Indica al grupo que es necesario evitar las repeticiones, que vale cualquier idea, por muy descabellada, ilógica o poco probable que pueda parecer, y que no cabe la discusión, ni las referencias personales a la hora de proponer la idea. Todas las ideas que se vayan proponiendo se recogen en el pizarrón.

Una vez finalizada la propuesta de ideas, la facilitadora promueve un debate grupal sobre las mismas, centrándose en analizar la lógica de cada una de ellas, su viabilidad y posibilidad de ser llevada a la práctica.

La facilitadora promueve la elección de la alternativa de solución más viable, en términos de corto-beneficio, y finalizado el debate se extraen las conclusiones.

III.- La facilitadora explica los principios básicos de la técnica de solución de problemas (D'Zurilla y Nezu, 1999). Mediante exposición oral y promoviendo la participación de las adolescentes

Pasos de la solución de problemas

Etapas	Preguntas/acciones
Identificación del problema.	¿Qué es aquello que quiero resolver?
Selección de objetivos.	¿Qué quiero?
Generación de alternativas.	¿Qué puedo hacer?
Consideración de las consecuencias.	¿Qué podría ocurrir?
Toma de decisiones.	¿Cuál es mi decisión?
Puesta en práctica.	Hazlo ahora
Evaluación.	¿Ha salido bien?

IV.- La facilitadora promueve el que las participantes practiquen la solución de problemas.

Material: cuaderno de trabajo y pluma para cada participante.

Procedimiento: La facilitadora pide a las participantes que abran su cuaderno de trabajo en la página 17 y les indica que hagan el ejercicio, dando un ejemplo de cómo hacerlo. Al finalizar todas se hace un análisis acerca de los componentes de cualquier problema: el ambiente, reacciones físicas, emociones, pensamientos y conductas y de las alternativas de solución

V.- La facilitadora se despide del grupo y pide a cada miembro que comparta con el grupo lo que aprendió en la sesión.

SESIÓN 11

Objetivos generales.

- Practicar la técnica de solución de problemas.
- Evaluar la utilidad de lo aprendido.

I.- La facilitadora saluda a las participantes y realiza un resumen del contenido de la sesión anterior, promueve la participación del grupo.

II.- La facilitadora promueve la práctica de la técnica de solución de problemas mediante la técnica grupal “intercambio de problemas.

Material: Una hoja, un sobre y un lápiz para cada participante.

Procedimiento: Se solicita al grupo que cada uno escriba en la hoja un problema que les gustaría resolver, y que traten de describirlo lo mejor posible, en cuanto a situación, emoción, reacción fisiológica y ambiente. Se lee un ejemplo de cómo sería. Cuando todos han terminado se solicita que metan la hoja en un sobre, se recogen los sobres, se revuelven y se reparte nuevamente un sobre a cada integrante procurando que les toque diferente. Posteriormente la terapeuta indica que practiquen la técnica de solución de problemas para resolver el problema que les tocó. Al final se hace una discusión grupal acerca del proceso de resolución de problemas.

III.- La facilitadora promueve una reflexión acerca de lo que se ha aprendido en el taller mediante la técnica “La carta”.

Material: Cuaderno de trabajo y lápiz para cada participante.

Procedimiento: La facilitadora pide que cada participante que llene el formato de la página 21 que es una carta para la persona que ellas deseen, y le platicuen en la carta lo que han vivido en el taller, si han aprendido algo, qué les gusto y que no, y como lo mejorarían. Cuando todas han terminado se invita a quien quiera leer o comentar su carta que lo haga, y se reflexiona sobre ello.

III.- La facilitadora cierra la sesión.

SESIÓN 12

Objetivos Generales

- Promover la reflexión de las necesidades físicas y emocionales de la madre y el bebé.
- Analizar la importancia del vínculo afectivo entre la madre y su hijo.

I.- La facilitadora saluda a las participantes y les menciona lo importante que es que hayan asistido.

II.- La terapeuta promueve la reflexión de las participantes acerca de sus propias necesidades físicas y emocionales y las del bebé a través de un juego de memorama.

Material: un memorama compuesto por tarjetas en par que muestran de un solo lado algunas ilustraciones que describen necesidades tanto de la madre como del bebé y tienen escritas pequeñas leyendas que enfatizan la importancia de satisfacerlas. Una mesa grande donde se puedan colocar las tarjetas boca abajo.

Procedimiento de la técnica:

1. Se solicita a las participantes que se dividan en dos grupos.
2. Se pide a los equipos que se sienten alrededor de una mesa y se colocan las tarjetas del memorama boca abajo. Se pide a las participantes que un miembro de cada equipo (en forma alternada) voltee dos tarjetas y que lea la leyenda de cada una de estas si es la primera vez que son volteadas. Cuando las adolescentes leen el contenido de las tarjetas la terapeuta promueve en el grupo una reflexión acerca de la lectura. Finalmente, si las tarjetas elegidas forman un par la participante las levanta, se queda con ellas y vuelve a voltear otras dos tarjetas si estas no son par dejara las tarjetas en el mismo lugar boca abajo. Y así sucesivamente hasta que se terminen las tarjetas. Gana el equipo que logre reunir un mayor numero de pares.
3. Cuando el juego termina la terapeuta pide a una voluntaria que haga un resumen oral de las reflexiones que se lograron a partir del juego.

III.- Promover el análisis de la importancia del vínculo emocional entre la madre y su bebé.

Material: Lápices y cuaderno de trabajo “*es suficiente lo que le doy a mi bebé*”.

Procedimiento: Se le da a las participantes tarjetas numeradas del uno al tres, y las personas que las tarjetas con el mismo número se agrupan formando cuatro tríos o parejas, a cada subgrupo de les pide que abran su cuaderno de trabajo en la página 18,19 o 20 (cada grupo una página distinta).

Se les solicita que lean la viñeta y contesten de forma conjunta las preguntas de la hoja de trabajo. Ya que han terminado se pide a cada subgrupo que lean en voz alta la viñeta a los demás miembros del grupo y expongan sus conclusiones. Se invita a todas las participantes a definir que es lo más importante en la relación madre e hijo. Se dirige la discusión a la importancia del vínculo emocional.

IV.- La terapeuta evalúa como apreciaron la sesión las participantes mediante la técnica “el buzón”.

Material: hojas y lápiz para cada participante y un buzón.

Procedimiento: se pide a las participantes que escriban en una hoja ¿cómo se sintieron en la sesión?, ¿qué les gusto y/o disgusto de la sesión? ¿Qué sugerencia tienen para mejorar la dinámica de las sesiones? Y cualquier comentario que quieran agregar. Se les indica que no pongan nombre en su escrito y que cuando hayan terminado introduzcan su carta en el buzón.

V.- La terapeuta hace el cierre de la sesión e invita a las participantes a asistir la siguiente sesión.

Sesión 13

Objetivos Generales

- Promover la reflexión acerca de la vulnerabilidad de un bebé y su necesidad de cuidado.
- Promover al análisis de lo que significa para las participantes ser madre.
- Analizar la información acerca de conocimientos generales del cuidado del bebé.

I.- La facilitadora promueve la reflexión acerca de la vulnerabilidad de un bebé y la importancia de cuidarlo mediante la técnica “del huevo y la cuchara”.

Materiales: pelotitas de unicel pequeñas y una cucharas de plástico, plumines y colores.

Procedimiento: Se da a cada participante una cuchara y una bola de unicel. Se indica a las participantes que con los plumines y colores dibujen caritas a las bolas de unicel y que imaginen que son sus bebés. Posteriormente se les pide que caminen en círculo colocando la cuchara en la boca y la bola de unicel sobre la cuchara, a aquella que se le caiga la bola de unicel sale del juego. Al finalizar el juego se hace la reflexión sobre la fragilidad de un bebé y lo importante que es su cuidado.

II.- La facilitadora promoverá la reflexión acerca de lo que significa ser madre con el juego de “sopa de letras”.

Material: letras del abecedario recortadas en de fumi de tamaño grande.

Procedimiento: se colocan las letras en el piso y se pide a las participantes que elijan dos letras y las levanten, posteriormente se les pide que elijan una palabra que inicie con cada letra que eligieron que represente lo que para ellas significa ser madre. Luego se pide a cada una que explique su idea ante el grupo. Se les agradece su participación.

III.- La facilitadora promoverá la comunicación con el bebé mediante la técnica “la carta”.

Material: Hojas de colores y una pluma para cada participante.

Procedimiento: Se les indica que escriban una carta para el bebé, en la que expresen lo que ellas deseen. La facilitadora les comenta a las participantes que este ejercicio es absolutamente confidencial y que si no quieren no compartirán el contenido de la carta además de que se la llevaran a casa. Finalmente se hace una reflexión sobre como se sintieron haciendo la carta.

IV.- La facilitadora hace un resumen acerca de lo visto en la sesión y hace el cierre mediante la técnica “ábrela”.

Material: sobres y hojas blancas.

Procedimiento: las participantes forman una rueda y la facilitadora simula que entrega una carta a cada una de ellas. Posteriormente una por una, delante del resto del grupo, examina la carta imaginaria, la abre, la “lee” en voz alta (inventando su contenido para que todas lo conozcan).

