

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2009


Imagen corporal de las adolescentes embarazadas

Cabano, Mariela

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/721>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



TO
Inv. 4071

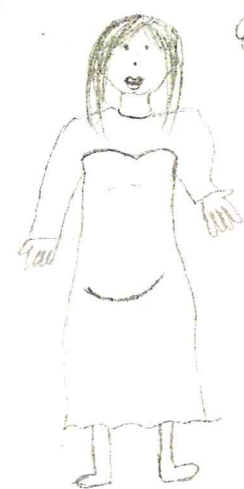
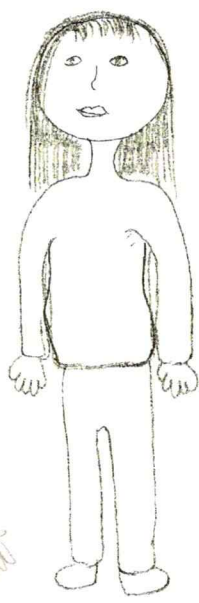
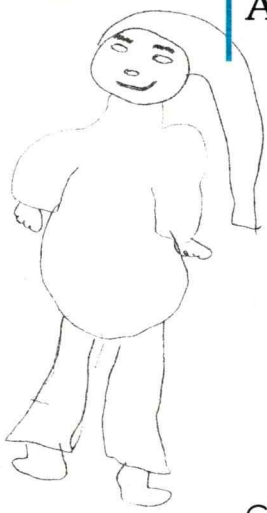
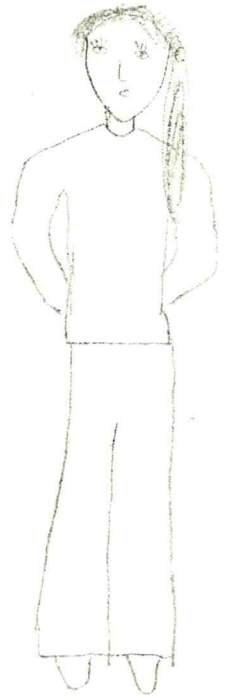
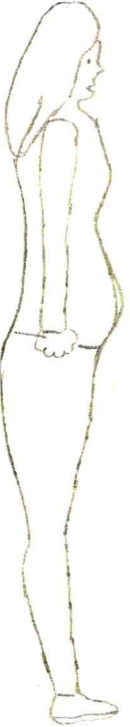


UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL
PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y
SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO
LICENCIATURA EN TERAPIA
OCUPACIONAL

IMAGEN CORPORAL DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS

CABANO-RODIGARI-VILLAR
AÑO 2009



Dedicatoria

A nuestros hijos: Morena, Florencia, Lucía, Lautaro, Tomás, Ornella y Joaquín.
Con quienes compartimos a diario la alegría y el desafío de ser madres.

A nuestros esposos, Claudio, Fernando y Jano, que nos apoyaron y contuvieron durante todos estos años.

A nuestras madres y hermanos, que con su amor nos muestran el mejor camino y alientan incondicionalmente todo proyecto que emprendemos.

A nuestros padres, que seguramente desde el cielo nos aplauden, y aunque ya no están físicamente con nosotras, viven en nuestros corazones y son nuestra guía espiritual.

A todos ellos dedicamos esta tesis.

Asimismo, cada una de nosotras quiere también dedicar este trabajo a sus compañeras de tesis, por la perseverancia, el sacrificio, y el esfuerzo dedicado; como así también el respeto mutuo, la comprensión y sobre la amistad demostrada.

“Lo más importante no es ser primero, si no perdurar en el tiempo.”

| | |
|---------------------------------------|--------------------|
| Biblioteca C.E.C.S. y S.S. | |
| Inventario 4071 | Signatura top / |
| Vol / | () |
| Universidad Nacional de Mar del Plata | |

27 SEP 2012

Agradecimientos

Formular agradecimientos resulta tarea ardua, cuando son tantas las personas que han colaborado, de una forma u otra, para que este trabajo fuera realidad.

A toda la familia (hijos, maridos, abuelos, padres, hermanos, tíos, sobrinos) y amigos queridos, que siempre tendieron una o ambas manos para ayudarnos en lo que necesitáramos.

A las compañeras de nuestros trabajos que nos propulsaron permanentemente a recibirnos.

A todo aquellos que contribuyeron a nuestra formación profesional desde distintos ámbitos y en diferentes momentos de nuestras vidas, facilitándonos sus saberes y experiencias.

En forma muy especial a nuestra Directora, Marisel Donati, quien con su calidez, dedicación y paciencia nos guío durante toda la investigación.

Del mismo modo queremos agradecer a Alejandra Campisi, quien desde su impecable conocimiento realizó valiosísimos aportes y sugerencias para este trabajo.

A la Lic. María Eugenia Veyra y a la Lic. María Graciela Lauría, quienes gentilmente nos brindaron sus conocimientos teóricos.

A los equipos de Salud de los Sub Centros “Libertad” y “Jorge Newbery”, quienes con gran disposición, abrieron sus puertas para realizar esta investigación.

A todas las jóvenes entrevistadas, ya que sin su importante colaboración este trabajo no se hubiera podido realizar.

A quienes directa o indirectamente participaron en este proyecto, o son parte de nuestras vidas. Cada uno desde su posición ha ocupado un lugar preponderante para que pudiéramos cumplir este sueño.

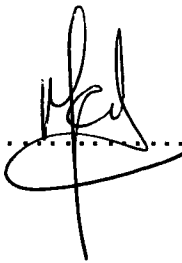
Muchísimas Gracias!!!

Araceli, Mariela y Sandra

DIRECTORA:

Lic. en Terapia Ocupacional

Donati Marisel



.....

ASESORA METODOLÓGICA:

Lic. en Terapia Ocupacional

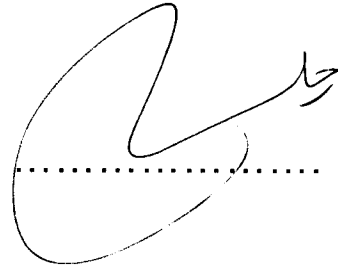
Campisi Alejandra



.....

FIRMA DE LAS TESISISTAS

Cabano Mariela

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'C' followed by a flourish that extends to the right and then loops back down. The signature is positioned above a horizontal dotted line.

Rodigari Sandra

A handwritten signature in black ink, featuring a cursive 'S' followed by a horizontal line that ends in a small upward tick. The signature is positioned above a horizontal dotted line.

Villar Araceli

A handwritten signature in black ink, appearing as a cursive 'A' followed by a horizontal line that ends in a small upward tick. The signature is positioned above a horizontal dotted line.

Tabla de contenido

| | |
|---|-----|
| Dedicatoria..... | 1 |
| Agradecimientos | 2 |
| Introducción | 7 |
| Diagnóstico de situación..... | 12 |
| Sub-Centro de Salud - Barrio Libertad | 13 |
| Sub-Centro de Salud - Barrio Jorge Newbery..... | 17 |
| Estado actual de la cuestión..... | 20 |
| Tema y Objetivos | 34 |
| Tema | 35 |
| Problema..... | 35 |
| Objetivo General | 35 |
| Objetivos Específicos..... | 35 |
| Marco teórico | 36 |
| Atención Primaria de Salud..... | 37 |
| Adolescencia | 50 |
| Imagen corporal..... | 89 |
| Aspectos metodológicos | 111 |
| Diseño y tipo de estudio | 112 |
| Población | 112 |
| Muestra..... | 112 |
| Criterios de selección de la muestra | 112 |
| Método de selección de la muestra | 113 |
| Definición científica..... | 113 |
| Dimensión de la variable | 113 |
| Técnicas de recolección de datos | 115 |
| Metodología de la toma de las técnicas | 115 |
| Análisis de los datos..... | 117 |
| Conclusión..... | 127 |
| Bibliografía general | 132 |

| | |
|---|-----|
| Listado de páginas de Internet consultadas..... | 139 |
| Anexo I - Guía de entrevista | 142 |
| Anexo II - Dibujo Figura Humana..... | 147 |

INTRODUCCIÓN

Durante la instancia de Práctica Clínica realizada por una de las tesisistas en el Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia (IREMI), se llevó a cabo un trabajo final de la materia que tenía como objetivo investigar “la incidencia de factores físicos socio ambientales y socio afectivos en la construcción de la imagen corporal de adolescentes embarazadas”.

En dicha investigación se arribó a las siguientes conclusiones:

- Las adolescentes embarazadas presentaron dificultades para percibir cambios físicos y anímicos propios del estadio adolescente, sin embargo aquellos que son característicos del embarazo tuvieron mayor registro.
- Se observó en las adolescentes estudiadas falta de planificación familiar. También se registró en la mayoría un embarazo no deseado.
- Manifestaron rechazo por los cambios corporales propios del embarazo y necesidad de ocultar los mismos.

Cabe aclarar que la población estudiada fue de 10 adolescentes embarazadas, que concurrían a los controles mensuales correspondientes y cuyas edades estaban comprendidas entre 14 y 18 años. En dicho trabajo se concluye que los factores físicos, socio ambientales y socio afectivos, podrían tener relación con la construcción de la imagen corporal.

La maternidad adolescente no es un fenómeno reciente, si lo es la creciente proporción de adolescentes embarazadas, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

A partir del año 2003, se registró un aumento de la tasa de fertilidad adolescente, ese índice en la Argentina es de 64 cada mil. Según las estadísticas arrojadas por el Ministerio de Salud, en el año 2005 nacieron en todo el país, 104.410 bebés de madres de 15 a 19 años de edad y 2.699 bebés de jóvenes menores de 15 años.

A la fecha, no se conocen investigaciones que respondan el porqué se quebró la tendencia descendente de la tasa de fecundidad que se observaba en el país desde 1.980.

Asimismo el rastreo bibliográfico demostró escasos trabajos respecto a los procesos que se suscitan durante el embarazo adolescente, como por ejemplo la reconstrucción de la imagen corporal.

El adolescente es un ser en crisis, crisis en sentido de cambio. Estos cambios que se producen en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales son paulatinos y demandan al adolescente un estado de acomodación a una situación nueva.

El cuerpo asume una nueva significación, donde se crece por todas partes, se siente extraño, se impone la necesidad de reconstruir la imagen corporal.

Esta imagen es la representación que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, ligada a nuestra historia y a las experiencias presentes, reales e imaginarias; cuya construcción es dinámica y constante.

Podemos pensar que dicha imagen se transforma (duelo por el cuerpo y la identidad) y el adolescente internalizará su cuerpo con sus modificaciones y su nueva funcionalidad.

En el caso de la adolescente embarazada sucede una situación doblemente crítica, debido a que su cuerpo no sólo sufre cambios propios de la adolescencia, sino también del embarazo.

A todo esto se le suma la crisis de identidad propia de su edad, donde deja de ser una niña para "asumir" abruptamente responsabilidades de adultos (la función materna).

A partir de lo planteado precedentemente, nos surgió el interés de investigar respecto a la percepción de los cambios corporales y anímicos propios del embarazo en las adolescentes.

Este trabajo se realizó en los Sub-Centros de Salud de los barrios Jorge Newbery y Libertad, debido a que en dichos centros el número de embarazos adolescentes resulta significativo para nuestra investigación. La población objeto de estudio fueron: las jóvenes embarazadas cuyas edades oscilan entre los 14 y 17 años, cursando el segundo trimestre de embarazo; ya que en este período se evidencian los cambios más significativos de su cuerpo.

Se intentó propiciar desde T.O. un espacio de intercambio que nos permita comprender y decodificar lo que le sucede al adolescente embarazada a través de la expresión verbal, gestual y gráfica, utilizando como instrumentos de recolección, entrevistas semi-estructuradas, observación directa y dibujo de la figura humana.

A través de esta investigación se intentó lograr un mayor acercamiento a esta problemática socio-sanitaria que le permitirá a la Terapia Ocupacional, como disciplina que integra el equipo de salud, promover el medio ambiente facilitador de procesos de identificación de cambios corporales, anímicos y de roles sociales en las adolescentes embarazadas. Reconocer sus miedos e inseguridades, escuchar sus inquietudes, detectar sus propios recursos, desarrollar sus capacidades y potencialidades acompañando así este proceso de cambio.

Según el Dr. Jean Pierre Deschamps, “la adolescencia es una edad ambigua, un período paradójico. Paradoja la de poder alumbrar y tener que educar tempranamente a un niño, cuando no se tiene aún el reconocimiento de la capacidad para ejercer una función social. Paradoja la de satisfacer la necesidad de dependencia que experimenta el niño concebido, sin haber adquirido la propia independencia. Paradoja la de tener que ser adulta siendo todavía niña... la de ser adolescente,

simplemente, pero en una situación bastante más difícil que la de la mayoría de las adolescentes. Paradoja en fin, la ser madres antes de ser mujer”¹

¹ Deschamps, Jean-Pierre “Embarazo y maternidad en la adolescente”. Ed. Herder. Barcelona (1979)

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Sub-Centro de Salud - Barrio Libertad

Calle Leguizamón 552

El Sub-Centro de Salud del barrio Libertad pertenece a la Secretaría de Salud de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. El área programática de este Sub-Centro comprende parte del barrio Florentino Ameghino y Jorge Newbery, barrio Virgen de Luján, Los Tilos, Etchepare y Libertad.

El barrio Libertad se encuentra emplazado en una zona suburbana, al que se accede por calles de tierra y algunas asfaltadas, a través de las líneas de colectivos de regular frecuencia N° 522, 531 y 532.

Dentro del barrio se encuentran las siguientes instituciones: Sociedad de Fomento (con la cual se está retomando el trabajo en conjunto, el cual estuvo temporalmente suspendido), Escuelas Municipales N°9, N°72 y N°66, Escuela Provincial N°34, Jardín de Infantes N°5, N°942 y N°30, Iglesia Medalla Milagrosa, Centro de Jubilados y Pensionados Libertad (con servicio de comedor diario).

Según lo informado por profesionales del Sub-Centro que integran el equipo interdisciplinario, en la actualidad la población del barrio se compone de 25.000 habitantes aproximadamente, de los cuales 8.500 concurren a la unidad sanitaria (34% de los habitantes). Dichos datos se fundamentan en registros institucionales.

En cuanto al aspecto habitacional, las casas son de construcción económica, la mayoría de material con paredes sin revoque ni terminaciones. La superficie de las viviendas es reducida en metros, lo que ocasiona en circunstancias, factores de hacinamiento si tenemos en cuenta la constitución numerosa de algunos grupos familiares.

La infraestructura de servicios es incompleta ya que carecen de red cloacal, agua corriente y gas natural. La energía eléctrica la reciben por medio de medidores sociales (beneficio que otorga E.D.E.A. a familias de escasos recursos con una tarifa

mínima y fija). No obstante, esto no ha generado la erradicación de las conexiones clandestinas, lo cual es observable a través de un reconocimiento en terreno.