SESIÓN 14

Objetivos Generales:

- Proporcionar retroalimentación a las participantes acerca de sus conocimientos acerca del cuidado del bebé.
- Dar información sobre los cuidados básicos del bebé.
- Promover que las adolescentes reflexionen sobre la utilidad de los cuidados del bebé.

I.- La terapeuta saluda a las participantes.

II.-La terapeuta promueve la discusión entre las participantes acerca de sus conocimientos de cuidado del bebé a través de la técnica “*El juego del color*”.

Material: Un tablero del juego del color (cartulina con casillas de colores diferentes en forma de espiral que se conectan entre si con flechas, con una casilla de salida y una de meta), tarjetas con los mismos colores del tablero en una sola cara, fichas de distintos colores y tarjetas que contienen preguntas acerca del cuidado del bebé, que incluyen la respuesta correcta escrita de cabeza.

Procedimiento: Se divide a los participantes en tres grupos. Cada subgrupo se elige una ficha de distinto color, se colocan al centro de la mesa el tablero, las tarjetas de colores y las tarjetas con las preguntas (boca abajo) junto al tablero. En su turno cada participante debe voltear la tarjeta que se encuentra hasta arriba del montón de las tarjetas de colores y la tarjeta que se encuentra hasta arriba de las tarjetas de preguntas. El color de la tarjeta le indicará la casilla a la que deberá avanzar, por ejemplo, si la tarjeta que sale es de color rojo, la participante debe avanzar hasta la primera casilla de color rojo.

Pero para ello debe responder de forma correcta en voz alta la pregunta que le toco, para cerciorarse que respondió bien otra compañera leerá la respuesta que viene escrita en la tarjeta. Conforme van contestando las participantes, la facilitadora promueve la discusión en el grupo acerca de lo que piensan de la respuesta dada por su compañera. Al terminar su turno, la persona debe regresar las tarjetas hasta abajo del montón. Si el participante cae en alguna casilla con alguna rampa, la persona deberá seguir la flecha ya sea para retroceder o para avanzar. El primer equipo que llegue al final será el ganador.

V.- La terapeuta hace el cierre de la sesión e invita a las participantes a asistir la siguiente sesión. Además entrega a cada participante un manualito sobre cuidados generales del bebé y divide al grupo en equipos y les da a exponer un tema sobre la seguridad del bebé que viene escrito en el manual, para la siguiente sesión.

Sesión 15

Objetivos Generales:

- Dar información a las adolescentes sobre las medidas de seguridad en el cuidado del bebé.
- Promover que las adolescentes reflexionen sobre la importancia de las medidas de seguridad en el cuidado del bebé.

La facilitadora promoverá la participación activa de las adolescente mediante la técnica “la exposición”.

Procedimiento: La facilitadora pregunta a las participantes si prepararon sus exposiciones sobre las medidas de seguridad en el cuidado del bebé (que debieron preparar basándose en la información escrita que se les proporciono la semana anterior). Si lo hicieron se le pide a cada equipo que tome una tarjeta en la cual se encuentra escrito un número del “1” al “3”, de acuerdo al número que les toque iniciaran la exposición del tema correspondiente.

Conforme avanzan las exposiciones la facilitadora promueve la participación del grupo y explora sus conocimientos acerca de las medidas de seguridad en el cuidado del bebé.

III.- La facilitadora promueve la reflexión sobre la importancia de cuidar el ambiente del bebé para su seguridad, de tratarlo con afecto y saber conocimientos generales sobre el cuidado del bebé mediante un grupo de discusión.

Procedimiento: La terapeuta promueve la discusión con las adolescentes acerca de lo que han aprendido en este taller sobre el cuidado del bebé, que les parece que les será de utilidad y si hay algo que les gustaría haber aprendido y no lo hicieron. Se promueve la discusión.

IV.- La facilitadora hace un resumen acerca de lo visto en el taller y hace el cierre del taller. (Al final aclara que hace falta una última sesión donde se organizará un baby shower para las participantes del taller).

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO CON INFORMACIÓN

YO _____

(Nombre de la participante o de su tutor principal)

Declaro que estoy de acuerdo en participar (en que participe mi tutorada cuyo nombre aparece abajo) en esta investigación, cuyo objetivo, procedimiento y beneficios me han sido informados verbalmente.

Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se me proporcione, se vea afectada por este hecho.

Se me ha informado que el participar en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica que se me deba brindar y en toda información que se otorgue sobre mí (su) identidad y participación será confidencial. Y que las sesiones terapéuticas serán video y audio grabados.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto con la investigadora responsable Psic. Carmen Villegas P. Que me informó, conservando una copia de este documento.

Participante:

Psic. Carmen Villegas Pérez.

México, D.F. a de 200 .

ANEXO 5

Por favor, contesta a las siguientes preguntas marcando con una cruz la opción que se acomode mejor a tu respuesta, recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que nos des es totalmente confidencial. Gracias

Nombre: _____

1.- ¿Cuántos años tienes?

4.- ¿Por qué en la actualidad no asistes a la escuela?

2.- ¿Cuál es el nivel educacional más alto que has completado?

Primaria

Secundaria

Escuela técnica o vocacional

Universidad

Nunca fui

Ya completé todos los estudios

Me casé

Lo dejé por embarazo

Tengo que cuidar a mis hijos o a otros niños

Por problemas familiares

3.- En la actualidad, ¿asistes a la escuela?

Si

No

Si tu respuesta fue si pasa a la pregunta 6

5.- En la actualidad, tu estas:

Casada, vivo con mi esposo

Casada, mi esposo vive en otro lugar

No casada, pero vivo en pareja

Soltera

Divorciada o separada

6.- ¿Con quién vives la mayor parte del tiempo?

Con mis padres

Con mis padres y mi pareja

Con mi pareja

Con los padres de mi pareja y mi pareja

Con parientes

Con amigos

Sola

7.- ¿Cuántas veces has estado embarazada?

8.- ¿Cuántos hijos tienes?

9.- ¿Cuántos años tiene el papá de tu bebé?

10.- ¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales?

11.- ¿Cuánto tiempo estuvieron saliendo tu pareja y tú antes de que quedaras embarazada?

12.- Cuando quedaste embarazada, ¿Querías estar embarazada?

Si

No

No se

13.- Cuando quedaste embarazada, ¿Estabas usando algún método anticonceptivo para evitar el embarazo?

Si

No

14.- ¿Que método anticonceptivo estabas empleando?

Píldora

DIU

Inyectable

Diafragma

Condón

Sexo sin penetración

Ritmo

Coito interrumpido

Ninguno

ANEXO 6

CUADERNO DE TRABAJO PARA EL TALLER DE MAMÁS



Nombre:

Teléfono:

Centro de salud
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

BIENVENIDA AL TALLER DE MAMÁS

Este taller al que acabas de ingresar tiene como objetivo que aprendamos juntas algunos tips que nos pueden ayudar a ser mejores mamás, a tener más armonía familiar, pero sobre todo a que nos sintamos bien a pesar de los problemas que, como dicen por ahí, hay hasta en las mejores familias.



Este es un cuaderno de trabajo en el que hay algunas actividades que nos ayudaran a reflexionar sobre algunos aspectos importantes para nuestra vida, hay ejercicios para que trabajes ya sea individualmente o con tus compañeras del taller.

Tu no te preocupes de cómo usarlo, ya que a lo largo del taller de iremos diciendo qué hacer.



Bueno pues comencemos.....

¿CÓMO SERÁ LA FORMA EN LA QUE CONVIVIREMOS EN ESTE GRUPO?

Para que realmente todas aprovechemos las vivencias de este taller es importante que conozcamos las normas de convivencia de este grupo.



Trates de asistir a todas las sesiones.



Llegues a tiempo.



Que seas discreta, es decir, que no cuentes a nadie lo que se platica en el grupo.



Escuches y apoyes a tus compañeras



Respetes el punto de vista de las demás.



Nos comuniquemos sin hay algo del taller que no te guste.



Recuerda, en este taller no tienes que hacer nada que no desees hacer.



Comparte solo lo que desees ya que tienes derecho a tu privacidad.

¿Y A TI QUÉ TE GUSTARÍA QUE HICIÉRAMOS EN ESTE TALLER?

Para descubrirlo necesitas responder a las siguientes preguntas: Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que es importante para todas conocer tus ideas.



-¿Qué me gustaría aprender?



-¿Qué me gustaría que ocurriera en este grupo?



-¿Qué me gustaría que no ocurriera durante este taller?

¿CÓMO RESPONDEMOS A LOS PROBLEMAS Y CÓMO NOS HACEN SENTIR?

Por favor lee con tus compañeras de equipo la siguiente historia, y respondan juntas las preguntas.

”Elena esta embarazada y tiene muchas ganas de comprarle mucha ropita linda al bebé que viene en camino, pero es muy cara y no tiene el dinero suficiente ni siquiera para las medicinas que le recetó la doctora y ni se diga para el parto”.



¿Cómo creen que se siente Elena?

¿Qué creen que piense de lo que le esta pasando?

¿Cómo creen que puede resolver sus problemas?

¿CÓMO RESPONDEMOS A LOS PROBLEMAS Y CÓMO NOS HACEN SENTIR?