Las actividades laborales que desarrollan las familias son sin calificación ni estabilidad y con una retribución monetaria mínima (servicio doméstico por hora, changarines en la construcción, “cirujeo”, operarios en plantas de procesamiento de pescado).

Además de lo obtenido a través de la actividad laboral, los ingresos de algunas familias se encuentran incrementados con la percepción de planes de Inclusión Social (como plan Jefes y Jefas de Familia), P.N.C. (Pensiones no Contributivas) otorgadas por Invalidez, Vejez o Madres de Siete Hijos; siendo en muchas situaciones, la única entrada económica.

De acuerdo a la relación económica entre indicadores de ingresos-egresos, se puede inferir que prevalece la insatisfacción de necesidades básicas, quedando la población a nivel de subsistencia.

La composición de los grupos familiares permite describir: grupos convivientes extensos, con inclusión intergeneracional de diversas líneas de parentesco (tíos, abuelos, sobrinos, etc.).

Agrupamientos uniparentales, responsabilizando en un sólo jefe de familia la organización y manutención de su descendencia.

Según registros basados en denuncias verbales y contactos cotidianos con los pobladores del barrio, se ponen de manifiesto problemáticas de violencia familiar, algunas de estas judicializadas. Asimismo prevalecen conductas antisociales como violencia en la vía pública y consumo de sustancias psicoactivas.

Respecto al nivel educacional, los profesionales del equipo de salud describen un alto registro de analfabetismo. Bajo nivel de educación formal, lo que arroja

estudios primarios incompletos y en menor grado, escolaridad completa. En forma excepcional han culminado ciclo secundario.

Se ha podido detectar un alto índice de embarazos en adolescentes. De los 40 embarazos que se atienden por semana, aproximadamente el 50% son de adolescentes entre 13 y 17 años. Estas llegan al Sub-Centro alrededor del 4º mes de gestación y no se realizan todos los controles solicitados por el profesional, a no ser que surja una problemática muy visible y urgente. Podría decirse que la conducta reticente al control médico es una constante en la población del barrio.

Debido a la falta de concurrencia de las adolescentes embarazadas a los controles y charlas en el subcentro, se implementó una estrategia de abordaje, donde los profesionales brindaban charlas informativas en los domicilios de algunas líderes barriales (manzaneras), que funcionaban como espacios comunitarios de alto grado de convocatoria para estas jóvenes. Dicha actividad debió ser suspendida al no poder cubrir simultáneamente la demanda en la unidad sanitaria.

El subcentro cuenta con los siguientes profesionales: 5 enfermeras, 2 médicos clínicos, 4 Pediatras, 2 Asistentes Sociales, 2 Odontólogos (de los cuales uno se dedica a atender embarazadas y niños), 1 Traumatólogo, 1 Alergista, 2 Ginecólogas (de las cuales una es Obstetra), 1 Médico Generalista. En el área de Salud Mental se desempeñan los siguientes profesionales: 1 Terapista Ocupacional, 1 Psiquiatra, 1 Fonaudióloga, 2 Psicólogas, 1 Asistente Social y 1 Psicopedagoga. Además cuenta con 2 Profesores de Educación Física y 2 Administrativos.

El horario de atención es de lunes a viernes de 7 a 18 hs. Funciona asimismo una guardia para los días sábados y domingos en barrio Jorge Newbery.

Los programas que se llevan a cabo son “Control de Hipertensión”, “Control del Niño Sano”, “Salud Reproductiva”, “Pre-parto”, “Plan Alimentario”, “Plan Hábitat” y “Pro-huerta”.

En el área cultura se desarrollan los siguientes talleres: guitarra para adolescentes, telar mapuche y pintura sobre tela.

Sub-Centro de Salud - Barrio Jorge Newbery

Calle Moreno 9375

El área programática del Sub-centro de salud Jorge Newbery comprende una extensión de 420 manzanas aproximadamente, abarcando los barrios Jorge Newbery, parte de Coronel Dorrego, Belisario Roldán y Las Lilas.

La unidad sanitaria junto a la plaza y el Jardín Municipal N°2 (DIEGEP N°1360), constituyen el centro geográfico del barrio. Al mismo se accede a través de las líneas de colectivo que N°521/511/512/561/562.

La cantidad de habitantes del barrio, ha registrado en estos últimos años un considerable aumento, producto de la afluencia migratoria de otros barrios de la ciudad, provincias del interior y países limítrofes.

Hasta hace algunos años la población del barrio era clasificada en una estratificación social de clase media, pero a partir de las sucesivas crisis económicas, el nivel socio-económico de los habitantes se vio afectado desfavorablemente. Actualmente, las actividades laborales involucran tareas como: operarios de fábricas pesqueras, changarines, servicio doméstico y personal gastronómico, lo cual podría estar asociado al bajo nivel educacional.

Complementa la fuente de obtención de ingresos, la percepción de planes de Inclusión Social como por ejemplo: Jefes y Jefas de Familia, P.N.C. (Pensiones no Contributivas) otorgadas por Invalidez, Vejez o Madres de Siete Hijos. Esto beneficia a un grupo social de mayor desprotección, ya que posibilita (en el caso de las P.N.C.) acceder a cobertura médica y los convierte en protagonistas de cierto manejo económico, aún donde la suma obtenida no implique gran representatividad.

Se observa que las viviendas cercanas a la unidad sanitaria son cómodas en relación al núcleo ocupante, construidas con materiales de mediana calidad y con

buenas terminaciones. A medida que nos alejamos de estas manzanas, las condiciones habitacionales desmejoran en lo atinente a su confort.

La infraestructura de servicios se describe de la siguiente forma: el 2,33% de la población dispone de agua corriente, el 68,75% accede al agua por medio de una bomba a motor en tanto que un 24,37% cuenta con bomba manual (INDEC, 1991).

Respecto a la red pública cloacal, el 63,56% de la población posee cámara séptica y pozo ciego, el 19,44% solamente pozo ciego y sólo el 0,65% es usuario de red pública (INDEC, 1991).

Cabe mencionar que la zona descripta presenta un potencial riesgo de contaminación ambiental, producto del desborde del arroyo "El Cardalito".

Mayoritariamente los pobladores utilizan telefonía celular, ya que la constante movilidad que desarrollan por razones de cambio de vivienda, no posibilita sostener una línea fija.

Las instituciones con las que cuenta el barrio son: Sociedad de Fomento, Biblioteca, Sub-Centro de Salud, C.D.I. (Centro de Desarrollo Infantil), Centro de Jubilados y Pensionados con comedor comunitario, establecimientos educativos.

Si bien no existen datos fehacientes, el equipo de salud informa que la población adolescente es de aproximadamente 2300 jóvenes y que se detectan en ella patologías socio-sanitarias como: deserción escolar, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, inhalantes, pasta base, etc.), violencia en vía pública (algunas de estas situaciones con causas judiciales), embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, inadecuado sostén familiar, etc.

El Sub-centro cuenta con los siguientes profesionales: 3 Médicos Pediatras, 2 Médicos Generalistas, 1 Ginecóloga, 1 Obstetra 4 Enfermeras, 3 Asistentes Sociales, 1 Traumatólogo c/15 días. En el sector de Salud Mental: 1 Terapeuta Ocupacional, 4 Psicólogos, 1 Fonoaudióloga, 1 Psicopedagoga.

Nutricionista y Odontólogo concurren 2 veces por semana.

Área Administrativa: 1 administrativo y 1 auxiliar.

Los programas que se llevan a cabo en el Sub-centro son: "Control del Niño Sano", "Control de Embarazo", "Prevención de Diabetes e Hipertensión".

En cuanto a los resultados de la aplicación de la programación antedicha, no se ha obtenido más información dado que no se ha realizado sistematización de los datos.

El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a 18:00 hs, funcionando una guardia para los días sábados y domingos.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica, recurriendo a diferentes bases de datos y publicaciones, con el fin de obtener información concerniente a recientes investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la temática de nuestra investigación.

Esta búsqueda nos permitió dilucidar que la temática “Maternidad adolescente” ha sido abordada desde diferentes perspectivas, y en la especificidad de cada una de estas investigaciones no encontramos relación directa con los objetivos que nos hemos planteado en esta investigación. Entre las investigaciones realizadas en el exterior, en Brasil, Menezes Ida Helena Carvalho Francescantonio y Domínguez María Herminia Márquez da Silva, realizaron una investigación sobre los principales cambios corporales percibidos por las jóvenes adolescentes embarazadas atendidas en los Servicios Públicos de Salud de la ciudad de Goiania, en el período comprendido entre los años 1996 y 1997.

El propósito del estudio fue discutir los cambios corporales percibidos por jóvenes embarazadas adolescentes y su opinión en relación a estos.

La recolección de los datos fue a través de entrevistas y cuestionarios aplicados a un total de 132 jóvenes adolescentes embarazadas, en tres Instituciones Públicas de la localidad de Goiania.

También se investigó qué tipo de contención familiar recibían estas jóvenes y qué actitud adoptaron frente al aumento de peso.

Las jóvenes embarazadas tenían un promedio de 16 años de edad, el 64% de ellas eran casadas y el 78% no estudiaban.

Los datos obtenidos respecto al apoyo y contención de la familia hacia la embarazada, fueron positivos.

El principal cambio corporal percibido por la mayoría de las jóvenes fue el crecimiento de los pechos y abdomen como así también el aumento de peso.

El cambio más deseable fue el crecimiento del vientre y el menos deseable el aumento del tamaño de los pechos.

Las autoras concluyeron el trabajo con una propuesta basada en la existencia de personal especializado en los Centros de Salud que realicen tareas de cuidados prenatales llevadas a cabo en interacción con las jóvenes adolescentes embarazadas y su entorno, como así también asistencia a las jóvenes en relación a la percepción que estas tienen respecto a sus cambios corporales propios del embarazo.²

En el Instituto Nacional de Mujeres de Costa Rica se está implementando un programa denominado “Construyendo Oportunidades”, para adolescentes embarazadas cuyo principal objetivo es el replanteamiento de las identidades y proyectos de vida de dichas jóvenes.

En la década de los noventa se dio un aumento significativo de embarazos en mujeres menores de 20 años, pasando del 16% del total de nacimientos en 1990 al 21,3% en el año 2000. Esta situación planteó preocupaciones para las instituciones estatales, no por el embarazo propiamente, sino por las condiciones en que éstos se estaban generando, especialmente la falta de información, el inadecuado manejo de la sexualidad adolescente, la falta de apoyo familiar, la ausencia del padre, la asignación exclusiva de la responsabilidad del embarazo a la mujer, la no asistencia a servicios de salud y en general, las limitadas oportunidades de las mujeres adolescentes.

Bajo este contexto, se creó en 1998 el Programa “Construyendo Oportunidades” que comprende acciones en el campo de la atención integral a las adolescentes embarazadas y madres, principalmente aquellas que no cuentan con las condiciones y recursos para afrontar una maternidad a temprana edad. Su propósito

² Trabajo publicado en la Revista de Nutrición. Brazil. Volúmen 17 N° 2. Abril-Junio 2004. Pág. 185 a 194.

es crear oportunidades para el fortalecimiento personal y social, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las niñas y adolescentes.

“Construyendo Oportunidades” es un programa interinstitucional e intersectorial, cuyo fundamento legal se basa en la Ley de Protección a la Madre Adolescente y en el Código de la Niñez y la Adolescencia, instrumentos que establecen responsabilidades a las instituciones gubernamentales para atender a esta población.

El abordaje que desde el Programa se hace del embarazo y la maternidad en la adolescencia, es de no culpabilización y estigmatización. Se parte de que el embarazo en la adolescencia se produce por condiciones sociales, culturales, educativas y económicas, en las que el género juega un papel muy importante. A las mujeres se les educa desde niñas para que su único proyecto de vida sea la maternidad. Por esto, los enfoques de género, derechos humanos y generacionales, son los ejes transversales que conducen todas las acciones impulsadas o coordinadas desde el Programa.

El modelo en el cual se sustenta el Programa “Construyendo Oportunidades” ha demostrado ser una alternativa novedosa que promueve la igualdad de oportunidades para un sector de la población que enfrenta una fuerte discriminación y estigmatización por ser mujeres adolescentes, pobres y madres.³

En Colombia, en el año 2000, se realizó un estudio cuya autora es Isabel Troncoso, referido al embarazo en la adolescencia.

Para llevar a cabo dicho trabajo se pretendía la realización de grupos focales con jóvenes embarazadas del barrio “El Poblado” del Distrito de Aguablanca. Pero debido a la falta de compromiso por parte de las jóvenes no fue posible pasar de una

³ INAMU Programa Construyendo Oportunidades. Costa Rica. “Adolescencia y Juventud”. www.inamu.go.cr/content/view.

primera reunión informativa. Debido a este motivo se dio cierre a la investigación sin haber podido lograr ahondar en algo más que una vaga conceptualización teórica.

Se plantea entonces el siguiente problema de investigación: ¿desde la percepción de aproximadamente 10 jóvenes embarazadas entre los 14 y 18 años del Distrito de Aguablanca, cuáles son los factores sociales que influyeron en la aparición de sus embarazos?

Según encuestas realizadas por Pro-familia, cerca de 3.500.000 de las colombianas son jóvenes entre los 15 y 19 años y aproximadamente la mitad de ellos ya han iniciado su vida sexual y un 12.8% de estos la maternidad.

Resultados de un estudio efectuado con usuarias adolescentes de pruebas de embarazo realizadas en el Centro de Salud de Pro-familia de Bogotá, demuestran que la mayoría de estas jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo y que casi el 85% de las chicas que resultaron embarazadas no deseaban esta condición.

Esta iniciación cada vez más temprana en los jóvenes de su vida sexual es debido a una maduración sexual temprana, la constante exposición a estímulos eróticos y la concepción errónea que se tiene de la sexualidad. A esto hay que sumarle el bajo nivel de comunicación entre padres e hijos acerca de temas sexuales como lo demuestra una investigación realizada con jóvenes de la ciudad de Cali donde se hace explícito el poco diálogo con los padres sobre temas sexuales, en especial con el papá y en cambio una preferencia para hablar más con los "amigos y amigas" sobre temas sexuales. Esto puede deberse a que los adolescentes se sienten rechazados, juzgados y poco comprendidos respecto a su expresión sexual.⁴

⁴ Troncoso, Isabel. "Embarazo en adolescentes". Colombia. www.monografias.com.

En el año 2001 en la ciudad de Jalisco, México el 14.9 % de los nacimientos registrados fueron de mujeres menores de 20 años de edad, y de estas, sólo el 17,1% son económicamente activas.

Se realizó un estudio a fin de descubrir qué porcentaje de mujeres cursan un embarazo adolescente y acuden al Distrito Federal, para posteriormente ver la forma en que se les puede ayudar. Se plantearon varios interrogantes, entre ellos:

¿Cuál es la edad con mayor prevalencia de las mujeres embarazadas entre 15 - 20 años de bajos recursos canalizadas a través del departamento de servicio social del DIF en ciudad de Guzmán Jalisco?

¿Qué factores determinan un embarazo en las mujeres de 15 - 20 años de edad de bajos recursos canalizadas a través del departamento de servicio social del DIF en CD. Guzmán Jalisco?

El Objetivo General de este estudio fue conocer la incidencia de adolescentes embarazadas entre 15 y 20 años de bajos recursos en ciudad Guzmán Jalisco. Para contribuir a promover una disminución de embarazos a través de acciones de prevención, promoción, y la participación activa de la comunidad.

Como hipótesis surgió, que el aspecto socioeconómico bajo se relaciona con los embarazos en adolescentes entre 15 y 20 años.

Se realizó un estudio correlacional, observacional, en donde el Universo de estudio fueron mujeres embarazadas entre 15 y 20 años de edad de bajos recursos canalizados a través del departamento de servicio social del DIF en Ciudad Guzmán Jalisco, entre los años 2002 y 2003.

Se realizó una encuesta que incluyó probables factores que podrían haber determinado el embarazo.

De los resultados obtenidos se llegó a la conclusión de que el embarazo en mujeres adolescentes entre 15 y 20 años de edad de bajos recursos tiene una

prevalencia elevada, por lo que es de gran interés social el hecho de iniciar la educación sexual a temprana edad, desde quinto de primaria con el fin de que los alumnos tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad.

Asimismo se demostró el hecho de que las mujeres de bajo nivel socioeconómico tienen una pobre o nula información acerca de la planificación familiar. Como así también la gran mayoría de las mujeres encuestadas presentaban baja autoestima.⁵

En Mayo del año 2001 en la ciudad de San Luis, se realizó un proyecto de investigación “Significaciones Inconscientes del Embarazo en Adolescente en Estado de Gravidéz”, en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Sus autoras son Raquel J. Herrera, Juanita Amaya Charras y Elizabeth Blanda.

Dicha investigación se llevó a cabo con una muestra no probabilística accidental que incluía adolescentes embarazadas próximas a dar a luz y cuyas edades no superaran los 20 años. El objetivo del mismo fue analizar como estas adolescentes embarazadas se percibían, como se mostraban en relación a su identidad frente a su actual situación de embarazo y cuál era su fantasía respecto a la perspectiva futura. Tales cuestionamientos permitieron realizar inferencias respecto a la relación diádica de la joven adolescente con su hijo. Para ello se utilizaron los protocolos de Rorschach.

Las autoras concluyeron que en general las adolescentes presentaron dificultades en el logro de su identidad. La situación de embarazo intensificó las ansiedades, dificultando la integración como condición indispensable para un sólido sentimiento de identidad.

⁵ Distrito Federal México. www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.shtml.

En los casos analizados se encontró que esta función de continente o Reverie (capacidad para hacerse cargo de la intensa angustia de muerte del niño) en las adolescentes con sus propias madres ha sido deficitaria lo que le ha impedido al yo reorganizarse y estabilizarse adecuadamente en relación a los procesos identificadorios necesarios para el logro de la identidad. Se infiere por lo tanto, que el vínculo con el bebé tendría connotaciones semejantes. Asimismo resaltan la importancia del medio externo: familia, pareja, profesionales de la salud, como facilitadores de la optimización del vínculo madre-hijo.⁶

A nivel local, se realizó una tesis de final de grado de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Sus autoras Myriam Melnechuk y Gladys Panettiere se plantearon como objetivo, establecer si existe relación entre la intervención desde Terapia Ocupacional y el grado de satisfacción corporal en los adolescentes escolarizados que concurrían al Instituto Carlos Tejedor a 8° año en el año 2001.

Para la recolección de los datos se utilizó un test denominado TIC (Test de Imagen Corporal) que permite medir el grado de satisfacción con el cuerpo. El mismo fue creado por el Dr. Cooper, profesor de programas de investigación de la Universidad de Dallas y validado en 1986 por los doctores Zukerfeld, Giannone y Cormillot. El total de alumnos a los que se les aplicó el test fueron 53, distribuidos en dos grupos 8°A y 8°B.

Los hallazgos más importantes obtenidos según las autoras fueron, que la población femenina presentó una variación mayor que la población masculina en el grado de satisfacción corporal.

⁶ Herrera, R.; Charras, J. y Blanda, E. "Identidad y embarazo adolescente". Universidad Nacional de San Luis (2001)

No se observaron modificaciones significativas en el grupo perteneciente al 8°B, al que sólo se le aplicó el test y retest. Por el contrario en grupo 8°A se evidenciaron modificaciones luego de un mes de intervención.

El tamaño de la muestra y el tiempo de intervención permitieron establecer sólo “tendencias”, considerando que la intervención desde T.O. facilitó modificaciones en el grado de satisfacción corporal de los adolescentes.⁷

En el “Encuentro Hispano Parlante de Migración e Inserción Social”, organizado por APICE, los días 23 y 24 de Febrero del año 2001, las expositoras Crespo, S y Donati, M., realizaron una presentación titulada “Barreras Subjetivas para la Inserción Social”. La investigación realizada tenía como objetivo analizar los efectos que provoca la maternidad precoz en la vida de la madre y en la de su hijo.

La hipótesis de trabajo hacía referencia a que el contexto socio-económico y cultural produce, en las madres adolescentes detención del pasaje de la niñez a la adultez, y en el hijo dificultades en el desarrollo.

La muestra fue tomada en un Sub-Centro de Atención Primaria de Salud, ubicado en la periferia de la ciudad al que concurren anualmente un considerable número de adolescentes embarazadas.

La población de estudio presentaba características de riesgo socio-ambiental, cuyo nivel socioeconómico y cultural era bajo, no llegando a cubrir en la mayoría de los casos las necesidades básicas de subsistencia.

Los factores de riesgo detectados fueron: alto índice de madres adolescentes, consumo de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol), violencia, hacinamiento, hipo estimulación y desnutrición.

⁷ Melnechuk, Myrian y Panettiere, Gladys. “El grado de satisfacción corporal en adolescentes desde T.O.” Tesis de grado en Lic. en T.O. Universidad Nacional de Mar del Plata. Julio (2001).

La recolección de datos se realizó en el Sub-Centro y se entrevistaron madres cuyas edades no superaran los 19 años, como así también se evaluaron a los hijos no mayores de 2 años

Se comprobó que un alto porcentaje de niños evaluados (50%), presentaron retraso madurativo, variable en intensidad y uniforme en todas las áreas del desarrollo.

Pudo constatar que la totalidad de las madres adolescentes tenían información sobre métodos anticonceptivos, pero no los usaban, argumentando varias de ellas que buscaron el embarazo por diferentes razones.

La mayoría de las madres adolescentes (75%), convivían con sus parejas, o estaban en vías de hacerlo. Sólo algunas (6%), se habían independizado económica y habitacionalmente de sus familias de origen, relegando la responsabilidad del sustento económico a la familia de origen o al padre de sus hijos, que en pocos casos lo pueden concretar (16%).

A partir del estudio realizado, las autoras plantean que estas adolescentes no han adquirido otras identificaciones adicionales, no trabajan, no estudian, transcurren su vida dentro del ámbito familiar. El anuncio del embarazo no produce mayores resistencias, ocurriendo en edad semejante a la sus madres.

Pareciera ser que estas adolescentes no han encontrado su lugar en el nuevo medio, producto de la migración. Se han potenciado las identificaciones parentales, quizás constituyéndose en barreras subjetivas para su integración al nuevo medio social.⁸

Según un estudio realizado en la Argentina en el año 2004, entre el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y el Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires, bajo el financiamiento del programa de

⁸ Crespo, Donati, “Barreras subjetivas para la inserción social”, www.Apicepublicaciones.org.ar/publicaciones.

las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), existe una tendencia a dejar los preservativos cuando las relaciones se vuelven duraderas: sólo el 23% de los entrevistados dijo que usa preservativo todas las veces que mantienen relaciones con sus parejas, mientras que ese porcentaje se incrementa considerablemente (60 %) en el caso de las relaciones ocasionales.

Se entrevistaron personas entre 15 y 54 años durante, resultando que son los más jóvenes los que más recurren al preservativo y que su uso decae a medida que aumenta la edad.⁹

La socióloga Marcela Aszkenazi, especialista en Estudios de Género e integrante del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas, en el año 2005, recibiendo una beca del Ministerio de Salud realizó consejería en una escuela técnica del barrio Fuerte Apache, partido de Tres de Febrero, donde concurrió una vez por semana. Las charlas con alumnos se orientaron con las inquietudes del grupo. Aszkenazi llegó a ese proyecto luego de indagar entre medio millar de adolescentes de 12 a 19 años del partido de Tres de Febrero, de la ciudad de Buenos Aires y Rosario, sobre los conocimientos, las creencias y prácticas respecto de su salud sexual y reproductiva.

Entre los hallazgos más significativos del estudio, financiado por la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), se destacan los siguientes:

El nivel de conocimiento acerca del aparato reproductor es relativamente bajo en todos los entrevistados, aunque los que menos saben resultaron ser los de Rosario. Del mismo modo, fueron los rosarinos los que demostraron menor información sobre las enfermedades de transmisión sexual.

⁹ García Teran, M. “Los adolescentes y el sexo”.
www.centrados.com.ar/articulos/rivadero.nacionadollescencia.htm-10k-

Una gran mayoría se cuidó en su primera relación sexual y casi todos con preservativos.

Pero alrededor del 30% de todos los jóvenes cree que una mujer no puede quedar embarazada en su primera relación sexual.

Si bien más del 70% de los jóvenes cree que debe usar preservativos aunque la pareja sea conocida (compañeros de escuela, amigos) ,y tome pastillas anticonceptivas, muchos respondieron que depende de cuánto hace que se conocen.

La mayoría había recibido en la escuela información sobre salud sexual y reproductiva, y métodos anticonceptivos. En general habían sido clases dictadas por el profesor o la profesora de biología o una charla dada por un laboratorio y en este último caso, dirigida particularmente a las mujeres.¹⁰

Se ha publicado en julio de 2005, un estudio realizado por el Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas y la Fundación Universitaria para la Adolescencia y Juventud (FUNAJ) el cual pone en evidencia el escaso cuidado que tienen los jóvenes a la hora de tener relaciones sexuales.

Según ese trabajo, sólo el 15% de los varones y el 27% de las mujeres de entre 14 y 25 años que fueron consultados dijeron que utilizaron métodos anticonceptivos.¹¹

En diciembre del año 2005, presentaron su tesis de grado las alumnas Cardoso, Mariángeles y Cévoli, Lidia Paola en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo de dicha investigación fue describir la relación vincular de las madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses de edad que concurrieron al Instituto

¹⁰ Carbahal, M. "Embarazo Adolescente en la Argentina". www.página12.com.ar/diario/elpais/1-89636-2007-08-13.html.

¹¹ Idem 8.

Rómulo Echeverri de Maternidad e Infancia (IREMI) y al Sub-centro de Salud N° 12 Barrio General Belgrano, en la ciudad de Mar del Plata.

La muestra con la que se realizó dicha investigación estuvo compuesta por 29 díadas de madres adolescentes de 13 a 19 años y sus hijos de 0 a 6 meses de edad que concurren al programa “Control del Niño Sano”, durante el período Mayo-Septiembre del año 2005.

Las autoras concluyeron que en ambas poblaciones, la maternidad precoz es vivida como un hecho natural, donde el embarazo existe en general como un proyecto conciente, planificado, sin representar para estas madres un fracaso para cumplir con las etapas de su proceso adolescente.

Las madres adolescentes evaluadas tienen una forma particular de vincularse con sus hijos, lo cual se ve representado por el alto porcentaje de vínculo regular que caracterizó a las díadas, pudiendo estar esto relacionado con la dificultad de estas madres adolescentes para decodificar y actuar en función de las necesidades de sus hijos. Para comprender esto debe tenerse en cuenta la trama inconsciente que se genera en relación a la joven adolescente con su hijo, ya que esta maternidad se presenta en un momento de plena construcción de su identidad, a la que debe sumar el aprendizaje de la función materna.

En ambas poblaciones, se registró que un alto porcentaje de los niños evaluados presentaron un retraso en el desarrollo psicomotor, siendo las áreas de motricidad fina y gruesa las más afectadas.

Las autoras consideraron necesario comprender, conocer e identificar las características del contexto sociocultural y económico en el cual se hallan inmersos, para poder plantear posibles soluciones a las problemáticas que se presentan.

Asimismo, consideran que su función como futuras Terapistas Ocupacionales dentro del equipo interdisciplinario, desde un abordaje de atención primaria de salud,

en esta población materno infantil, debe centrarse en acompañar a estas madres, proporcionándoles información y un medio adecuado que las provea de elementos necesarios para detectar sus propios recursos, desarrollar capacidades y aptitudes maternas, reconociendo sus potencialidades, ya que esto constituye a su entender el pilar que favorecerá la adecuada relación vincular entre las madres y sus hijos.¹²

Considerando las investigaciones y trabajos antes expuestos, se puede observar que los ejes temáticos desarrollados giran en torno, a las relaciones sexuales adolescentes y sus medios de anticoncepción. Respecto al embarazo adolescente, se han realizado varias investigaciones referidas a los probables factores que podrían haber determinado el estado de embarazo. Otro tema desarrollado es la descripción de la relación vincular entre madre e hijo y sus consecuencias en el desarrollo del niño.

Como conclusión podemos decir que la información existente sobre lo que le sucede a las adolescentes embarazadas, en relación a su imagen corporal es escasa. Especialmente en lo referente a su cuerpo, principal escenario de cambios, tanto por su condición de embarazo, como por la etapa evolutiva por la que atraviesan.

Por ello consideramos de importancia para nuestro hacer profesional, conocer las características de esta situación, para luego intervenir adecuadamente acompañando y favoreciendo el proceso gradual que necesitan elaborar estas jóvenes para alcanzar la adultez. Este pasaje, de relevante importancia, repercutirá no sólo en la construcción de la identidad sino también en el vínculo con su hijo, permitiendo alcanzar un proyecto de vida deseado.

¹² Cardoso, M.; Cévoli, L. “Descripción de la relación diádica de las madres adolescentes y sus hijos de cero a seis meses.” Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (2005).

TEMA Y OBJETIVOS

Tema

Imagen corporal de las adolescentes embarazadas.

Problema

¿Cómo es la percepción de la Imagen Corporal de las adolescentes embarazadas durante el segundo trimestre de embarazo, que asisten a control sanitario en la ciudad de Mar del Plata en el año 2009?

Objetivo General

Describir la percepción de la Imagen Corporal de las adolescentes embarazadas.