Por favor lee con tus compañeras de equipo la siguiente historia, y respondan juntas las preguntas.

”Blanca quiere que su novio Martín pase más tiempo con ella, ahora que esta embarazada, a ella le gustaría incluso vivir con él y formar su familia, sin embargo, hay muchos inconvenientes, el no tiene el dinero suficiente para que puedan vivir juntos y la familia de Martín no quiere a Blanca, incluso dudan que el bebé sea de Martín”.



¿Cómo creen que se siente Blanca?

¿Qué creen que piense de lo que le esta pasando?

¿Cómo creen que puede resolver sus problemas?

¿CÓMO RESPONDEMOS A LOS PROBLEMAS Y CÓMO NOS HACEN SENTIR?

Por favor lee con tus compañeras de equipo la siguiente historia, y respondan juntas las preguntas.

“Nelly esta muy contenta porque acaba de nacer su primer bebé, sin embargo ahora tiene muchas cosas que hacer como despertarse por la noche para cambiar y alimentar al bebé, lavar la ropita del bebé, bañarlo todos los días aparte de sus labores diarias pero se siente muy cansada y de repente no sabe si va a poder con todas sus responsabilidades”



¿Cómo creen que se siente Nelly?

¿Qué creen que piense de lo que le esta pasando?

¿Cómo creen que puede resolver sus problemas?

¿CÓMO RESPONDEMOS A LOS PROBLEMAS Y CÓMO NOS HACEN SENTIR?

Por favor lee con tus compañeras de equipo la siguiente historia, y respondan juntas las preguntas.

“Cris vive con su novio en casa de los padres de él, pero a pesar de que se lleva muy bien con él, la relación con sus cuñadas es muy difícil ya que siempre la critican y le toman sus cosas, ella quisiera vivir con su novio en su propia casa pero por el momento no tienen suficiente dinero”.



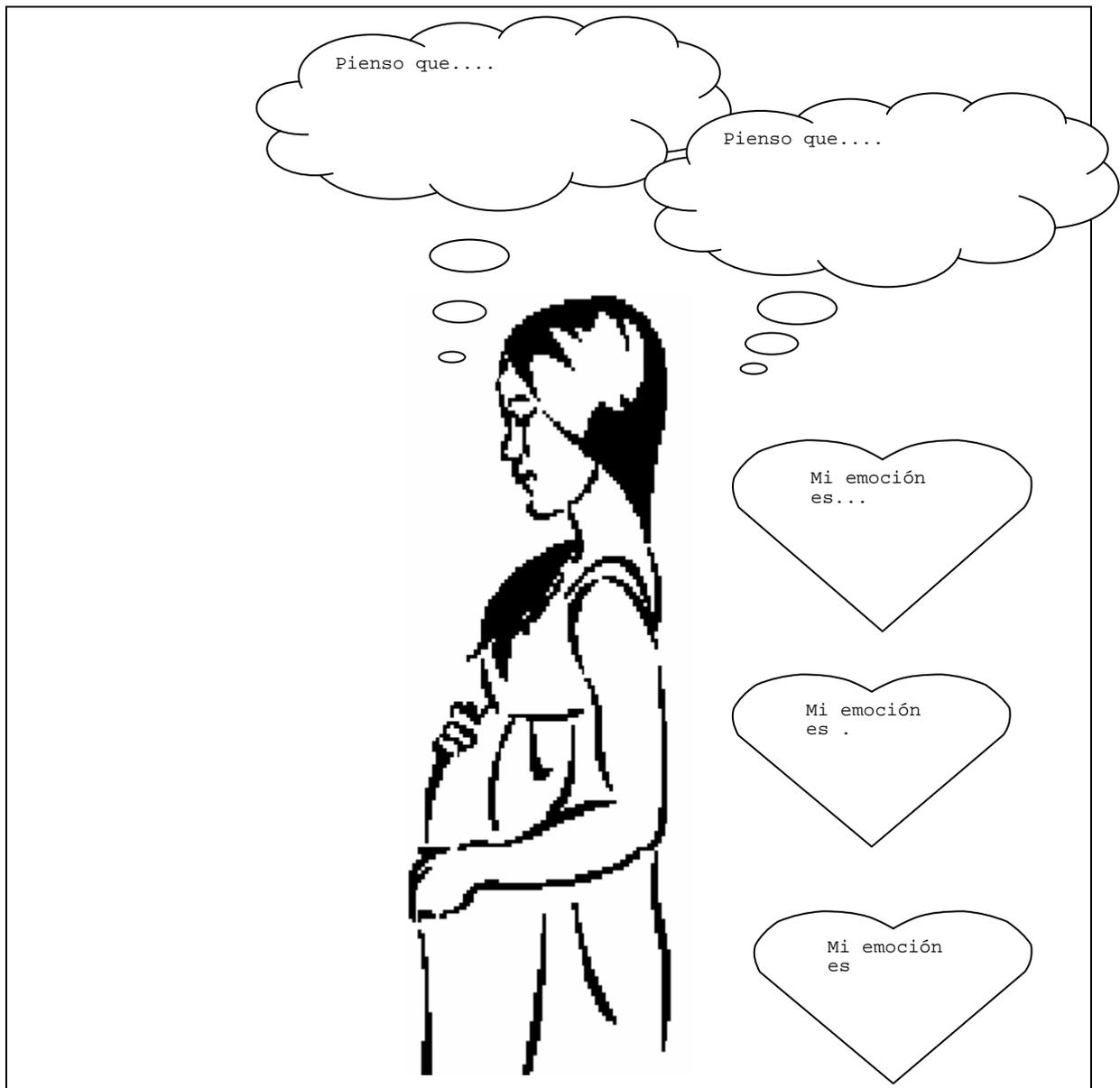
¿Cómo creen que se siente Cris?

¿Qué creen que piense de lo que le esta pasando?

¿Cómo creen que puede resolver sus problemas?

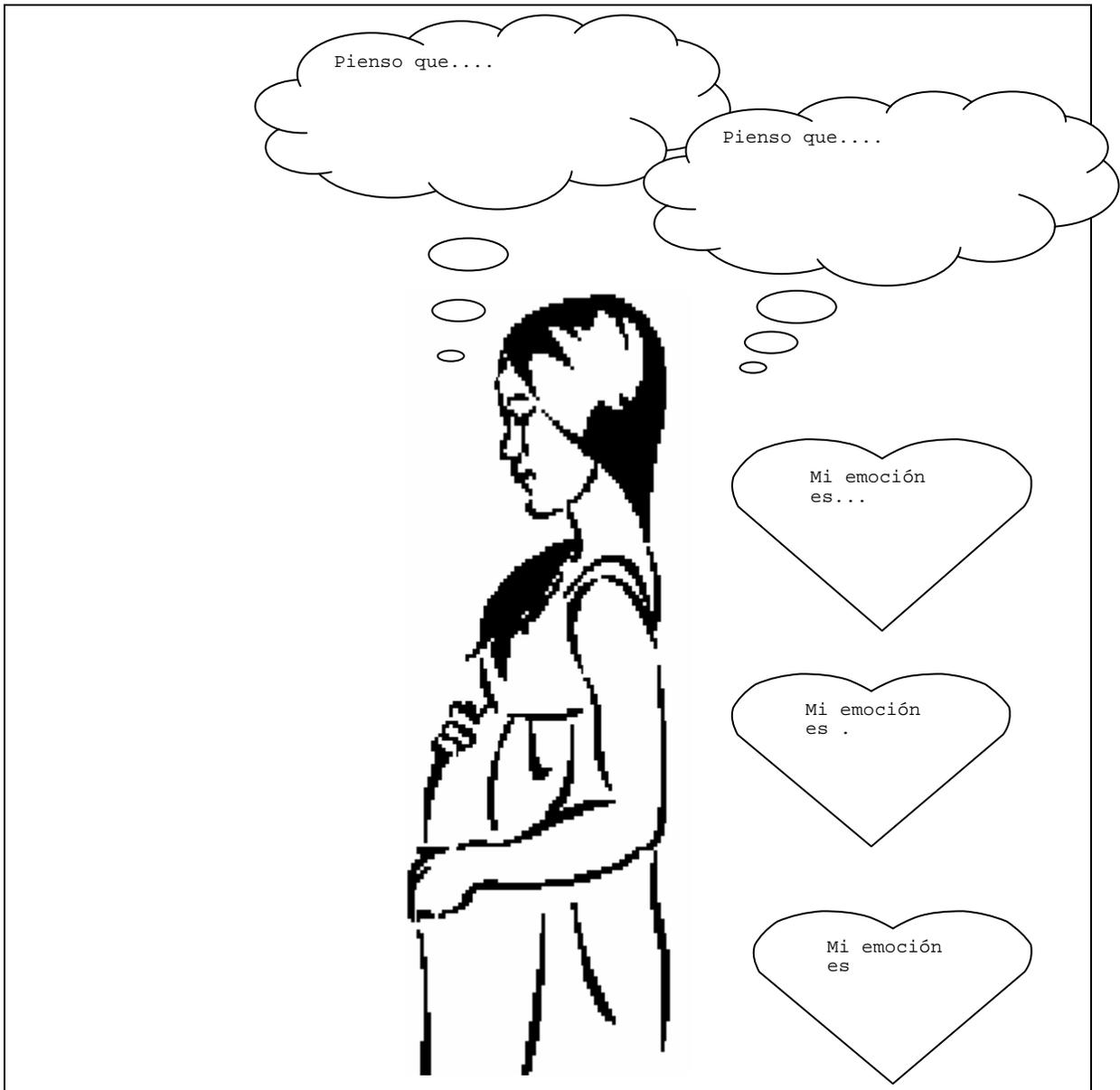
¿QUÉ SIENTES CUANDO ESTÁS ESTRESADA?