Objetivos Específicos

- Identificar los cambios corporales percibidos por las adolescentes embarazadas.
- Identificar los cambios anímicos percibidos por las adolescentes embarazadas.
- Conocer la valoración (negativa o positiva) que las adolescentes embarazadas tienen respecto a los cambios corporales percibidos por ellas.
- Establecer el impacto del embarazo de la adolescente en su núcleo familiar.
- Realizar aportes desde T.O. para el abordaje de esta población.

MARCO TEÓRICO

Atención Primaria de Salud

"Para ejercer el derecho a la salud hay que estar informados y tener espacios protegidos y de confianza en los que se puedan formular todas las preguntas necesarias; compartir lo que sabemos y lo que no sabemos; expresar lo que nos asusta, lo que quisiéramos hacer... Ése es el mejor programa de prevención".

Sergio Balardini

En la 30ª Asamblea de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) en el año 1977, se define una política de salud denominada “Salud para todos en el año 2000”. Es decir que todos los países del mundo alcancen para ese año un nivel de salud que posibilite una vida social y económica productiva.

El 12 de Septiembre de 1978, en Alma-Ata (URSS) se llevó a cabo la conferencia internacional de Atención Primaria de Salud (A.P.S.), convocada por la OMS y el UNICEF. Contó con la presencia de 134 países, 67 Organismos Internacionales y muchas Organizaciones no Gubernamentales, quienes formularon una declaración en la que se insta a todos los gobiernos y la comunidad mundial a que se adopten medidas para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos, para lograr poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento progresivo pero firme de la meta social y política establecida por la O.M.S. “Salud para todos en el año 2000”.

De dicha conferencia surge la definición de A.P.S. como “la asistencia sanitaria, esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de

residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”¹³

La A.P.S. incluye acciones y programas que contienen actividades de promoción y prevención en combinación con las de tratamiento y rehabilitación. Dichas actividades deberán ser accesibles y equitativas a toda la población. En la medida que ésta participe activamente y pueda apropiarse de su salud, utilizando sus propios recursos, dilucidando sus problemáticas, estableciendo un diálogo profesional-comunidad, se asegurará la continuidad en el tiempo, de las acciones de A.P.S.

Es necesario lograr un cambio de conciencia sanitaria social, donde los receptores de los programas se conviertan en participantes y en dueños de su propia salud y también donde el profesional que acerca el conocimiento científico a la comunidad, pueda hacerlo desde un lugar objetivo y sin prejuicios, realizándolo en función de lo que el otro necesita, dejando el lugar del asistencialismo y del poder del que informa para poder ocupar el lugar de mediador.

Esta meta social y política planteada hace 29 años, ha sido alcanzada por algunos países, que lograron diseñar estrategias de ejecución; mientras que en otros, como los de América Latina, debido a su condición de desigualdad en relación a la situación socio-económica y políticas nacionales, han presentado mayor dificultad para el logro de dicho objetivo.

David Tejada de Rivero (ex subdirector general de la O.M.S. 1974-1985 y ex ministro de salud de Perú), analiza los términos que conforman la A.P.S.

En referencia a la “atención”, la versión original en inglés, usó el término “cuidado”, en lugar de “atención”.

¹³ Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo. “Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos”. O.P.S. Editorial Pax. México. Segunda edición. Capítulo 1. Enero (1992).

El “**cuidado**” es un concepto más amplio, integral e intersectorial. Apunta a relaciones horizontales, participativas, equitativas y simétricas.

Mientras que el término “**atención**” es vertical por lo tanto sectorial centralizada en programas aislados y servicios específicos. Las relaciones son asimétricas por lo tanto no compartida socialmente, lo que provoca una no participación.

Lo antes dicho hace visible que la definición del término cuidado está relacionado con los principios y objetivos de la A.P.S., más que el concepto de atención.

El término “**primario**” fue utilizado con respecto a lo primitivo y a lo esencial, dirigido a los estratos periféricos más pobres de la población, prestados en programas paralelos al resto del sistema de salud.

En realidad el término “primario” debería haberse interpretado como lo principal, lo primero en orden o grado. Surge la pregunta “¿primero y primario para quién?”. Por eso se considera imprescindible el conocimiento de necesidades, creencias, comportamientos de las diferentes comunidades, para generar propuestas acordes a cada población.

Lo anteriormente mencionado marca la gran diferencia que hay entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos, multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado. Y una atención reparativa de ciertas enfermedades.

En relación al cuidado integral de la salud, se mencionan diferentes niveles de atención, que contienen diferentes acciones con una complejidad creciente y con el objetivo de satisfacer las necesidades de cada comunidad.

Nivel primario: es el nivel mínimo y básico de asistencia, no por ello menos importante ya que la gran mayoría de la población debería moverse dentro de este. Engloba acciones de control de salud e información.

Nivel secundario: es un nivel de complejidad intermedia ya que es necesaria una estructura y recursos más especializados.

Nivel terciario: es un nivel sumamente complejizado y especializado, con tecnología de última generación y alto costo, se aborda desde el trabajo interdisciplinario con profesionales sumamente calificados en las diferentes patologías.

Las acciones a desarrollar en cada uno de estos niveles corresponden a lo preventivo y a lo curativo.

“**Prevención**” es la preparación y disposición que se toma por anticipado a fin de impedir un riesgo, daño o perjuicio, logrando así una vida saludable.

Se pueden diferenciar tres niveles dentro de la prevención:

Prevención primaria: son acciones que se orientan a intervenir sobre los factores causales de enfermedad, a promover y proteger la salud. Abarca actividades, técnicas y procedimientos propios del sistema sanitario y sus profesionales. El T.O como parte integrante del equipo de salud, se ocupa de la identificación de las necesidades de la comunidad, la planificación de las medidas de salud, la búsqueda de los recursos adecuados, junto a la población y la evaluación de los resultados. Participa de planes materno-infantiles, prevención del embarazo adolescente, educación sexual, vigilancia del normal desarrollo de las pautas madurativas del lactante. Como así también es importante considerar la prevención de hábitos o conductas inadecuadas, promoviendo de esta forma la salud. Esto se puede lograr a través de la educación, de la protección y el control de la salud. “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado

de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente.”¹⁴ La promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones para lograr una vida saludable para toda la sociedad, pero hoy día no se observa equidad debido a una crisis económica prolongada, programas de políticas de ajuste que marcan el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, aumento de los riesgos y reducción de los recursos para hacerle frente. Es necesario buscar otras alternativas en la acción de salud pública, es la promoción de la salud la encargada de producir un cambio, a través de la participación activa de los diferentes sectores de la sociedad. La entrega de información, la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para los cambios en relación a los estilos de vida de las comunidades. Al referirnos a la información y el conocimiento, no podemos dejar de mencionar otro de los componentes de la prevención primaria como lo es la “educación para la salud”. Es un proceso de intercambio, donde se logra obtener herramientas suficientes que permitan al individuo o grupo reconocer sus problemas y en forma creativa utilizar sus recursos y poder resolver sus problemas. Tenemos que tener en cuenta que, hábitos y comportamientos saludables solo pueden lograrse, basados en información y conocimiento que los dirija y encamine, para la toma de decisiones saludables en el cada día y tener un estilo de vida mejor. Cuando se hace referencia a educar, no sólo es a través de la palabra, sino también de las acciones que sirven de ejemplo y se transmiten de generación en generación; esto también es “educación para la salud”. “La protección” es otro de los componentes a desarrollar, se trata de una actividad más específica ya que pretende evitar una determinada enfermedad, dentro de estas podemos mencionar la aplicación de

¹⁴ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Anexo I 17-21 Noviembre (1986).

vacunas, la administración de vitaminas y calcio; ecografías y estudios pertinentes durante el embarazo, etc.

Prevención secundaria: son acciones realizadas en el inicio de una enfermedad; mediante un tratamiento y diagnóstico precoz se intenta detener el avance y posibles secuelas de la misma. El T.O forma parte de estas sucesivas acciones no solo en la función diagnóstica, sino tomando las medidas necesarias en el tratamiento para evitar de esta manera posibles disfunciones y complicaciones.

Prevención terciaria: son acciones que están dirigidas a lograr que las secuelas y disfunciones no sean irreversibles y en el caso de su aparición se perseguirá detener su avance. El objetivo principal dentro del hacer profesional del T.O es lograr el grado mayor de autonomía e independencia del sujeto o grupo, a través de diferentes abordajes. El T.O. interviene, en el proceso de pérdida de capacidades, en descubrir nuevas posibilidades, favoreciendo la adaptación a una nueva vida; no sólo a nivel individual, sino también en lo grupal, social y familiar. Teniendo en cuenta todo lo expuesto y el espíritu positivista, totalizador, de la definición de A.P.S.; no podemos más que adherir a un concepto de salud dinámico, donde la sociedad esté incluida como actor y posibilite el surgimiento de diferentes procesos facilitadores de su propia salud. A través del tiempo ha habido una evolución en cuanto a los paradigmas relacionados a la salud, ya no se define por su aspecto negativo, pero aún resta efectuar algunos cambios.

Según la O.M.S. "**la salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad".

Nuevas definiciones postulan a la salud y la enfermedad no como un estado, sino como parte de un proceso multidimensional, donde el individuo a lo largo de la vida se mueve dentro de un eje salud-enfermedad, y a través de sus propias decisiones y elecciones de hábitos y comportamientos, va desplazándose hacia un extremo (salud) o hacia el otro (enfermedad), intentando encontrar un equilibrio.

Asimismo, dicho proceso es atravesado por los fenómenos sociales que a su vez, lo definen, ya que cada comunidad, por sus propias características, desarrollan una forma particular de enfermar y curar. Cada cultura puesta de manifiesto en creencias, costumbres, valores, condiciona la manera de prevenir enfermedades y buscar la salud.

El equipo de salud participa en conjunto con la comunidad, en la evaluación de la situación comunitaria, posibilitando la identificación de problemas y necesidades. Como así también en la planificación y ejecución de planes, programas y proyectos de Educación, Promoción y Protección de la Salud.

Este equipo de salud deberá apuntar a un trabajo interdisciplinario donde el aporte brindado desde cada disciplina permita obtener mayor claridad y validez respecto a la problemática abordada, logrando así el perfeccionamiento de cada disciplina y aumentando la capacidad de interactuar con otras. Es necesario que junto al equipo de salud participen diferentes sectores: educación, trabajo, justicia y deporte.

En la adolescencia es necesario el trabajo interdisciplinario para lograr el seguimiento de su crecimiento, así como también su desarrollo psicológico. De esta manera el adolescente estará contenido, será escuchado y podrá comprender sus propios procesos de cambios: corporales, de la evolución de su pensamiento, de las modificaciones de su socialización, que conducen a la definición de su identidad. Promoviendo así su autoestima, reforzando los aspectos normales de ese proceso, destacando la importancia de la nutrición, incentivando la creatividad y respetando su intimidad.

Además el equipo de salud evaluará esta etapa evolutiva y reconocerá precozmente situaciones de riesgo o que pongan en peligro la salud del adolescente.

Es de suma importancia y creemos el eje en esta etapa de la vida, la correcta información y el asesoramiento que se le brinda al adolescente sobre su sexualidad.

Así se logrará desvirtuar dobles mensajes sociales y culturales, con lo cual se favorecerá a la construcción de un proyecto sexual responsable.

Consideramos que estos dobles mensajes, sumados a los tabúes y a las normas sociales que no aceptan las manifestaciones de la sexualidad, así como también las estrategias educativas muchas veces erróneas o que no alcanzan a la mayoría de la población adolescente, generan en ella sentimientos contradictorios, viéndose reflejados en preocupaciones, ansiedades y problemas: inicio prematuro de la actividad sexual, contagio de enfermedades transmisibles sexualmente, embarazos no planificados, por estos motivos pasan a constituirse como población en riesgo.

Por su condición de vulnerabilidad, la adolescente embarazada, es considerada de alto riesgo, ya que coexisten diversos factores (ambientales, biológicos, conductuales, socio culturales, económicos y los relacionados con la atención de la salud) que pueden influir en el desarrollo de esta etapa evolutiva.

Se denomina “**factor de riesgo** a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupos de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido”¹⁵

Los factores de riesgo, pueden ser causas o indicadores, aunque lo importante es que son identificables u observables antes que ocurra el hecho que predicen.

Estos factores pueden ser: ambientales, biológicos, de comportamiento, relacionados con la atención de la salud, socioculturales o económicos.

Se pueden enumerar factores de riesgo considerados universales: primer embarazo, alta paridad, un embarazo en edad reproductiva temprana o tardía, abortos previos y la desnutrición.

¹⁵ O.P.S. “Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Ed. PALTEX.

Dentro del marco de A.P.S. el valor del factor de riesgo, depende del grado de asociación de los mismos con el daño a la salud, así como también de la frecuencia con que se presenta y la posibilidad de prevenirlo.

Frente a estos factores, existen además recursos tanto personales como familiares y sociales, que favorecen el desarrollo y a su vez contribuyen a atenuar el impacto de riesgo. A ellos se los denomina “**factores protectores**”.

Una concepción mas actual en salud busca, aún en poblaciones en riesgo, fortalecer los aspectos positivos, por sobre los negativos.

El enfoque de resiliencia permite dirigir la mirada a los factores protectores y a la posibilidad de identificar los diferentes recursos utilizados por los individuos para mejorar su calidad de vida, aún en presencia de factores de riesgo. La resiliencia es un proceso que puede ser desarrollado y promovido, que implica relación dinámica entre los factores de riesgo y los protectores.

Considerar en forma conjunta estos factores, genera un enfoque global, fortaleciendo así, la posibilidad de brindar al individuo un desarrollo saludable.

Desde esta perspectiva el Terapeuta Ocupacional, buscará fortalecer los factores protectores de cada individuo o comunidad y contribuirá a la búsqueda de recursos creativos propios de esa población, para resolver sus problemáticas y superar la crisis.

“Las altas tasas de natalidad en grupo de mujeres más jóvenes están asociadas generalmente a condiciones de vida deficientes. En este sentido la fecundidad precoz constituye un problema de salud que debe ser tenido en cuenta al asignar recursos y organizar servicios de atención de la salud.”¹⁶

¹⁶ Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaria de Recursos y Programas de Salud.

“La salud integral del adolescente debe ser vista desde el punto de vista de su trascendencia, como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general.”¹⁷

La Atención Primaria de la Salud en Adolescencia no es sólo una intervención en una etapa más del desarrollo humano, sino que esta intervención proveerá resultados positivos en este devenir adolescente y su maternidad, logrando un proyecto adulto sano, así como un buen vínculo madre-hijo y un desarrollo psicomotor adecuado del niño.

Es nuestro deseo que las políticas de salud, el poder político y la sociedad en su conjunto, puedan tener la constancia en el accionar diario, confianza en lo invisible de los resultados que son a largo plazo, propios de la A.P.S., para lograr SALUD PARA TODOS.

Con la intervención en esta etapa se logrará, en un futuro un individuo adulto autónomo, en condiciones de enfrentar circunstancias nuevas, psicológicamente capaz de asumir responsabilidad en su propio quehacer y del grupo al que pertenece. Este autodesarrollo en combinación con cambios institucionales también necesarios, hará que este proceso de salud-enfermedad tenga efectos más allá de su ámbito: llevará a una sociedad más saludable, inclusive desde lo político, lo económico y lo espiritual.

¹⁷ Idem 4.

Bibliografía

- Alpej, Beatriz. "El carácter social del proceso Salud- Enfermedad". Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Mar del Plata.
- Bozzi, Micaela "Casa de Justicia". Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2004.
- Cardoso, M.; Cévoli, L. "Descripción de la relación diádica de las madres adolescentes y sus hijos de cero a seis meses." Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2005.
- Escudero, José. Conferencia: "Impacto de la realidad socioeconómica en A.P.S." III Jornadas Multidisciplinarias en A.P.S. Septiembre 1997.
- Gyarmati, Gabriel "Ciencias Sociales y medicina". Cap. "Salud y Enfermedad: hacia un paradigma biopsicosocial". Ed. Universitaria
- Kroeger Axel, Luna Ronaldo. "Atención primaria de la salud. Principios y métodos". O.P.S. Editorial Pax México. Segunda edición. Enero 1992.
- Mozón, Lourdes Tisiana. "Riesgos en el embarazo adolescente". Revista postgrado de la Cátedra de Medicina N° 153, pag. 13 a 17. Enero 2006.
- Myers, Robert. "Los doce que sobreviven". Cap. 3, 9 y 12. Año 1981.
- O.P.S. "Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil". Serie Paltex.
- O.P.S. Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. "Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajo ingresos."
- O.P.S. O.M.S. "Promoción de la salud: una antología. Anexo I. Carta de Ottawa para la promoción de la salud". Publicación científica N° 557.

- O.P.S. O.M.S. Ministerio de Salud de Panamá. “Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias” Junio 2004.
- O.P.S. O.M.S. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Recursos y Programación de Salud. “Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente”.
- Taller de Promoción de la Salud. Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Mar del Plata. 9, 10, 11 y 12 de marzo de 2000.
- Tejada de Rivero, David “Alma-Ata: 25 años después”. Revista Perspectivas de Salud. O.P.S. Volumen 8 N° 1. 2003.
- Tejada de Rivero, David. “La crisis de la Salud Pública” O.P.S. 1992.
- Vendihtov, D. “Lecciones que se derivan de Alma-Ata. Foro Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Año 1981
- Videla, M. “Prevención e intervención psicológica en salud comunitaria”. Editorial Cinco. Bs. As. 1993.

Adolescencia

“Los adolescentes son como la langosta durante el cambio de caparazón, desnudos, enfrentados a todos los peligros y a la imperiosa necesidad de formar otra cubierta”.

Francoise Dolto

Consideraciones generales

En épocas anteriores las teorías sobre adolescencia se fundaban en experiencias personales y consideraciones filosóficas. Actualmente, se recurre cada vez más a estudios sistemáticos, observaciones controladas e investigaciones empíricas.

Existen diferentes teorías y coexisten varios criterios relacionados con la adolescencia, desde los socioculturales hasta los que intentan dar una visión más holística del fenómeno.

Según la O.M.S., la adolescencia es “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”.¹⁸

La adolescencia es una etapa que comienza con la pubertad y finaliza cuando se logra alcanzar la autonomía y responsabilidad de la propia vida.

Es un proceso de transformación donde el joven se desprende del mundo infantil, en el cual vive cómoda y placenteramente en relación de dependencia, para ingresar en el mundo adulto, al mismo tiempo que logra la separación emocional de la familia de origen. El tránsito por esta etapa, no sólo involucra al adolescente, sino también a su familia.

Francoise Dolto define la adolescencia como un “segundo nacimiento” que se realiza progresivamente. Así como en el nacimiento al bebé para vivir se le quita el órgano de vinculación con su madre, que es la placenta, en esta etapa lo que desaparece paulatinamente es la niñez. Se trata de quitar la protección familiar, como se ha quitado la placenta protectora.

¹⁸ Prof. Dr. Juan R. Issler “Embarazo en la adolescencia” Revista de Postgrado de la Cátedra VI Medicina N° 107 Agosto 2001. www.unne.edu.ar/revistas.

Asimismo, denomina a la adolescencia como “el drama de la langosta” o “complejo de la langosta”, cuyo caparazón cambia para obtener uno nuevo, quedando en peligro y sin defensas por un tiempo. Entre dificultades y sufrimientos, el adolescente fabrica un nuevo caparazón, constituyéndose en el momento más doloroso de la vida y simultáneamente en el de las alegrías más intensas.

Por todo lo expuesto podemos decir que la adolescencia es un momento crucial que exige un clima de espera y comprensión, para que el proceso no se retarde ni se acelere.

El adolescente demanda una libertad adecuada con la seguridad de normas que le vayan ayudando a adaptarse a las necesidades o a modificarlas, sin entrar en conflictos graves consigo mismo, con su ambiente y con la sociedad.

Este período de la vida, como todo fenómeno humano, tiene su exteriorización característica dentro del marco cultural-social en el cual se desarrolla.

Deschamps, define la adolescencia como "un fenómeno psicosocial, un período de transición en el curso del cual el ser humano adquiere sus funciones de miembro activo de una sociedad".¹⁹

Esta sociedad de la cual emerge el adolescente, con las características particulares en relación a la cultura a la que pertenece, es "infantilizante", no sostiene ni contiene al adolescente. Sino que los explota y los rechaza, los abandona y los margina, los adula y les teme. No son sólo los jóvenes quienes han cambiado, sino la manera social de considerar esta etapa de la vida.

Según A. Aberastury, M. Knobel, la adolescencia es “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en sus primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el

¹⁹ Deschamps, J.P. (1979) Op. cit. pag. 11.

medio social ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”.²⁰

Este proceso de duelo es básico y fundamental. Se producen tres duelos principales: el duelo por el cuerpo infantil perdido. Dadas las modificaciones biológicas, el adolescente se ve obligado a asistir pasivamente a estos cambios creando un sentimiento de impotencia frente a esta realidad concreta, que lo lleva a desplazar su rebeldía hacia el plano del pensamiento.

La pérdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño cuando sus caracteres sexuales secundarios aparecen (la menstruación en las niñas y el semen en los varones) y del rol que tendrán que asumir no sólo en la unión con la pareja sino también en la procreación. Sólo cuando logra aceptar simultáneamente los aspectos de niño y adulto, puede aceptar los cambios de su cuerpo y comienza a surgir la identidad.

Duelo por el rol y la identidad infantil, lo obliga a renunciar a la dependencia y aceptar responsabilidades desconocidas. La conducta rebelde y el opositorismo del adolescente, le permite diferenciarse del otro, es su forma de decir "este soy yo- aquí estoy y no soy igual a ustedes". Este comportamiento es esperable y sano en esta etapa, es lo que le permitirá construir su identidad y separarse paulatinamente del núcleo paterno-materno, para transformarse en un adulto independiente y diferenciado.

Duelo por los padres de la infancia a los cuales trata de retener en su personalidad buscando refugio y protección.

²⁰ Aberasturi A, Knobel, M. “La adolescencia normal” un enfoque psicoanalítico. Ed. Paidós (1986).

Asimismo los padres también tienen que aceptar su propio envejecimiento y que sus hijos ya no son niños. Necesitan hacer el duelo por el cuerpo del hijo pequeño, por su identidad de niño y por su relación de dependencia infantil. Aceptar que ya no son ídolos para sus hijos por el contrario se establece una relación llena de ambivalencias y críticas.

La necesidad de elaborar los duelos básicos, obligan al adolescente a recurrir normalmente a manejos psicopáticos de actuación, que identifican su conducta.

Anna Freud dice que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia y considera que, en realidad, toda conmoción de este período es normal, y que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante este proceso.

Poder aceptar la anormalidad habitual en el adolescente, permitirá un acercamiento más productivo. Permitirá entenderlo desde un punto de vista adulto facilitando su proceso evolutivo hacia la identidad que busca y necesita.

Algunas de las características fundamentales que se pueden observar en estos jóvenes son:

Tendencia grupal, la búsqueda de uniformidad brinda seguridad y estima personal. Hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con todos.

El proceso que conlleva la formación de la identidad está fuertemente influenciado por la necesidad que se tiene de ser valorado por el grupo del que se desea ser parte y las expectativas o valores grupales que estos tienen.

Estas identidades individuales y grupales se van tejiendo en procesos complejos, en que los estilos culturales van aportando rasgos de identidades a los jóvenes y les permiten tomar posición y ubicarse en el mundo. Esta toma de posición

viene de la mano de la construcción de auto imágenes y de proyectos personales y colectivos. Estos proyectos constituyen un cable a tierra respecto del presente y les perfilan al futuro.

Cierta desubicación temporal, intenta manejar el tiempo presente y activo; las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales.

Respecto a la sexualidad evolucionan desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad. En algunos casos incurren prematuramente en la sexualidad con escasa o incorrecta información sobre el tema.

El adolescente presenta contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de su conducta, constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. Esto se ve reflejado en un ir y venir entre responsabilidades e irresponsabilidades, por momentos delegando obligaciones y responsabilidades a los padres, y por otras exigiendo que se los trate como adultos. Estas fluctuaciones hacen que todas sus relaciones objetales adquieran un carácter, si bien intenso, sumamente lábil y fugaz, lo cual explica la inestabilidad afectiva del adolescente, con sus crisis pasionales y sus brotes de indiferencia absoluta.

También puede existir abuso de alcohol, drogas, alimentos, falta de higiene, desalineación de su persona, desafío a la autoridad, provocación a los adultos de su entorno y a veces a los que no lo son, bajo rendimiento escolar, dormir en demasía. Conductas delictivas y fantasías suicidas.

El adolescente siente además que su cuerpo se modifica, que ya no es un niño y que sus intereses van cambiando, ya no es salir o jugar lo más importante, ahora sus prioridades son otras.

Se irá moviendo entre una dependencia y una independencia extrema. Es un período de contradicciones, confusiones y ambivalencias.

Puede ocurrir que no le interese su imagen externa y aparezca abandonado y sucio, y que más tarde convierta su imagen en su máxima prioridad y pase horas en el baño, realice dietas, tiña su cabello, se coloque aros, etc. Elementos que durante su infancia carecían de importancia, ahora la tienen; porque forman parte de la identidad que está construyendo.

Para el logro de este proceso de construcción de identidad, el adolescente atraviesa notables cambios, en un tiempo no muy prolongado, dentro de los cuales mencionaremos:

La maduración física, crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción.

La maduración cognitiva, una nueva capacidad para pensar de manera lógica conceptual y futurista;

El desarrollo psicosocial, una aceptación del propio ser en relación a otros. Estas áreas en su proceso de desarrollo se relacionan estrechamente entre si.

Desarrollo físico

El adolescente se encuentra con una apariencia que cambia, cambios que comienzan con la pubertad, con el pasaje de la infancia a la adolescencia. Es una transformación del cuerpo, fisiológica pero también psíquica. Todo esto causa un trastorno en toda la persona, de toda su vida, que cada uno podrá superar de una manera única.

Estas modificaciones de la pubertad se dan progresivamente, todo sucede bajo la influencia de las hormonas segregadas por glándulas como la hipófisis, testículos y ovarios. Estas hormonas circulan por la sangre para llegar a su destino, los órganos que se transformaran durante la pubertad.

Todo el cuerpo crece, sus pies, manos, nariz se agrandan; las formas, la silueta se modifican y se crece también en la manera de pensar. Los vellos aparecen en el pubis en los brazos, los órganos genitales aumentan de volumen y la piel a su nivel se vuelve más oscura. Todo se pone al servicio de la fecundidad.

En los varones aparecen las erecciones, las que se intentan ocultar, pero que aparecen más frecuentemente y en secreto, para terminar en una emisión de esperma. El fenómeno fisiológico del fluido de sangre al pene, acompañado de una extraña excitación; sucede por lo general durante el sueño, se encuentran huellas en las sabanas que lo avergüenzan. Esto es un signo externo de la pubertad sobre el cual no se atreve demasiado a hablar. Aparece la confusión y las preguntas al ver que un cuerpo todavía infantil produce espermatozoides que le permiten convertirse en padre.

En las niñas las hormonas segregadas por los ovarios y la hipófisis, provocan tensión en los senos, espasmos, para anunciar la llegada de la menstruación.

Una vez por mes aparece la ovulación, el útero se prepara con una capa de tejido vascularizado, que será el que cae mes a mes si el óvulo no es fecundado.

La mujer vive cíclicamente entre regla y regla. Al principio o al fin del ciclo, el cuerpo se siente diferente y hay cambios de humor.

Todo cambia, los senos crecen y las caderas se ensanchan. El metabolismo, modo en que se gastan las calorías, se modifican, hay que acostumbrarse a una nueva imagen.

Vivir estas transformaciones tanto para las chicas como para los chicos es una complicación. El rostro y los cabellos, al igual que el maquillaje y el peinado son los medios que se utilizan para ocuparse de ese cuerpo en constante mutación, hablando así de él sin parecerlo. Las dificultades son muchas ya que aparecen los miedos, a estar demasiado gorda o demasiado flaca, muy baja o alta, miedo a verse desfigurada a causa del acné, de verse ridícula; miedo de no ser como se desearía ser.

Hay un conflicto entre la imagen de sí mismo, tal como la refleja el espejo, y la imagen idealizada, siempre querida y tal vez nunca alcanzada; que hace que el adolescente se desprecie.

Este desprecio del cuerpo puede llevar a desvalorizar y rechazar otros aspectos de su personalidad, y complicar aún más este proceso que lleva a formar su propia identidad.

En muchos casos una transformación en el cuerpo del adolescente puede dejar ver múltiples reacciones en ellos, diferentes formas de manejar este cambio que se hace presente, que desconcierta y confunde. Tal es el ejemplo de una baja estatura, en algunos casos existe la tendencia a considerarlos más jóvenes de lo que en realidad son; lo cual produce, en algunos casos la necesidad de madurar precozmente a fin de reducir esa amenaza. En otros casos, prefieren aprovechar su apariencia infantil y lo que esto implica, para protegerse de esa sensación de incompetencia que estas consideraciones han generado.

En el caso de los jóvenes con una elevada estatura, algunos pueden adaptarse encorvándose para disimular su altura, otros en cambio se manejan de una forma diferente, se interesan por jóvenes del sexo opuesto altos con los que se sienten más cómodos y quienes no se avergonzarán de ellos.