Para identificar tus sensaciones, haremos el siguiente ejercicio. Por favor, colorea
En el dibujo las *áreas del cuerpo que sientes diferente* cuando estas estresada o tensa.
En las nubecitas escribe los *pensamientos* que tienes cuando tienes muchos
problemas y por último escribe en los corazones las *emociones* que sientes cuando
todo esta mal.



¿QUÉ SIENTES CUANDO ESTÁS RELAJADA?

Para identificar tus sensaciones, haremos el siguiente ejercicio. Por favor, colorea en el dibujo las *áreas del cuerpo que sientes diferente* cuando estas relajada o contenta. En las nubecitas escribe los *pensamientos* que tienes cuando estas muy tranquila y por último escribe en los corazones las *emociones* que sientes cuando todo esta bien.



¿CÓMO HAN CAMBIADO LAS COSAS AHORA QUE VAS A SER MAMÁ?

Ahora que vas a ser mamá quizá ha habido algunos cambios en tu vida, vamos a identificar cuáles son. Por favor en el siguiente formato anota los cambios que han sucedido desde que supiste de tu embarazo en los siguientes contextos y qué has hecho para adaptarte a ellos. La última columna la dejaras en blanco y solo la contestarás hasta que te lo indiquemos.

Contexto	Cambios con tu:	¿Qué has hecho para adaptarte?	¿Cuál es tu estilo?
Familia 			
Pareja 			
Amigos 			
Contigo misma 			

¿QUIÉN SOY?

A veces es necesario reflexionar sobre lo que nos gusta y lo que no, cuales son nuestros intereses y esto nos ayuda para expresar a las demás personas quienes somos, qué pensamos y que nos gusta. Este ejercicio es individual y te será de utilidad para reflexionar.



Como persona:	
Mi color favorito (a) es:	
Si pudiera tener un deseo, sería:	
Me siento feliz cuando:	
Me siento muy importante cuando:	
Una pregunta que tengo sobre la vida es:	
La fantasía que más me gustaría tener es:	
Un pensamiento frecuente que tengo es:	
Me da miedo cuando:	
Algo que quiero, pero que me da miedo pedir, es:	
Me siento valiente cuando:	
Amo a:	
Me veo a mí misma:	
Algo que hago bien es:	
Estoy preocupada:	
Más que nada me gustaría:	
Si fuera anciana:	
Si fuera niña:	
Lo mejor de ser yo es:	
Odio:	
Necesito:	
Deseo:	

¿QUÉ PASA CON MIS EMOCIONES?

Las emociones son naturales el estar triste o enojado es algo normal. Sin embargo, a veces nuestras emociones se salen de control y nos hacen sentir muy incómodas, por ejemplo cuando son muy intensas. Por favor completa las siguientes frases para identificar que esta asociado a tus emociones.



Enojo

Llego a enojarme
cuando....

Cuando me enojo yo digo...

Cuando me enojo yo hago...

Cuando alguien se encuentra cerca de mí y está enojado, yo....

Consigo controlar mi enojo mediante...

Cuando estoy enojada siento en mi cuerpo...

Cuando estoy enojada pienso...

Tristeza

Llego a estar triste cuando....

Cuando me siento triste yo digo...

Cuando me siento triste yo hago...

Cuando alguien se encuentra cerca de mí y está triste, yo....

Consigo controlar mi tristeza
mediante...

Cuando estoy triste siento en mi cuerpo...

Cuando estoy triste pienso...

¿LO QUE PIENSO AFECTA CÓMO ME SIENTO?

Situación	Intensidad de la emoción	¿Qué estoy pensando?	Evidencia a favor	Evidencia en contra	Intensidad de la emoción
Mi mejor amiga a la que le conté un secreto. Se lo contó a quien menos me lo esperaba.	Enojo en un 100% Desilusión en un 90%	Que es una chismosa y que siempre me hace lo mismo. Nunca puedo confiar en ella. No le importa lo que yo siento.	Le contó algo muy íntimo a otra persona. La otra vez también contó algo que yo le había dicho.	Bueno, no siempre cuenta lo que le digo. Otras veces ha sido muy discreta. Tal vez no entendió que esto era muy importante para mí. No lo hizo con la intención de molestarme.	Enojo en un 60%. Desilusión en un 30%.
Situación	Intensidad de la emoción	¿Qué estoy pensando?	Evidencia a favor	Evidencia en contra	Intensidad de la emoción

¿CÓMO DEBATIR MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS?

A veces necesitamos detenernos y analizar que tan ciertos son los pensamientos que nos hacen sentir incomodas. Vamos a hacer un ejercicio en el que tienes que escribir algunas de las preocupaciones que tienes con respecto a tu futura maternidad en las líneas de abajo:

	Pensamientos Dañinos	Pensamientos Saludables
Acerca del embarazo		
Acerca del parto		
Acerca de convertirse en Mamá		



**PREGUNTAS CLAVE PARA CUANDO MIS EMOCIONES ESTÁN
FUERA DE CONTROL**

Para llegar a tener pensamientos saludables, debes preguntarte lo siguiente:

¿Has tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre cierto?

Si tú mejor amiga o alguien a quien quieres tuviera este pensamiento, ¿qué le dirías?

Cuándo no estás sintiendo de esta forma, ¿piensas en este tipo de situación de forma diferente? ¿Cómo?

Cuándo se has sentido de esta forma en el pasado, ¿qué pensamientos podían hacerte sentir mejor?

¿Has tenido esta clase de situaciones antes?, ¿Qué ocurrió?, ¿Hay alguna diferencia entre esa situación y la previa?

¿Qué has aprendido de las experiencias previas que puedan ayudarte ahora?

¿Hay alguna cosa pequeña que contradiga tus pensamientos actuales?

Si pensaras en esta situación dentro de cinco años, ¿la mirarías de forma diferente, te centrarías en alguna parte diferente de tu experiencia?

¿Hay alguna cualidad en ti o en la situación que estás ignorando?

¿CÓMO SOLUCIONAR PROBLEMAS?

ORIENTACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el problema?

FORMULACION Y DEFINICION DEL PROBLEMA

Antecedente

Detallar el problema

GENERACION DE ALTERNATIVAS

1.

2.

3.

4

5.

TOMA DE DE DECISIONES

PROS

CONTRAS

PUESTA EN PRACTICADE LA DECISIÓN TOMADA Y VERIFICACION DE LOS RESULTADOS

Por favor lee con tus compañeras de equipo la siguiente historia, y respondan juntas las preguntas.

”Elena acaba de tener a su bebé que nació muy sano y lindo. Ella lo alimenta cada cuatro horas, lo cambia cuando moja el pañal, le pone ropa limpia, lo baña todos los días y hace que duerma a sus horas”.



¿Le hace falta algo al bebé de Elena?

¿Cómo se sentirá el bebé de Elena?

¿Cómo creen que Elena podría mejorar la relación con su bebé?

Por favor lee con tus compañeras de equipo la siguiente historia, y respondan juntas las preguntas.

”Nelly acaba de tener a su bebé que nació muy sano y lindo. Ella es muy cariñosa con él, lo abraza, lo besa y le dice que esta feliz de tenerlo a su lado. Pasa todo el día contemplándolo y siendo cariñosa con él”.



¿Le hace falta algo al bebé de Nelly?

¿Cómo se sentirá el bebé de Nelly?

¿Cómo creen que Nelly podría mejorar la relación con su bebé?

Por favor lee con tus compañeras de equipo la siguiente historia, y respondan juntas las preguntas.

”Rosa acaba de tener a su bebé que nació muy sano y lindo. Ella lo alimenta cada cuatro horas, lo cambia cuando moja el pañal, le pone ropa limpia, lo baña todos los días y hace que duerma a sus horas. Además, ella es muy cariñosa con él, lo abraza, lo besa y le dice que esta feliz de tenerlo a su lado. Pasa todo el día contemplándolo y siendo cariñosa con él”.



¿Le hace falta algo al bebé de Elena?

¿Cómo se sentirá el bebé de Elena?

¿Cómo creen que Elena podría mejorar la relación con su bebé?

TE VOY A PLATICAR...

Querida prima:

Como sabes, este viernes fui a mi cita con la doctora Laurel. Ella

dice que el bebé _____

y yo me siento _____;

también fui al taller de mamás con la psicóloga Carmen. Y aprendí

que _____.

Lo que más me llamó la atención de lo que escuché

en el taller fue _____

y me gustaría aprender más sobre _____.

¿Sabes? Lo que no me gustó fue _____

pero supongo que se arreglará si _____

Bueno prima, te mando muchos saludos y me

despido.