“La niña con senos muy pequeños se puede sentir castrada, privada de belleza, masculinizada y carente de algo esencial. La que tiene senos muy grandes se puede sentir desaliñada, extravagante, desgarbada y aun fea y deformada. A menudo, esos problemas del cuerpo incrementan otras dificultades que puede tener la niña, lo que puede llevarlas a sobrecompensar mediante su disponibilidad sexual. Algunas niñas se enloquecen por los niños, se les entregan y creen que nadie se interesará en ellas si no están dispuestas al contacto sexual. En casos en que la organización básica de la personalidad es diferente, puede surgir una profunda timidez y cohibición, que le da a la niña la idea de que todo el mundo nota su problema.”²¹

Estas modificaciones corporales pueden llevar al adolescente a formarse la idea de que no son atractivas, lo que en esta etapa es un asunto crítico y sensible. La impresión de deformidad personal y la falta de congruencia con una imagen idealizada de feminidad, puede instalarse en los jóvenes en el transcurso de su pubertad.

El crecimiento propiamente dicho, hace sentir su cuerpo como fuera de control y emerge indiscutiblemente un sentimiento de impotencia en el estado emocional del púber.

Es este el momento de consolidar la idea de autonomía de hacer las primeras exploraciones provisionales en el campo de lo que constituye la independencia, de construir la primera vaga imagen corporal, de comenzar a establecer el concepto de sí mismo como actor y ejecutor; pero todos estos procesos son nuevos, frágiles y pueden

²¹ Basso, Stella Cerruti, y colaboradores. “Sexualidad Humana” Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. Uruguay. Julio (1992)

ser alterados y destruidos. Como resultado puede producirse una inclinación hacia la pasividad, un sentido de futilidad y una necesidad crónica de apego que fácilmente se convierte en dependencia hostil.

Desarrollo cognitivo

En esta etapa el pensamiento se caracteriza por la necesidad de intelectualizar y fantasear, ante la inevitable necesidad de compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar.

Según Arminda Aberastury hay un período de huída al mundo interno, en el que se da un incremento de la intelectualización, que lleva a interesarse por principios éticos, filosóficos, sociales; aparece el pensar en un plan de vida distinto al que se tenía hasta el momento. Realizan generalizaciones, tratan de teorizar sobre casi todo.

El adolescente por momentos se convierte en filósofo, cuestiona, pregunta, conjetura la realidad, a los adultos, políticos, religiones, etc.

El mundo externo comienza a diferenciarse del mundo interno, como defensa de los cambios incontrolables de este último y del propio cuerpo.

Aparece un pensamiento, con elaboración de ideas y razonamientos; reflexivo. Lo que le permitirá en un futuro anticiparse e interpretar la experiencia.

Pueden considerar los datos inmediatos, pero también elaborar conjeturas e hipótesis, son capaces de prever diferentes soluciones o alternativas. La no dependencia de lo real, les permite comprender fenómenos y acontecimientos alejados de ellos en el espacio y en el tiempo.

Desarrollo Psicosocial

En cuanto al desarrollo psicosocial, Aberastury describe el proceso por el que atraviesa el adolescente y menciona que éste deberá elaborar 3 duelos para alcanzar la etapa adulta: duelo por el cuerpo infantil, por el rol y la identidad infantil y por los padres de la infancia.

Las modificaciones corporales son vividas como una invasión, llevándolos a retener muchos de sus logros infantiles, aunque también exista el interés por alcanzar nuevos logros, provocándole sentimientos de angustia e inseguridad.

Estas modificaciones los llevan a refugiarse en su mundo interno, que le permite conectarse con viejas estrategias que podrían ayudarlos a enfrentar nuevas situaciones.

El adolescente debe aprender a vivir con su nuevo cuerpo, se siente torpe y le es complicado moverse en forma armoniosa.

La confrontación visual impacta en el espejo y en su mente infantil. Es donde empezará a elaborar este primer duelo, duelo por un cuerpo que se transforma y se pierde.

Ante tantos cambios corporales pierde su identidad de niño, que lo lleva a la búsqueda de una nueva identidad, que se va construyendo consciente e inconscientemente.

Según Nixon "la autocognición es un fenómeno esencialmente biológico y se relaciona con el concepto de sí mismo (self) o sea, el símbolo que cada uno posee de su propio organismo".²²

La identidad está presente en cada etapa evolutiva, pero con especiales características en la adolescencia. El objetivo de la adolescencia es el conocimiento

²² Deschamps, J.P. Op. cit. pag 11.

del todo biopsicosocial de cada individuo, en ese momento de la vida. En este proceso de definición del self y de la identidad existen dos aspectos que se encuentran íntimamente interrelacionados, que deben tenerse en cuenta y son: el cuerpo y el esquema corporal.

La despersonalización presente en esta etapa hace surgir la necesidad de reconstruir su imagen corporal.

En la búsqueda de su identidad, el adolescente recurre a la uniformidad, la identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. Apoyándose y compartiendo con su grupo de pares este suceso de acontecimientos, irá abandonando su grupo familiar, sintiéndose más seguro.

Debe renunciar a la dependencia infantil y comenzar a asumir roles con mayores responsabilidades. Esto también le produce un quiebre en este proceso de construcción de su personalidad, ya que no puede mantener la dependencia pero tampoco puede asumir totalmente su independencia adulta. El fenómeno de grupo, tiene una importancia fundamental ya que el adolescente, transfiere a este, parte de la dependencia que mantenía con su familia, especialmente con los padres. Luego de pasar por la experiencia grupal, se separará de este y comenzará a asumir su identidad adulta.

Otra tarea básica relacionada con la identidad del adolescente, es la de ir separándose progresivamente de sus padres.

El adolescente, en este proceso de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido.

En su dicotomía independencia / dependencia, crea inestabilidad y tensión en las relaciones familiares. Cierta grado de conflicto entre generaciones es inevitable y necesario para permitir el cambio y promover el crecimiento individual y familiar. El

proceso familiar evolutivo se desarrolla a través de la renegociación de las relaciones, con las consiguientes modificaciones de roles y reglas de funcionamiento.

Los padres, deben aceptar que la vida de su hijo no les pertenece, que son seres independientes, que deben encontrar su camino y construir su propio proyecto. Esto significa renunciar al mandato absoluto que tenían sobre el niño, lo que no significa dejarlos en completa libertad, ya que si esto ocurre, puede que el joven se sienta abandonado y falto de contención.

La conducta desafiante y rebelde del adolescente es un reclamo de límites. Todo joven busca y demanda la contención de los adultos para encontrar su “lugar” y construir su proyecto vital. Necesita contar con adultos que lo respalden brindándole reglas claras, de lo que está permitido y lo que no lo está, mostrándose como modelos de respeto.

No es suficiente poner límites, marcar valores y normas de conducta, aunque esto es muy importante también se debe escuchar, respetar al adolescente, creer en él, que él pueda creer en sí mismo y confiar en su capacidad para construir y cristalizar su proyecto de vida.

Solamente si el adulto comprende que ese irresponsable y rebelde joven lo necesita aún y no lo abandona ni lo invade autoritariamente, el adolescente podrá transitar satisfactoriamente esta etapa de búsqueda y arribar a una identidad y a un proyecto vital.

Para el adolescente tener una presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos, le permitirá su desprendimiento y le facilitará el pasaje a la madurez.

La elaboración de estos duelos, le permitirá al adolescente resolver con éxito esta etapa, que la habrá finalizado completamente cuando haya adquirido su nueva identidad, su nuevo rol en la sociedad y las obligaciones de mundo adulto.

En las circunstancias actuales, en que se encuentra el mundo, las dificultades para alcanzar una profesión, o un lugar reconocido socialmente son muchas. El adolescente intenta integrarse en los grupos circundantes en los que les ha tocado vivir. Por ello en zonas marginales, la delincuencia, violencia, droga y el alcohol, podrían formar parte de lo cotidiano y de la ideología de ese grupo. Salir de la crisis de identidad propia de esta etapa no les resulta muy fácil, ya que no identifican las diferentes opciones, ofertas que muestren otras conductas e ideas posibles; pudiendo dejar nulo así, el derecho a elegir, a decidir quien quiere ser, que quiere hacer.

“Toda crisis puede ayudar a un sujeto a crecer, pero también puede confundirlo en un caos”²³

Este proceso que permite ir modelando a la persona, para muchos jóvenes y en especial los más pobres, no va acompañado de dispositivos sociales, educativos y recreativos adecuados que sirvan de soporte para lograr esta búsqueda. Por ello suelen quedar colocados en situación de vulnerabilidad.

A ello se suman otros agravantes, como la universalidad de los medios masivos de comunicación que ponen a los jóvenes adolescentes pobres ante un mundo y pautas de consumo ajenos a sus posibilidades; como así también un mercado laboral cada vez más estrecho y competitivo, casi imposible de alcanzar.

Este sistema de exclusión y frustración, genera una variedad de respuestas, en muchos casos, se expresan en conductas que pueden poner en riesgo su vida.

Estas conductas aparecen en la escena pública desde la trasgresión a valores socialmente instaurados (robos, disturbios en un festival, embarazo precoz, prostitución, drogadicción) o la desesperanza que los lleva al suicidio.

²³ Teicher, Manfredo “La aventura adolescente”. Psicomundo libros. Ed. Lumen Tercer Milenio. (2003).

De la omisión se pasa a la condena, se tornan en sujetos “peligrosos”. Las políticas hacia la adolescencia pobre pasa a dirimirse en tribunales, comisarías, institutos o comunidades terapéuticas.

Es así como la prevención se basa en la identificación negativa de los problemas de los adolescentes: prevención del delito, del embarazo precoz, de la droga, etc.

Basándonos en la Convención sobre los Derechos del Niño (Ley N° 23849), instrumento jurídico que detalla los derechos de la infancia y adolescencia, se postula la “titularidad de derecho” para todos los niños y adolescentes. Esto implica asegurar en los adolescentes la accesibilidad a los servicios de los cuales son titulares, por ejemplo: la educación. Este posicionamiento orienta el camino de la intervención y marca la diferencia entre iniciativas que tratan a los adolescentes como potenciales desviados y aquellos que representan acciones positivas, diseñadas para posibilitar a los jóvenes un cambio en sus condiciones de vida desventajosas y problemáticas. Es decir “...el acceso real a los beneficios (sean bienes y servicios materiales o simbólicos), de lo que se tiene titularidad...”²⁴

Garantizar estos derechos implica posibilidades de ejecución y demanda de su cumplimiento. Para ello es necesario un estado que sustente, y adultos que se responsabilicen para que estos adolescentes sean sujeto de derecho y puedan ampliar su capacidad de elección y decisión.

La validación de los derechos promueve la noción de ciudadanía, es decir coloca a los jóvenes en protagonistas activos y concientes, otorga singularidad, de ser cada uno sujeto de su proyecto único, gestado desde el propio ser. Esto es posible a través de acciones sustentadas en la ética del diálogo y la escucha, estimulando el

²⁴ Kessler, Gabriel y otros. “Adolescencia, pobreza, educación y trabajo: el desafío es hoy”. Ed. Losada. (1996).

desarrollo de su autoestima, la creatividad y promoviendo una política de igualdad en la diferencia.

Los jóvenes adolescentes no son una raza aparte, son parte y producto de una sociedad. Una sociedad en la cual se prevalece “el adulto” como valioso, lo que sirve y existe, mientras que los jóvenes y sus acciones carecen de valor y resultan invisibles. Se los excluye y posterga para el futuro adulto, siempre y cuando cumpla con los roles que se le han asignado. Klaudio Duarte Quapper define con estas características la “matriz adultocéntrica”.

A partir de lo expuesto, nos surge el interrogante ¿los adolescentes son el chivo expiatorio de nuestra sociedad?

La expresión de chivo expiatorio proviene de un ritual del antiguo pueblo de Israel para el cuál se elegían dos chivos; mediante el azar se elegía uno para entregar a la figura de Yahvé (Dios), que era sacrificado por el sacerdote durante el rito; el otro era cargado con todas las culpas de pueblo judío, y entregado a Azazel (el demonio). Este último, conocido como chivo expiatorio era abandonado en mitad del desierto, acompañado de insultos y pedradas.

Hablamos de culpa, abandono y desprecio, deberíamos reflexionar, como parte de esta sociedad y como adultos que decimos ser, acerca de nuestras obligaciones para con los adolescentes y de nuestra responsabilidad en relación a aquello que le depositamos. Estos jóvenes, vulnerables, receptores de los conflictos solapados y ocultos de esta sociedad, quedan sumergidos en un lugar de resignación y subestimación de sus capacidades.

Ser el chivo expiatorio es hacer caer una culpa colectiva, sobre alguien en particular, aún cuando no siempre éste haya sido el responsable de tal falta.

Desarrollo Psicosexual

El desarrollo de la sexualidad es un elemento constitutivo de la personalidad del individuo, por lo tanto está relacionado con su desarrollo integral.

Este proceso, se encuentra atravesado e influenciado por factores de orden biológico individuales, la historia personal que ese ser va construyendo y la transmisión de pautas y valores culturales.

Con anterioridad a los aportes de Freud, la sexualidad infantil era impensada, se creía que la sexualidad aparecía recién en la pubertad.

Debido a la imposibilidad para recordar los primeros años de vida, la presencia de la idea errónea y confusa de igualar los términos sexualidad y genitalidad; aún hoy plantea importantes resistencias hablar sobre la sexualidad en la infancia. Actualmente la función sexual es considerada desde un planteo más abarcativo y totalizador, transcurre en un tiempo, desde el comienzo al final de la vida, independientemente del funcionamiento de los órganos sexuales; en un espacio que no se limita necesariamente a los órganos genitales, sino a otras zonas que tienen localizaciones variadas y a las que Freud denomina erógenas.

Presenta tres características que la diferencian de la sexualidad adulta:

Su apoyo en una función psicológica.

Su fin sexual es una zona erógena variable.

Es autoerótica, es decir sin la elección de un objeto externo a su ser.

Alcanzar la sexualidad madura, denominada genital, resulta del desarrollo infantil pre-genital. Esta etapa es la primera fase de evolución de la libido y se divide en fase oral y anal.

La fase oral, va de cero a los 18 meses, donde la vida afectiva está intrincada con los procesos instintivos. El recién nacido tiene una serie de necesidades básicas,

su satisfacción le produce placer y se va estableciendo una estrecha relación afectiva con la persona que asume la tarea.

Al ser alimentado disminuye la tensión, produciéndole una sensación placentera. Por esto el placer sexual, está ligado a la excitación de la zona oral (boca, labios, lengua, mejillas), convirtiéndose así en la zona erógena. En esta fase el niño vive y ama a través de la boca.

Luego el niño descubre que la introducción de otros objetos que no sea a los fines de alimentarse (mano, dedos o la simple succión), también le produce sensación de placer, convirtiéndose además la boca en fuente de conocimiento.