Tú prima que te quiere:

ANEXO 7

**MANUALITO SOBRE CUIDADOS
GENERALES DEL BEBÉ**



178

**Consejos para cuando el bebé ha
llegado a casa**

*Es deseable que pidas ayuda después
del parto*

Es una buena idea que pidas a familiares y amigos que te echen una mano durante los primeros días después al parto. Probablemente estarán deseosos de ayudarte y, aunque puedes no estar de acuerdo con ellos en ciertas cosas, no subestimes su experiencia. También recuerda que puedes consultar con tu médico.



- ✓ Descansa con tu hijo cuando él esté durmiendo.
- ✓ Duerme tanto como puedas y no te preocupes demasiado por las cosas de la casa. El descanso y el tiempo que pases con tu bebé son más importantes.
- ✓ Trata de que alguien de tu confianza lo cuide por algunas horas para que así logres distraerte y descansar un poco.
- ✓ Recuerda es normal que te sientas triste o algo resentida por las exigencias de tu hijo, pero si te pone muy molesta y sientes que puedes perder el control, contacta a un profesional inmediatamente.

¿Cómo tratar al recién nacido?

- ✓ Cuando lleves al bebé en brazos, lo levantes, lo saques de la cuna o lo acuestes, ten cuidado en sostener la cabeza y el cuello del bebé.



No sacudas nunca al recién nacido, ya sea jugando o por frustración. ***Sacudir enérgicamente a un bebé puede provocarle una hemorragia cerebral e incluso la muerte.***

1. Si necesitas despertar al bebé, no lo sacudas -hazle cosquillas delicadamente en los pies o soplale en la mejilla con suavidad.



2. Asegúrate de que el bebé está bien sujeto cuando lo lleves en la carreola, o en la cangurera.



3. Recuerda que el recién nacido todavía no está preparado para jugar "a lo rudo", ***no se te ocurra lanzarlo por los aires, hacerle "el caballito" u otras cosas por el estilo.***

¿Cómo mejorar la relación con tu bebé para tranquilizarlo?

- ✓ El contacto físico entre los padres y el bebé ayuda a crear una conexión emocional entre ambos.



- ✓ Acariciar al bebé y hablarle cariñosamente también favorece su desarrollo emocional y a

su vez, repercute sobre su desarrollo en otras áreas, como el crecimiento físico.

- ✓ Por lo general, a los bebés les encanta escuchar sonidos vocales, por ejemplo, que les hablen, balbuceen, canten o arrullen.
- ✓ Algunos bebés son especialmente sensibles al contacto, la luz o el ruido. Estos bebés se sobresaltan y lloran con facilidad, duermen menos de lo habitual y/o giran la cara hacia otro lado cuando alguien les habla o les canta. En estos casos, es conveniente mantener bajos los niveles de ruido y de luz.



¿Pañales?

-Lo que debes y no debes hacer-

Independientemente del tipo de pañales que use tú bebé tendrás que cambiárselos aproximadamente 10 veces al día.



Antes de cambiarle los pañales al bebé, asegúrate de que tienes a mano todo lo que necesitas para no tener que dejar al bebé solo.

Necesitarás:

- ✓ Un pañal limpio
- ✓ Si el bebé tiene rozaduras, crema especial para sus partes íntimas.
- ✓ Una palangana con agua tibia y bolitas de algodón
- ✓ Una toallita o manopla limpia que sea suave.

¿Cómo cambiarle el pañal?

Después de que el bebé haga popo o moje el pañal, acuéstalo boca arriba y quítale el pañal sucio. Usa el agua, las bolitas de algodón y la toallita o los paños desechables para limpiar con suavidad la zona genital del bebé.



- ✓ Si el bebé es de sexo masculino, ten cuidado al quitarle el pañal, pues el contacto con el aire podría hacerlo orinar.
- ✓ Si es niña, límpiala de delante hacia atrás para evitar posibles infecciones de las vías urinarias.
- ✓ Si el bebé tiene una rozadura ponle crema para rozaduras en el área afectada.



Las rozaduras son bastante habituales. Esta erupción de granitos rojos suele desaparecer con un baño caliente, un poco de crema y dejando al bebé sin pañales durante cierto tiempo para que le dé el aire en la zona afectada.

- ✓ Aproximadamente hay que cambiarle los pañales al bebé, mínimo cada tres horas.
- ✓ No se te olvide nunca lavarte las manos antes y después de cada cambio de pañales.

El baño ¿Que Hacer?

- ✓ Recuerda secar muy bien al bebé sobre todo en las zonas de pliegues para evitar que la suciedad o la humedad lo irrite. (no uses talco).
- ✓ Pregunta a tu pediatra que crema para rozaduras usar.
- ✓ Si la rozadura continua durante más de 3 días, llévalo al pediatra -podría ser provocada por una infección que debe tratarse con un medicamento específico.
- ✓ Si usa pañales de tela, lávalos con detergentes que no contengan colorantes ni perfume.
- ✓ Deja al bebé completamente desnudito durante parte del día para que le dé el aire y pueda "respirar" la piel.
- ✓ ***Aprovecha la ocasión para jugar y hacerle reír!***



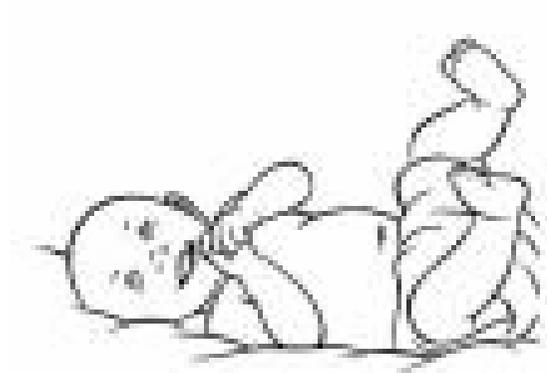
Antes de bañar al bebé fuera de la bañera, comprueba que tienes a mano lo siguiente:

- ✓ Una toallita o una manopla suave y limpia .
- ✓ Jabón y champú para bebés suaves y no perfumados.
- ✓ Un cepillo suave para estimularle el cuero cabelludo al bebé.
- ✓ Bañera para bebés llena de agua tibia - no caliente (comprueba la temperatura del agua con el codo o la muñeca).
- ✓ Un pañal limpio, ropa limpia y toallas



Para bañar al bebé escoge una habitación cálida y una superficie plana. Desnuda completamente al bebé y colócalo en el agua inmediatamente para que no le de frío.

Sujétale la cabeza con una mano e introdúcelo en la bañerita con la otra, empezando por los pies. Ve lavándole suavemente mientras vas bajando lentamente el resto del cuerpo hasta que esté completamente metido en la bañerita.



Utiliza una manopla o una toallita para lavarle la cara y la cabeza. Seguidamente, con las yemas de los dedos o un cepillito para el pelo especial para bebés, masajéale el cuero cabelludo, incluyendo el área que recubre las fontanelas.

Cuando le enjuagues el jabón o champú, ahueca la mano sobre la frente del bebé para evitar que le entre jabón en los ojos. Después del baño, envuélvelo inmediatamente en una toalla de pies a cabeza.



- ✓ Asegúrate de secarlo bien antes de ponerle un pañal limpio y vestirlo.
- ✓ *No dejes **nunca** a un bebé sólo en la bañera.* Si necesitas salir del lavabo, envuélvelo en una toalla y llévatelo contigo.

- ✓ Utiliza un jabón neutro, sin perfumes ni desodorantes.
- ✓ Tras el baño, evita aplicar talco o perfumes. Pueden resultar nocivos para la piel y los pulmones del recién nacido.
- ✓ Agrega amor en cantidad ilimitada.



Aparte del baño ¿Cómo de asear a mi bebé?

Debes poner especial atención al limpiar sus oídos **limpia solo la parte externa del pabellón.** El cerumen que sale desde el interior, contrariamente a lo que puedas creer, protege el conducto auditivo y lo mantiene limpio.



X *No utilices cotonetes que pueden producir lesiones en el conducto auditivo*

También es importante cuidar las uñas de tu bebé, en los recién nacidos son muy blandas y tienden a cortarse espontáneamente. Si no ocurre, utiliza para tijeras con puntas redondeadas para evitar lastimar al bebe.

- ✓ También puedes usar cortaúñas especiales para bebés.



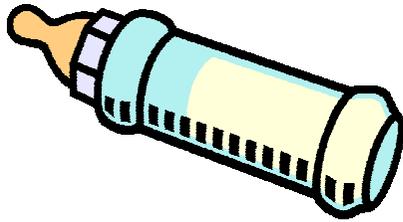
¿Cómo es el cuidado del cordón umbilical?

Para evitar posibles infecciones, algunos pediatras recomiendan desinfectar el área con alcohol u otro antiséptico en cada cambio de pañales hasta que el cordón umbilical se seque y se desprenda, generalmente al cabo de entre 10 días y 3 semanas.

En cada cambio de pañal debes limpiar el ombligo con una gasa empapada en alcohol puro ***-no te asustes, porque no le arderá-*** y le ayudará a que se reseque más pronto y se desprenda lo antes posible sin complicaciones.

- ✓ El área del ombligo del bebé no se debe sumergir en agua hasta que el cordón umbilical se desprenda.
- ✓ Antes de desprenderse, el cordón umbilical cambiará de color, de amarillo a marrón o negro. Es algo normal.
- ✓ ***Deberás consultar con el pediatra si el área del ombligo del bebé se enrojece, empieza a oler mal o supura.***

- ✓ Sin miedo, debes presionarse el ombligo con alcohol hasta la base para arrastrarlas impurezas.
- ✓ Al caer el cordón umbilical a veces presenta una mancha de sangre por un par de días. Conviene seguir aplicando alcohol puro. Ni polvos, ni cremas cicatrizantes.



¿Cómo alimentar al bebé?

La leche materna es el alimento único e ideal que tu bebé necesita durante los primeros seis meses de vida. Contiene un equilibrio perfecto de todos los nutrientes para protegerlo de infecciones y enfermedades.



Si optas por la lactancia materna, deja que el bebé mame de cada seno durante unos 10 a 15 minutos. Asume una actitud positiva, segura y siéntete feliz de tener esta gran oportunidad para estar con tu bebé.

Mantén una posición cómoda y relajada

En un asiento o sobre la cama. Utiliza almohadas para apoyar la espalda, disminuyendo así la tensión.

Sostén la cabeza del bebé en el doblado de tu brazo y sostén suavemente las nalgas de tu bebé en tu mano.



La cara y el cuerpo del bebé deben estar totalmente de frente a tu cuerpo (abdomen con abdomen).

Cuando estás dando pecho debes alimentarte bien, tomar muchos líquidos y evitar los condimentos.



- ✓ En cualquier posición el bebé debe aproximarse al seno y no tú agacharte hacia el bebé.
- ✓ Lávate muy bien las manos con agua y jabón, antes de tomar al bebé para amamantarlo
- ✓ Tu bebé te indicará que tiene hambre llorando, llevándose los dedos a la boca o emitiendo los sonidos que se producen al succionar.
- ✓ Un recién nacido puede necesitar alimentarse cada 2 horas o quizás más a menudo.
- ✓ Si el bebé parece satisfecho, moja aproximadamente seis pañales y defeca varias veces al día, duerme bien y está ganando peso con regularidad, lo más probable es que esté comiendo lo suficiente.
- ✓ Procura que tu bebé esté en posición semisentada.

¿Cómo ayudar al bebé a eructar?

Los bebés a menudo tragan aire durante las tomas, lo que les puede provocar inquietud. Puedes evitar esto ayudando a eructar al bebé frecuentemente.



Coloca al bebé de pie sobre tu regazo y apóyale la cabeza en su hombro. Sujétale la cabeza y la espalda con una mano mientras le das palmaditas suaves en la espalda con la otra mano.

- ✓ *Si le das el pecho, ayúdele a eructar cada vez que lo cambies de mama.*
- ✓ *Al terminar de alimentar al bebé mantenlo en posición erguida durante 10 a 15 minutos para evitar que regurgite leche.*

¿Cómo es el sueño del bebé?

Es posible que te sorprenda que tu recién nacido, se pase aproximadamente 16 horas o más durmiendo al día. Por lo general, los recién nacidos duermen durante períodos de 3 a 4 horas.



No esperes que tu recién nacido duerma toda la noche -porque su sistema digestivo es tan pequeño que necesita alimentarse frecuentemente, por lo que deberás despertarlo cuando lleve 5 horas sin comer.

¿A partir de cuándo puedes esperar que el bebé duerma toda la noche de un tirón?

Alrededor del 90% de los bebés duermen toda la noche (entre 6 y 8 horas seguidas) a los 3 meses de edad; pero si el tuyo no lo hace, no te preocupes.



- ✓ ***Es muy importante que acuestes al bebé boca arriba para dormir a fin de reducir el riesgo de Síndrome de Muerte Infantil Súbita.***
- ✓ Debes retirar cualquier objeto blando y/o almohadillado de la cuna del bebé, incluyendo colchas, edredones, peluches, cojines, almohadas o almohadones.

- ✓ Mecerlo y abrazarlo a la hora de dormir está bien, siempre y cuando lo pongas en la cuna antes de que duerma. No corras a atender el llanto. Espera unos minutos hasta que se calme solo.

¿Cómo debe ser la temperatura del bebé?

Los recién nacidos no tienen la capacidad de regular su temperatura corporal, por lo que será necesario guardar algunos cuidados al respecto, más aún si su peso al nacer es bajo. Es necesario abrigo un poquito más.

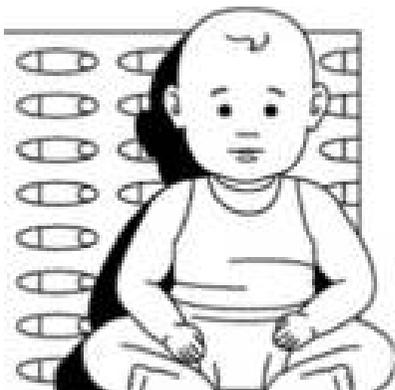


Si tomas la decisión de cortarle el pelo totalmente deberás abrigo su cabeza con un gorrito tejido de algodón para evitar que pierda temperatura. La lana no es recomendable.

En todo caso, debes tener presente que abrigo en exceso será contraproducente, porque le provocará fiebre.

¿Es normal que la popo del bebé sea negra?

Hasta el tercer día de nacido por lo menos, la popo del bebé será de color negro. La situación va cambiando en la medida que el bebé recibe alimentación.



Si recibe leche materna su popo será de color amarillo y muy líquida, pero no constituyen diarrea. Incluso pueden ser de un tono verdoso.

✓ ***Pero si tienes alguna duda al respecto, lo mejor es que consultes de inmediato al pediatra.***

¿Qué hago si mi bebé llora mucho?

No te desesperes. Por el contrario, aprende a interpretar los llantos de tu bebé. No todos son iguales.

El llanto es el único mecanismo de comunicación del que dispone. Con el llanto reclama atención.

De todas maneras, si persiste el llanto revisa si está mojado, abrigado o desabrigado, también puede que le moleste el ruido.

Si compruebas que el llanto no tiene justificación aparente tómallo en brazos para proporcionarle contacto corporal y mécelo suavemente. Este es un muy buen momento para poder hablarle y cantarle.



- ✓ La mayoría de los recién nacidos llora de una a cuatro horas cada día.
- ✓ Si llora durante largos ratos y no puedes consolarlo, quizás tenga cólico.
- ✓ No te sientas culpable si tu hijito continua llorando. Algunas veces los niños simplemente necesitan llorar y no hay mucho que puedas hacer.
- ✓ Si el llanto te pone muy nerviosa, asegúrate que alguien te ayude.
- ✓ **Si el llanto es excesivo, consulta a tu pediatra. Puede ser por algún motivo de salud.**



¿Es bueno cargar al bebé todo el tiempo?

Generalmente los padres se quejan que el niño "se acostumbró" a los brazos y se transformó en una "pesada carga" con el paso de los meses. Si, eso ocurre, pero no cuando es muy pequeñito.



Por el contrario, cuando un recién nacido llora, alzarlo es lo más conveniente. En los primeros días y meses los brazos transmiten una cantidad inigualable de afecto que el niño sentirá y le ayudará para ser más seguro.

¿Cómo estímulo a mi bebé recién nacido?

La mejor forma de estimular a tu bebé es jugar con él, a él le gusta explorar el mundo con sus ojos, sus oídos y su cuerpo.



Aprovecha los momentos en los que él está alerta y colócalo cerca de tu cara para que te mire.

Estas son algunas de las cosas que puedes hacer para ayudar a que tú recién nacido tenga un desarrollo mental sano:

- ✓ Háblale, cántale y léele. Estas actividades les ayuda a ambos a relajarse juntos y proveen una base sólida para el aprendizaje posterior.
- ✓ Demuéstrale tu amor siendo cariñosa y sensible a sus necesidades. **Es imposible "malcriar" a un recién nacido.** Los niños crecen sanos física y mentalmente cuando se sienten seguros y queridos.

- ✓ Sigue una rutina diaria. Esto lo tranquiliza y le da seguridad.
 - ✓ Se sensible con el temperamento y la personalidad de tu hijo. Esto le ayudara a desarrollar una autoestima positiva.
- ¿Cuándo empieza en bebé a entender lo que le digo?***

Aunque tu bebé no llegue a decir su primera palabra hasta después de muchos meses, posee la habilidad para comunicar desde su nacimiento. Sus movimientos, llantos y expresiones faciales son parte del complejo lenguaje de los niños.



Al cuidar a tu hijo, serás capaz de reconocer sus señales y responderle de manera que construyas un lazo de amor y confianza entre los dos.

¿Cuándo aparecerá la personalidad de mi bebé?

Aunque sea una sorpresa para muchas madres, los niños comienzan a manifestar su temperamento poco después de nacer.



Entender el carácter de tu hijo y prestar atención a cómo se relaciona con su ambiente, será muy importante para poder cuidarlo y comprenderlo en el futuro.

- ✓ Debes recordar que cada niño responde de manera diferente al hambre, las incomodidades, los cambios de temperatura y las personas.
- ✓ Con el tiempo aprenderás a entender el temperamento de tu hijo para poder calmarlo y ayudarlo mejor.
- ✓ Saber que el temperamento es único te ayudará a respetarlo como individuo, para que crezca teniendo confianza en sí mismo.