La fase anal, puede situarse entre los 18 meses y los 3 años. La zona erógena anal es el centro de organización de la libido, convirtiéndose la función de la defecación (expulsión - retención) y el valor simbólico de las heces, en el objeto de satisfacción.

El niño en esta fase, tiene sentimientos contradictorios de retención y eliminación, que coinciden o caracterizan la forma de relacionarse con los otros. Se acentuará la diferenciación del yo y esto determina que el accionar del niño está marcado por su egocentrismo.

Tanto en la fase oral como en la anal, se centran en el autoerotismo, en las siguientes fases aparecerá un objeto sexual externo.

La fase que continúa es la fálica, que puede ubicarse entre los 3 y los 5 años, donde el niño continúa con la acentuación de su yo. En esta edad se producen grandes aprendizajes y la ampliación del mundo que lo rodea, aumentando además sus exploraciones. Inician una actividad masturbatoria, descubriendo como es su cuerpo y las diferencias entre los sexos.

En el niño hay una tendencia a mostrar preferencia por el progenitor del sexo opuesto y hostilidad por el del mismo sexo. Esto es lo que se conoce como Complejo

de Edipo, que le permitirá al individuo realizar la elección del objeto de amor, estructurar su personalidad y la orientación del deseo sexual.

Tomando como eje el complejo de Edipo, partimos desde que el niño despliega sobre su madre deseos amorosos, cuyo incremento hace surgir los elementos determinantes de dicho complejo.

Estas investiduras hacia los objetos primarios incestuosos son retiradas y volcadas al Yo. Así el Yo se irá estructurando y el Super yo formando por la internalización de las figuras materna y paterna.

El Super yo, afianzado y organizado desde la prohibición del incesto, se constituye como instancia totalmente diferenciada del Yo.

“El Super yo articulado sobre los fantasmas que el niño mismo se creó en el momento de su deseo imposible hacia el objeto incestuoso, tiene el efecto dinamizador de impulsar al niño a salir del círculo estrechamente familiar para conquistar en la realidad social objetos lícitos, no prohibidos a su deseo amoroso y de connotación genital”²⁵.

Al declinar este Complejo de Edipo, se iniciará el período de Latencia, que puede ubicarse entre los 6 años y la pubertad, coincidiendo con el período escolar. No quiere decir que en esta fase no existan manifestaciones de una actividad sexual, sino que no hay una nueva organización establecida sobre la base de una función. Los intereses del niño se amplían hacia los deportes, actividad escolar, diluyen así la actividad sexual, permitiéndole así adquirir nuevos conocimientos y habilidades. La identificación se determina y refuerza a través de la pertenencia a su grupo de pares del mismo sexo.

²⁵ Dolto, F. “La imagen inconsciente del cuerpo”. Editorial Paidós. España (1986).

Luego ingresará en la fase genital, que se inicia en la pubertad, donde las modalidades de satisfacción libidinales de las fases anteriores se unifican y jerarquizan en los órganos genitales. La pubertad está marcada por un principio biológico, que produce grandes cambios en todo el organismo y a su vez en la conducta.

“El empuje puberal, acompañado por el rápido desarrollo de los órganos genitales y de los caracteres secundarios de la sexualidad, trae nuevamente a lo imaginario las representaciones del deseo conocidas en el momento de la inminente castración edípica”.²⁶

Adolescencia es el “período en el que acontece la llegada de la madurez sexual, es precedido por la pubescencia y tiene una duración variable, siendo el término medio los 13 años para las niñas y los 14 para el varón”²⁷.

Es en esta fase, se elabora la identidad sexual del adolescente, donde la polaridad sexual se define en masculino y femenino, siendo el producto de un largo proceso de elaboración que comenzó en la niñez y en el cual influyen la relación con los padres, así como también las normas culturales.

En la adolescencia se reactiva el Complejo de Edipo en el inconsciente y sufre nuevas modificaciones. Produciéndose un intento de separación de las figuras parentales y buscando en el afuera figuras significativas hacia quienes dirigir los afectos. Lo mismo sucede, con sus padres, quienes viven la adolescencia de sus hijos con angustia y temor, reviviendo sus propias situaciones edípicas.

Es este un momento crucial en la vida de los sujetos, ya que se produce la identificación sexual. Los objetos sexuales adquieren características que responden al Ideal del Yo. Se define la identidad sexual definitiva, que dependerá de la resolución que haya tenido el complejo de Edipo.

²⁶ Dolto, F. (1986). Op. cit. pag. 70

²⁷ Basso, Stella Cerruti y colaboradores, (1992). Op. cit. pag. 59

Dada la importancia de los vínculos infantiles con los padres, para la posterior elección del objeto sexual, cualquier perturbación en ellos traerá consecuencias reales para la vida sexual adulta.

Según F. Dolto, el niño que recibió a tiempo cada una de las castraciones por parte de alguien cuyas prohibiciones fueron creíbles, posibilitará por difícil que sea renunciar a las pulsiones prohibidas, la simbolización y contribuirá a modelar la imagen del cuerpo en la historia de sus reelaboraciones sucesivas.

La castración es generadora de una manera de ser nueva frente a un deseo que se torna imposible de satisfacer en la forma con que hasta entonces se satisfacía. Es un decir o un actuar significativo que constituye Ley, que por tanto tiene un efecto operativo en la realidad, siempre penoso de admitir en primer momento, pero tan necesario para el desarrollo de la individuación de un sujeto.

De lo expuesto podemos decir que la adolescencia es un tiempo único donde se produce la desarticulación temporaria del aparato psíquico, lo que posibilita un tiempo de organización identificatoria.

Hay un pasaje del campo familiar al orden social que implica renunciar al Otro primordial para evitar su pérdida y el propio desgarramiento.

La adolescencia marca pasajes, se deja algo y se toma algo al mismo tiempo. Es una etapa de transición de lo biológico a lo cultural, de la familia a la sociedad, de la endogamia a la exogamia.

La conquista de la propia identidad lleva una marca, la del padre y conlleva un proceso psíquico que es la pérdida de placer. La instancia paterna como prohibición establece la diferencia entre el Yo y el Ideal. Su identificación será luego proyectada en aquellas personas que ocupan el lugar de los padres como modelos sustitutos.

Si los padres no se proponen como ideales, con los cuales identificarse, se dificulta el proceso. Así al adolescente se le torna difícil transitar el camino para lograr su identidad sexual definitiva.

...” Los ideales, que el contexto histórico socio cultural y económico deberá proveer, organizan las trayectorias deseantes y deberán determinar de algún modo la pertenencia a un grupo social. Pero si la impronta posmoderna es la diversidad y la meta es el logro más que el proyecto, los sujetos se predisponen a una vulnerabilidad cada vez mayor”...²⁸

Frente al problema o conflicto, no logran dar respuesta, ya que no saben o no pueden afrontarlo. Se sienten impotentes o incapaces de proyectar y/o desplegar sus capacidades.

En contraposición, existen padres que aceptan al otro, a su hijo, como otro de si mismo. Son aquellos que posibilitan el camino de la reestructuración. Son aquellos que en los primeros años de vida libidinizan a sus hijos transfiriéndoles tanto el modo de desear como las prohibiciones, que luego permitirán resolver situaciones de molestias, pérdidas y sufrimiento.

Es ordenar dentro del diálogo, es educar con el afecto, es contener dentro de los límites.

La adolescencia es un tiempo de ruptura con el mundo familiar, ruptura en el buen sentido de la palabra.

Es por ello que es tan necesario e importante el apoyo, entendimiento y acompañamiento que la familia pueda brindar en esta etapa evolutiva de reestructuración y reactualización psíquica, donde todo lo construido y alcanzado hasta el momento está sujeto a revisión.

²⁸ Grupo GISEA. Jolis, M. Dolores (comp.) “Los adolescentes en la escuela y en la universidad. Que se dice y que se hace”. Editorial Lumen. (2000).

Siguiendo a los autores Blos y Erikson, quienes dividen a la adolescencia en cuatro etapas, analizaremos brevemente cada una de ellas desde el desarrollo psicosexual.

Primera etapa: se llama de aislamiento, y se presenta entre los 12 y 14 años. El adolescente se vuelca a su interioridad, ya que se siente un desconocido debido a los profundos y acelerados cambios que se produjeron en su aspecto físico.

“Luego del período de latencia, hay un resurgir de los intereses sexuales que se manifiestan en una movilidad exagerada de su cuerpo, empleo de un vocabulario vulgar que está referido a lo sexual como a lo excretorio –conductas sádicas-, a veces exhibicionismo y dificultad en el cumplimiento de los hábitos sobre todo de limpieza”.²⁹

El varón tiende a formar barra de varones, cuyas actividades refuerzan la masculinidad, con la necesidad de no relacionarse con las mujeres, ya que deben superar la tendencia de tener como figura de identificación a la madre.

La tensión sexual lidera indiscriminadamente y la única actividad liberadora es la masturbación.

Las chicas se orientan hacia la heterosexualidad. Su impulso sexual está en vías de organización y comienzan a buscar al sexo opuesto. Luchan para no caer en la dependencia materna.

Segunda etapa: se denomina de orientación incierta hacia la sexualidad y se presenta entre los 14 y 15 años.

“A efectos de romper con la dependencia familiar, el joven busca identificarse con personas ajenas. El rompimiento del vínculo con el progenitor del mismo sexo

²⁹ Basso, Stella Cerruti y colaboradores, (1992) Op. cit. pag. 59.

crea incertidumbre y entonces se vuelca a una búsqueda de amigos del mismo sexo".³⁰

Idealiza a esa amistad y tiene la necesidad de internalizarla. Es esta etapa la del amigo íntimo, que representa su ideal del yo.

En el chico pueden aparecer relaciones homosexuales y esto no significa que tenga una inadecuada identificación sexual, es natural a esta edad, pero lleva a la ruptura de dicha amistad.

Las chicas esperan de la amistad afecto, atención y en la relación heterosexual quieren encontrar características opuestas o similares a la de sus progenitores.

Tercera etapa: se presenta entre los 15 y 17 años y es la etapa de la Apertura a la heterosexualidad.

Hay mayor paralelismo entre chica y muchacho y se establecen relaciones entre los sexos que están caracterizadas por ser: efímeras (duran a veces 1 día), ambivalentes e intensas, suelen cambiar de objeto amoroso rápidamente.

Presentan un sentimiento de fuerte narcisismo e idealismo que les ayuda a vencer estos fracasos.

A través de la masturbación evacuan las intensas fantasías y a través de conversaciones es manejada su sexualidad.

Cuarta etapa: es de consolidación y se presenta entre los 17 y 19 años.

"Hay una definición y consolidación de la identidad. Una mayor estabilidad emocional que permite realizar elecciones a largo plazo".³¹

El joven está ya en condiciones de comenzar a dar y recibir afecto y a buscar un objeto amoroso único ya que se liberó de sí mismo y volvió de su interioridad.

³⁰ Basso, Stella Cerruti y colaboradores, (1992) Op. cit. pag. 59.

³¹ Ibidem.

Si el desarrollo psicosexual se ha cumplido adecuadamente, el joven ha logrado a esta edad una cierta madurez emocional que le permitirá relacionarse amorosamente en el mundo adulto.

Para que el joven esté en condiciones de ejercer su sexualidad en forma plena, libre y responsable es necesario que logre madurez tanto biológica, emocional como social y cuya expresión está normatizada por los valores sociales y culturales.

Embarazo adolescente

El proceso de desarrollo que se da en la adolescencia tiene características específicas propias de todas las transformaciones que se dan, también tiene características que la diferencian según la cultura, la sociedad y específicamente la familia en la cual está inmerso ese adolescente.

El estar dentro de una sociedad determinada hace que el adolescente sea diferente, tenga objetivos distintos, lo delimita y a su vez emergen de ella.

En los últimos años ha aumentado la inestabilidad del mundo adulto, donde se puede ver la inexistencia de redes identificatorias, crisis éticas que producen una sobrevaloración de la “imagen”, vacía de valores que llevan al individualismo y al consumismo.

Como consecuencia de esto, los adolescentes no encuentran en esta sociedad contención, acompañamiento y dilucidación de caminos a seguir, que deberían ser brindados por los adultos, quienes también están sumergidos en estas dificultades.

“La crisis adolescente se inscribe en un mundo en crisis, y esto nos hace reflexionar sobre el papel de la sociedad, de sus instituciones y de los efectos de lo transmitido a través de las generaciones.”³²

Esta distancia entre el mundo adulto y el adolescente y sus continuas confrontaciones se acrecientan ante la aparición de fenómenos que a pesar de ser característicos de esta etapa, son condicionados por esta sociedad que prejuzga y castiga, prefiriendo negar, para evitar las responsabilidades que le corresponden.

Dentro de estos fenómenos podemos encontrar: drogadicción, delincuencia, adolescencias prolongadas, maternidad precoz, trastornos alimenticios, etc.

³² Grupo GISEA. Jolis, M. Dolores, (2000). Op. cit. pag. 73.

De acuerdo en la época y en la sociedad en la que aparezca el embarazo adolescente, este puede ser un fenómeno natural o un problema social, ya que esta situación en determinados grupos familiares puede ser incorporada sin dificultades por formar parte del universo conocido, para lo que existen respuestas ya experimentadas.

Si tomamos el embarazo adolescente, como respuesta a situaciones sociales específicas, deberíamos conocer las características personales, familiares y sociales por las que atraviesa cada una de estas adolescentes, para comprender la complejidad de esta problemática. Problemática que puede estar dada por diferentes causas o factores predisponentes. Estos factores nos permitirán conocer la situación estudiada y las posibles medidas preventivas a llevar a cabo.

Uno de los factores que predisponen, es el adelanto de la pubertad. Este es un período de transformaciones sobre todo físicas, en el cual aparece la facultad de procreación.

La pubertad de las chicas generalmente se puede ubicar entre los 10 y los 16 años, siendo más precoz que la de los muchachos.

El adelanto de la pubertad, es el resultado de la mejora de condiciones nutricionales, de higiene, del tratamiento de enfermedades. Tanto en desarrollo biológico como el nivel socioeconómico intervienen en la precocidad de estas manifestaciones.

La aparición precoz de esta etapa, expone a las jóvenes a riesgos de embarazo porque a menor edad, ya son fértiles, sin la madurez emocional necesaria para implementar métodos anticonceptivos apropiados. Muchas jóvenes depositan la responsabilidad y el cuidado de su propio cuerpo en su pareja y negocian el uso de preservativo, ya sea por miedo a ser rechazadas, por pudor o vergüenza.

En una sociedad subdesarrollada y empobrecida, la adolescente presenta menores posibilidades de evitar el embarazo, lo cual se ve favorecido por el bajo nivel

educativo, no pudiendo pensar en su proyecto de vida, donde priorice la educación y dejando la maternidad para el período adulto.

Psicológicamente, las fantasías de esterilidad, pueden llevar a las adolescentes a no ser capaces de tener en cuenta, las consecuencias de una actividad sexual precoz, sin los cuidados correspondientes.