¿Cuándo debo llevar al bebé al pediatra?

Debes llevarlo a la semana de que hayan salido del hospital. Después de su primer mes de edad la visita pediátrica es cada mes.

Pero recuerda si aparece alguno de estos síntomas o si te sientes preocupada por algún aspecto de la salud de tu hijo, no dudes en llevar a tu bebé al pediatra:

- ✓ ***Rechazo al pecho.***
- ✓ ***Vómitos o diarrea.***
- ✓ ***Tos.***
- ✓ ***Respiración rápida o dificultosa.***
- ✓ ***Llanto agudo por más de tres horas.***
- ✓ ***Somnolencia excesiva.***
- ✓ ***Flojera o palidez inusual.***
- ✓ ***Temperatura rectal de 38.2 o más.***



¿Qué medidas puedo tomar para que mi bebé este seguro?

Cuando el bebé es menor de ocho meses es muy importante que cuides lo siguiente:



A la hora de la alimentarlo

- ✓ Vigila siempre a tu pequeño mientras come
- ✓ Debes asegurarte de que repita cuando termine de comer.

- ✓ Asegúrate de saber qué hacer en caso que tu hijito comience a ahogarse.
- ✓ No debes dejarle la mamila a tu bebé sin la supervisión de un adulto.
- ✓ Evita insistir en que tome su leche si está llorando y la está rechazando.



A la hora del baño y de dormir

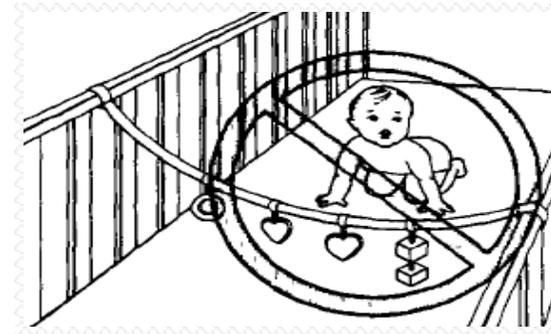
- ✓ Siempre verifica la temperatura del agua antes de bañarlo.
- ✓ Tómalo con una mano mientras le cambias la ropa.

- ✓ Nunca lo dejes solo en la bañera o en superficies elevadas, tales como la cama.
- ✓ Mantén los artículos eléctricos como los secadores de pelo lejos del agua y desenchufados.
- ✓ Hazlo dormir boca arriba



En el cuidado general de tu bebé

- ✗ No permitas que juegue con listones, papeles o telas.
- ✗ Evita juguetes de felpa peludos o vellosos.
- ✗ No bebas o sostengas líquidos calientes mientras lo tienes en brazos.
- ✗ Nunca lo sacudas o muevas muy fuerte.
- ✗ Evita dejar s bolsas plásticas al alcance del bebé.
- ✗ No fumes ni permitas que otros fumen cerca de tu hijo.



Cuando el bebé es mayor de ocho meses tiene mayor movilidad, pronto comenzará a caminar, ya sujeta las cosas y sobre todo se las lleva a la boca por lo que es muy importante que cuides lo siguiente:



Cuando empieza a gatear o a caminar

- ✓ Pon cojines protectores u otras coberturas especiales a las esquinas de las mesitas para el café, muebles, y otras superficies con bordes puntiagudos.

- ✓ No coloques jarrones u otros objetos voluminosos al alcance del bebé.
- ✓ Cierra o coloca rejas en ventanas.
- ✓ Evita las andaderas. Se puede dar vuelta y aumenta la habilidad de los niños para alcanzar objetos peligrosos.
- ✓ Pon seguros en cajones y puertas de muebles.
- ✓ Coloca rejas de seguridad en las escaleras.
- ✓ Mantén siempre desconectados los aparatos eléctricos que no estén en uso, es más seguro que apagarlos.
- ✓ Cuando tu bebé esté afuera de la casa manténlo lejos de maquinarias móviles, entradas de vehículos y calles.
- ✓ Utiliza **Tapas y Placas de Enchufe** para ayudar a evitar electrocuciones.

- ✓ Asegúrate que los niños no puedan quitar con facilidad estos protectores de enchufe y que sean suficientemente grandes para que los niños no puedan atragantarse con ellos.

En la cocina



- ✓ En lo posible mantén al bebé alejado de la cocina.

- ✓ Al cocinar coloca sartenes y ollas en los quemadores de atrás.
- ✓ Mantén los utensilios de cocina, líquidos calientes, cuchillos y ollas calientes fuera del alcance del niño.
- ✓ Guarda los cerillos en un lugar fuera del alcance de los niños.
- ✓ Guarda los cuchillos y otros objetos cortantes en un lugar inaccesible para el niño, y no dejes nunca aparatos electrodomésticos enchufados.
- ✓ Guarda las bolsas de plástico en un lugar inaccesible.

Cuando el bebé esté jugando

- ✓ Evita dar juguetes pequeños al bebé. Los bebés son muy curiosos, se meten todo en la boca para probarlo y si se tragan algo se pueden ahogar
- ✓ Asegúrate de que los muñecos con los que juega no tengan piezas desmontables que el bebé pueda tragarse.
- ✓ Los botones, monedas, piedras y otros objetos pequeños son igualmente peligrosos para los niños pequeños y deben ser evitados a toda costa.
- ✓ No les ates juguetes al cuello.



En la casa

- ✓ **Mantén todas las medicinas, detergentes, cosméticos, lociones, pinturas y solventes de pintura bajo llave o fuera de su alcance.**
- ✓ Guarda en un lugar seguro las botellas de licor y los cigarros.
- ✓ No lo dejes solo con un hermano menor o con una mascota.



Los niños pequeños se pueden ahogar incluso en pequeñísimas cantidades de agua..



- ✓ **Jamás dejes a los pequeños solos cerca del agua**
- ✓ Procura que la puerta del cuarto de baño esté siempre cerrada.
- ✓ Nunca dejes un bebé solo en una bañera; cerca de una cubeta de agua, de una cisterna o una alberca.

- ✓ Una cubeta con agua también puede resultar peligroso, si el pequeño pierde el equilibrio y queda con la cabeza atorada en el interior.
- ✓ No dejes al un bebé o a un niño pequeño en una bañera bajo el cuidado de otro niño pequeño.
- ✓ Mantén cerrada la tapa del inodoro para evitar que los niños tengan acceso al agua. Considera utilizar un cierre para la tapa para evitar que los niños pequeños la abran.
- ✓ Utiliza un teléfono inalámbrico para facilitar la vigilancia continua de tus hijos de corta edad, en particular cuando estén en bañeras, piscinas y otras áreas potencialmente peligrosas.



Los teléfonos inalámbricos te ayudan a vigilar a tu hijo continuamente, sin alejarte de donde él está para contestar el teléfono.

¿Que debo esperar cuando mi bebé haya cumplido su primer mes de vida?

Te sentirás más segura al agarrarlo, alimentarlo o vestirlo, y él reconocerá tu voz y se entusiasmará



cuando le hables.



g

Ya podrá emitir sonidos suaves y tú serás capaz de distinguir sus distintos tipos de llanto: hambre, tiempo de cambiar el pañal, dolor o molestia.

En su primer mes de vida tu bebé podrá:

- ✓ Responder a sonidos.
- ✓ Mirar tu rostro.
- ✓ Seguirá tus movimientos con la mirada.
- ✓ Responderá a las voces de sus padres.
- ✓ Podrá levantar la cabeza cuando esté boca abajo.
- ✓ Moverá brazos y piernas.
- ✓ Emitirá sonidos con su voz.
- ✓ Estará más atento.
- ✓ Dormirá por tres o cuatro horas seguidas.

¿Qué debo esperar cuando mi bebé haya cumplido dos meses de vida?

A los dos meses de edad, tu hijo está más activo y alerta; puede empezar a balbucear; ve las cosas y parece estar estudiándolas. Este es un buen momento para ponerle un juguete colgante de muchos colores.



A esta edad los niños a menudo emiten sonidos y se dan cuenta que hay una conexión entre los sonidos que escuchan y los que ellos producen, además desarrollan más fuerza en su cabeza, cuello y parte superior del cuerpo.

A los dos meses de vida tu bebé podrá:

- ✓ Susurrar y vocalizar contigo.
- ✓ Poner atención a las voces.
- ✓ Responder con una sonrisa.
- ✓ Cuando esté boca abajo levantará la cabeza, cuello y parte superior del pecho.
- ✓ Tendrá algún control de su cabeza cuando se le coloque en posición vertical.



- ✓ Algunos estímulos que le des al niño pueden ser demasiados para él y puede llorar. Quizás haga muecas, sacuda sus brazos y piernas o se dé vueltas. En ese caso deja que se tranquilice e inténtalo otra vez.

Hacia el segundo mes tu bebé mostrará su temperamento. En esta etapa ya se pueden distinguir los bebés más tranquilos de los más inquietos.

¿Cómo puedo estimular a mi bebé a los dos meses de edad?

Estimúlalo hablándole en voz baja mientras lo vistes, bañas, alimentas, juegas o caminas con él.

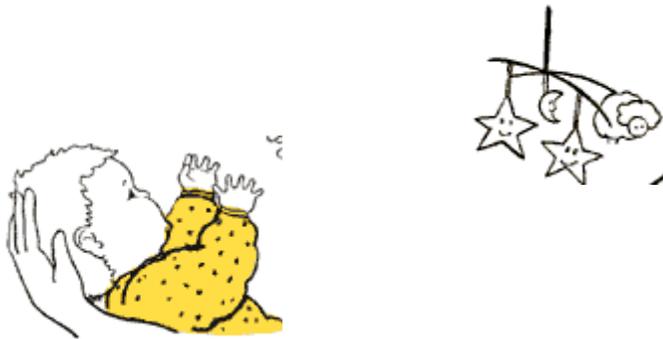


Un niño muy activo necesitará mucho más estímulo y atención, menos sueño y descanso.

Recuerda debes respetar la personalidad de tu bebé.

¿Que debo esperar cuando mi bebé haya cumplido cuatro meses de vida?

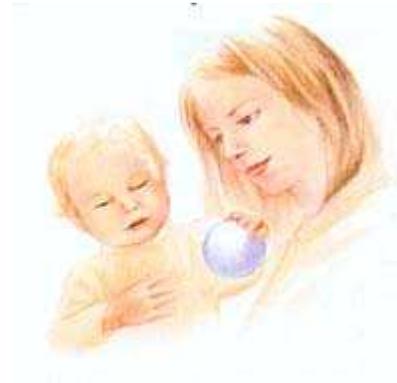
Tu hijo desarrollará habilidades motoras, como jugar con sus manitas, alcanzará objetos, moverá un cascabel o un juguete pequeño.



Su mayor alegría será reconocer cuando te acerques; sonríele ya que él esperará tu respuesta a sus gracias.

A los cuatro meses de vida tu bebé podrá:

- ✓ Balbucear.
- ✓ Sonreír a carcajadas, gritar y chillar.
- ✓ Estando boca abajo levantará su cabeza y apoyará sus brazos para levantar su cuerpo.
- ✓ Estando sobre su abdomen cambiará de posición.
- ✓ Controlará bien su cabeza.
- ✓ Sostendrá y moverá un cascabel.
- ✓ Tratará de agarrar objetos.
- ✓ Observará un móvil y se alegrará.
- ✓ Reconocerá a las personas por sus voces.
- ✓ Sonreirá con naturalidad a otros.
- ✓ Girará la cabeza al sonido de una campanilla.



¿Cómo puedo estimular a mi bebé a los cuatro meses de edad?

Es muy importante que le contestes cuando tu pequeño balbucea. De esta manera lo animas a seguir el ritmo de una conversación.



Algunos padres no saben cómo hablar a sus hijos y tienden a hacerlo como bebitos. Trata de relajarte y hazlo en forma natural colocando su cara frente a la de él.

Mantenlo bastante tiempo boca abajo mientras juegas con él. Desde esta posición el bebé practicará levantar la cabeza y se impulsará hacia arriba con las manos.



Levántalo de sus brazos para sentarlo. Observa cómo apoya sus pies cuando lo mantienes parado. El bebé se entretendrá jugando con juguetes que se muevan cuando los agite y produzcan algún sonido.

- ✓ ***Recuerda que estos juguetes no deben ser pequeños, deben ser lavables, blandos y sin bordes duros***

¿Que debo esperar cuando mi bebé haya cumplido seis meses de vida?

En esta etapa tu bebé se esfuerza por alcanzar objetos que le interesan y puede agarrar cosas con sus manitas. A esta edad muchos niños ya se sientan con apoyo y hasta pueden voltearse.



A los 6 meses puedes ver como aparece su primer diente. Esto ocurre en la mayoría de los niños.

A los seis meses de vida tu bebé:

- ✓ Se sienta solo o con apoyo.
- ✓ Levanta la parte superior de su cuerpo apoyando sus manos.

- ✓ Se da vueltas; estando a gatas se voltea a su espalda y viceversa.
- ✓ Está listo para comidas sólidas.
- ✓ Vocaliza sonidos como Da-da-da o Ba-ba-ba.
- ✓ Ríe con fuerza.
- ✓ Balbucea con adultos.
- ✓ Sostiene derecha su cabeza cuando lo sientas.
- ✓ Aguanta el peso de su cuerpo si lo paras.
- ✓ Toma objetos.
- ✓ Puede pasar objetos de una mano a otra.
- ✓ Imita algunos sonidos.
- ✓ Voltea al escuchar sonidos.
- ✓ Le interesan los juguetes y los juegos.
- ✓ Puede sentarse por breves momentos usando sus brazos como soporte.

Es importante que consideres que tu bebé podría:

- ✓ Mostrarse ansioso si lo dejas solo o se sentirá molesto si está con gente que no conoce.

- ✓ Ponerse intranquilos si personas extrañas se les acercan repentinamente o los miran a los ojos.



¿Cómo puedo estimular a mi hijo a los seis meses de edad?

Esta es una época en que le encantará interactuar y tratará de imitar tus sonidos y expresiones. Juega con él a las escondidas (a aparecernos y desaparecernos).

A esta edad le atraen los espejos y estos le ayudan a saber sobre el espacio que le rodea. Muéstrale espejos.

¿Que debo esperar cuando mi bebé haya cumplido nueve meses de vida?

La mayoría de los niños a esta edad ya tienen habilidades motrices como arrastrarse, gatear o apoyarse en un mueble.



Si no está jugando con los botones del equipo musical, está sacando los libros del estante. Está probando su independencia y quiere explorarlo todo. Está demostrando su independencia y no se queda quieto ni cuando lo tienes en brazos; le encanta moverse a tu lado y reír.

Aunque cada niño se va desarrollando a su propio ritmo, la mayoría de los pequeños de nueve meses tiene alguna de estas habilidades:

- ✓ Responde cuando lo llamas por su nombre.
- ✓ Entiende algunas palabras como "no" y "adiós".
- ✓ Puede que diga "mamá" o "papá".
- ✓ Se sienta solo y sin apoyo.
Intenta pararse solo.
- ✓ Agarra pequeños objetos con sus dedos o manos.
- ✓ Mueve y tira objetos.
- ✓ Le gustan los juegos interactivos como las escondidas y las manitas.
- ✓ Puede que se despierte de noche y llore.
- ✓ Usualmente tiene su primer diente.
- ✓ Muestra angustia al estar con extraños.

El bebé puede llorar si se va o llega alguien desconocido. Este síndrome de separación o miedos a los extraños es natural. No te preocupes. Esta es una señal de tu fuerte relación con él.

- ✓ La distracción es una buena herramienta para fijar límites. Si se está alterando con lo que esta haciendo, buscar algo entretenido para cambiar su atención.

¿Cómo estímulo a mi bebé de nueve meses?

A esta edad tu hijo está haciendo un gran descubrimiento: aunque no los vea, los objetos están. Antes él pensaba que las cosas dejaban de existir si desaparecían de su vista.

Los juegos de esconder cosas le ayudan a explorar este concepto. Muéstrale un juguete y después escóndelo con un paño. El lo levantará para descubrir el objeto. Una vez que aprenda a encontrar objetos, escóndete tú y haz que te encuentre. Las primeras veces se preocupará. Asegúrese de tomarlo y abrázalo al reaparecer.



¿Que debo esperar cuando mi bebé haya cumplido un año de vida?

Muchos pequeños de un año ya dan sus primeros pasos o están a punto de hacerlo. Algunos hasta dicen sus primeras palabras.



Existe un gran lazo entre aumento de habilidad motriz y su desarrollo emocional. Ahora que puede moverse por su cuenta, él decidirá si quiere estar solo o contigo.

Aunque cada niño se va desarrollando a su propio ritmo, la mayoría de los niños de 12 meses tiene alguna de estas habilidades.

- ✓ Se para tomándose de los muebles y hasta da algunos pasos solo.
- ✓ Agarra bien los objetos.
- ✓ Señala con el dedo índice.
- ✓ Une dos bloques.
- ✓ Tiene un vocabulario de dos o tres palabras aparte de "mamá y papá".
- ✓ Imita vocalizaciones.
- ✓ Bebe de la taza.
- ✓ Busca objetos que se caen o se esconden.
- ✓ Dice adiós con la manita.
- ✓ Puede alimentarse por sí mismo.

¿Cómo estímulo a mi bebé de un año?

Háblale despacio, míralo directamente a la cara y utiliza palabras sencillas.



Juegos como las escondidas y otros que impliquen gesticulaciones ahora serán mucho más divertidos y motivadores.

El se sentirá a gusto con el juego aunque no lo domine completamente. Su imaginación es una gran fuente de interés para él, por lo tanto va a querer aprender mucho inventando juegos.

También está aprendiendo el concepto de almacenar o guardar. Si le das más cosas de las que puede sostener, él tratará de buscar un lugar donde pueda guardarlas.

Prueba dándole dos cosas y luego dale una tercera y verás su reacción. Le gustará tirar los cubos o colocar los objetos uno sobre otro, guardar cosas dentro de una caja y luego vaciarla. Esto le enseña causa y efecto.