Así como se produce un adelanto de la edad de la pubertad también, para todos los jóvenes, existe una prolongación del período de la adolescencia, prolongándose en la frontera con la edad adulta. Los jóvenes maduran biológicamente con mayor rapidez, y a su vez su vida escolar se prolonga, así como su dependencia económica y psicosocial.

Socialmente no se observa un compromiso en acompañar y contener al adolescente, en este proceso de logro de independencia que le permita constituirse como persona adulta.

Deschamps considera que constituye un período paradójico entre un cuerpo con facultades nuevas y las restricciones de la sociedad que no reconoce al joven como adulto. La adolescencia parece no tener fin, y a los ojos de los jóvenes el paso a la edad adulta aparece como poco atractiva.

Otro factor predisponente y con estrecha relación con el embarazo adolescente, es el inicio precoz de las relaciones sexuales, cuando aún no ha alcanzado la madurez genital y psicológica, agregándole la ignorancia de la fisiología femenina que presentan las adolescentes, esto es lo que se ha llamado “ingenuidad biológica”. Debemos tener en cuenta, que muchas veces la única información sexual que tienen las adolescentes es la que brindan en la escuela, siendo en varias oportunidades tardía.

Al iniciar precozmente sus relaciones sexuales, sin la información necesaria, puede traer aparejado diversas consecuencias, entre ellas un embarazo.

El adolescente, reacciona tanto frente a los valores morales tradicionales, a la autoridad de los padres, como a la libertad. Justamente esta libertad, y no solamente referida a la sexualidad, es la que Deschamps plantea como otro factor predisponente a un embarazo en la adolescencia. Los jóvenes son y reclaman ser libres pero con una continua necesidad de orientación, contención y presencia de límites claros.

La libertad sexual específicamente, es para los adolescentes la base de esta libertad, la cual los adultos consienten, aprueban y festejan, pero que ante el advenimiento de un embarazo, reprueban, negando así su responsabilidad en la contención, prevención y educación sexual de los jóvenes.

En algunos casos, donde existe disfunción familiar, impulsa a los jóvenes a las relaciones sexuales precoces, es la búsqueda de afecto, alivio a la soledad y al abandono ante un posible embarazo, usado como medio de escape de un hogar amenazante, en algunos casos con incesto, alcoholismo y violencia. Pueden asociarse historias de embarazo adolescente de una hermana, así como también de su madre, repitiendo así la historia.

Muchas adolescentes incluyen la práctica sexual en el ámbito de sus fantasías acerca de “tener un hijo como única forma de poseer algo propio. Me refiero a las púberes y adolescentes que sobrellevan carencias afectivas y que sólo en el momento del abrazo masculino sienten que son necesarias para alguien”.³³

Otro aspecto a tener en cuenta es que la maternidad precoz, marca el comienzo de una responsabilidad económica y generalmente las jóvenes no se encuentran en condiciones de asumirla. La familia de origen, que por lo general también cuenta con escasos recursos y oportunidades laborales limitadas, se deben

³³ Giberti, Eva, “Escuela para padres”. Los chicos del tercer milenio. Adolescente I parte. Revista Diario Página 12. N° 18. Pág.6. Bs. As.

hacer cargo de la joven y su hijo, formando un círculo vicioso, de embarazos precoces, mayor cantidad de hijos y pobreza.

Hija de una familia a menudo poco favorecida, la adolescente está mal preparada para entrar en la vida social y no siempre encontrará, la acogida y comprensión que los adultos deberían mostrar a esas jóvenes en situación de desamparo.

La muchacha accede a su función de mujer y a su papel biológico de madre cuando su maduración todavía no ha terminado.

¿Qué pasa cuando el peso sube, cuando el vientre se abulta, cuando los senos aumentan de volumen, cuando ya no pueden llevar vestidos como las demás chicas, ni pantalones ajustados y desflecados, ni faldas ceñidas? Este cambio resulta siempre penoso y difícil de aceptar para una adolescente. Más aún cuando se suma un embarazo, ya que su imagen corporal aun no definida, continúa transformándose. La joven intenta disimular estos cambios de su cuerpo, de meterse dentro de vestidos demasiados estrechos, posiblemente para ocultar el embarazo a los demás, como para negárselo a sí misma. También para no enfrentar una imagen de su cuerpo que la angustia y que la confronta constantemente con el fracaso y con esa imagen deseada y no alcanzada; que la hubiera afirmado como mujer pero no de esta manera.

Adolescente en su cuerpo, en su espíritu y en su comportamiento; como para poder ser madre. La situación psicológica de la adolescente encinta es dolorosa y compleja, en ella se acumulan varias sensaciones; las dificultades propias de su etapa, problemas afectivos propios del embarazo, las dificultades personales y familiares que acaso favorecieron el advenimiento de su estado; las complicaciones que van a originar ciertas reacciones reales o temidas del entorno, su futuro que no se muestra prometedor, las perturbaciones por la toma de decisiones que aún no está

preparada para tomar, el vacío afectivo, los prejuicios sociales y los rechazos constantes ante la mirada de los demás.

“La adolescencia es una edad ambigua, un período paradójico. La adolescente que espera un bebe es la encarnación de esa paradoja y de esa ambigüedad; realiza la suma de las contradicciones de la adolescencia (y, como veremos, la sociedad manifiesta al respecto, y de forma aguda, las contradicciones de su actitud frente a los adolescentes).”³⁴

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas, con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo.

-Adolescencia Temprana: (10-13años) continúan ligadas a su madre, el desarrollo puberal y el embarazo se dan de forma conjunta, no hay conciencia del hijo, está pendiente de ella misma, esto provoca depresión y aislamiento. El varón está ausente en sus planes, si es que los tiene.

-Adolescencia Media: (14-16años) utilizan el embarazo para lograr afirmar la independencia con los padres, por esto el varón pasa a ocupar su esperanza hacia el futuro; aparece el interés por el feto y un sentimiento de ambivalencia-culpa y orgullo.

-Adolescencia Tardía (17-19años) adaptación a la realidad, aparecen sentimientos maternales, el embarazo consolida su personalidad, permitiéndole considerarse madre y mujer, ya que el varón es considerado como futuro compañero y del que se espera afecto y compromiso.

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando. Son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

³⁴ Deschamps, J. (1979) Op. cit. pag. 11.

Cuando hacemos referencia a la maternidad adolescente, confluyen varios factores a tener en cuenta, se da una interacción en cuanto a su personalidad y elementos de carácter social. Según Deschamps y en concordancia con lo establecido en los Estados Unidos por Pérez- Reyes y Falk, es posible distinguir diversos tipos psicológicos entre las adolescentes que pasan por la experiencia del embarazo.

El 1º grupo, comprende adolescentes de conductas más equilibradas, de nivel social modesto, con una relación bastante estable con un muchacho que desemboca en relaciones sexuales, antes de que ambos jóvenes hayan podido tener conocimiento e información respecto a las consecuencias posibles de su comportamiento debido a lo prematuro de su actividad sexual.

El 2º grupo, es el más numeroso, son las más jóvenes, inexpertas e ingenuas, que tienen una relación con un compañero masculino de más edad y sus relaciones sexuales están teñidas por la pasividad y la idea de satisfacer el deseo del hombre. Este tipo de relación es más inestable, ocasional, superficial desde el punto de vista afectivo. Aun cuando la adolescente haya creído en su estabilidad, por su creencia de encontrar ternura, cariño, comprensión.

El 3º grupo, menos numerosos, que presentan dificultades psicológicas a causa de la reactivación, por la pubertad, de conflictos no resueltos en la primera infancia. Proviene de familias perturbadas, desunidas, incompletas físicamente o psicológicamente por el tipo de personalidad del padre o la madre. Hay una búsqueda de satisfacción de necesidades emocionales insatisfechas que tiñe su comportamiento general de conductas inadecuadas, y también sus relaciones sexuales.

El 4º grupo, es el grupo minoritario que utiliza el embarazo como instrumento para lograr el estado de adultez, lograr independencia social, el logro de la unión con su pareja, obtener el cese de la escolaridad o la separación con su familia. Son embarazos planificados donde el hijo representa el medio para obtener sus metas y no el fin de las relaciones sexuales.

Para un adolescente estar embarazada, en una primera instancia, es la no toma de conciencia del hijo que espera; este hijo no existe en este momento, lo que percibe es, de forma narcisista, lo que le está pasando a ella. Aparece la soledad, la negación en muchos casos conciente o inconscientemente. Solo después puede reconocer al niño en su vientre como ser vivo y establecer de forma favorable una relación prenatal satisfactoria; pero lo que puede pasar es que desee que su hijo desaparezca, a cuya presencia habrá que resignarse, achacándole la responsabilidad de sus dificultades, considerándolo como un estorbo y preparando de esta manera un vínculo difícil con su hijo.

Esteban Levin plantea que “antes de nacer el niño es una hipótesis, una novedad, un proyecto y una promesa”.³⁵

Una hipótesis que soporta la incógnita de lo que será y que se construye en relación a la historia simbólica de cada padre.

Un proyecto de función materna y de organización de planes y de vida en función del nacimiento.

Este niño, aún no nacido, ocupa el lugar de una promesa ideal de futuro y trascendencia. También la oportunidad de resignificar el propio espejo de los padres y abuelos.

Este hijo ideal, construido por los padres, sostiene el proyecto y la hipótesis. Esta anterioridad sin cuerpo, permite complementarse mutuamente, “...lo que confirma otra vez más que el organismo no abarca al cuerpo subjetivado, pues éste excede al órgano hasta hacerlo existir como sujeto”.³⁶

³⁵ Levin, Esteban. “Discapacidad: Clínica y educación. Los niños del otro espejo. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. (2003).

³⁶ Idem 35.

Estas madres adolescentes con la incapacidad de anticipar y proyectar con su propia vida, tal vez no posean las herramientas necesarias para que este hijo no nacido, ocupe el lugar de una hipótesis, un proyecto y una promesa.

Si estas madres adolescentes no perciben sus propios cambios corporales y anímicos de un embarazo, no percibe a ese hijo moviéndose en su vientre, no podrá proyectar con él su función de madre, no podrá hacer de él un sujeto.

Poder hacerse cargo de la maternidad es un jalón trascendente en el desarrollo de la identidad de la adolescente.

Entendemos que el estado de embarazo es un proceso de carácter corporal y biológico por lo que resulta una situación psicosomática de cambio en la que cuerpo y psiquismo se imbrican de tal modo que dan origen a fenómenos muy difícilmente separables. La mujer adulta embarazada se encuentra en una situación conflictiva ya que por un lado debe renunciar a su cuerpo anterior y también a su esquema corporal, a la identidad forjada hasta ese momento y a su anterior estructura familiar. Pero si además el embarazo ocurre en la adolescencia, esta situación conflictiva y de pérdidas se sobredimensiona enfrentando a estas adolescentes con nuevas dificultades en relación a su identidad.

Bibliografía

- Aberasturi, A. y Knobel, M. "La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico". Editorial Paidós. 1986.
- Aguirre B. Angel, "Psicología de la Adolescencia". Editorial Boixareu Universitaria. Barcelona 1994.
- Balardini, Sergio Alejandro. "Jóvenes, tecnología y consumo". Proyectojuventud. bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cyg/juventud/balardini.doc -
- Balardini, Sergio Alejandro y otros. "Los jóvenes y sus derechos. Saber para actuar, exigir y denunciar. Buenos Aires: Lugar editorial. 2004.
- Belaustegui, M. I. y otros. "Prevención primaria en salud desde T.O. en madres y sus hijos en un medio social adverso". Tesis de grado en Lic. en T.O. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1995
- Cardoso, M.; Cévoli, L. "Descripción de la relación diádica de las madres adolescentes y sus hijos de cero a seis meses." Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2005
- Deschamps, Jean-Pierre. "Embarazo y maternidad en la adolescente". Editorial Herder. Barcelona 1979.
- Dolto F. "La causa de los adolescentes". Editorial Seix Barral S.A. Séptima reimpresión argentina. Febrero 1996.
- Dolto, F y Dolto-Tolitch, C. "Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta". Editorial Atlántida 1992.
- Efrón R., Feldman S., Gallart M., Kessler G., Macri M., Suárez I., Jacinto C. (coordinadoras). "Adolescencia, Pobreza, Educación y Trabajo" Editorial Losada Bs. As. 1996.

- Giberti, E. "Escuela para padres". Los chicos del tercer milenio. Adolescente I parte. Revista Diario Página 12 N° 18. Buenos Aires. 1999.
- Giberti, E. "Escuela para padres". Los chicos del tercer milenio. Adolescente II parte. Revista Diario Página 12 N° 19. Buenos Aires. 1999.
- Grupo GISEA. Jolis, M. Dolores (comp.) "Los adolescentes en la escuela y en la universidad. Qué se dice y que se hace". Editorial Lumen. 2000.
- Kaplan, Louise J. "Adolescencia el adiós a la infancia". Editorial Paidós. Buenos Aires. Barcelona. México.
- Melnechuk, Myrian y Panettiere, Gladys. "El grado de satisfacción corporal en adolescentes desde T.O." Tesis de grado en Lic. en T.O. Universidad Nacional de Mar del Plata. Julio 2001.
- National Research Council. "Anticoncepción y Reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo". Editorial Médica Panamericana. Bs. As. 1990.
- O.P.S. Las condiciones de salud en las américas. Volumen 1. edición 1994.
- O.P.S. O.M.S. Cerruti Basso, Stella y colab. "Sexualidad humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual". PALTEX. 4° edición 1992.
- O.P.S. O.M.S. Dr. Silber, Tomás y otros. "Manual de Medicina de la Adolescencia. PALTEX. 1992.
- O.P.S. O.M.S. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Recursos y Programación de Salud. "Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente".
- O.P.S. Salud Reproductiva en las Américas. Editores: López, G., Yunes, J, Solís, J. Capítulo 5 "El embarazo entre adolescentes". 1992
- Prof. Dr. Juan R. Issler "Embarazo en la adolescencia" Revista de Postgrado de la Cátedra VI Medicina N° 107 Agosto 2001. www.unne.edu.ar/revistas.

- Quapper, Klaudio. "Cuerpo. Poder y placer. Disputas en hombres jóvenes de sectores empobrecidos".
kolektivoporoto.googlepages.com/Cuerpopoderyplacercastalia.doc
- Teicher, Manfredo. "La aventura adolescente". Lumen. Tercer milenio. 2003.
www.psicomundo.com
- www.ecomedic.com/em/embaado1.htm "Embarazo en la adolescencia.
- www.laprensa-sandiego.org/archieve/dec31/radio.htm. "El embarazo Adolescente: una cadena perpetua a la cárcel de la pobreza.
- www.margen.org/margen01/demarcog.html. Lic. De Marco, P. y Rossi, B. "Maternidad adolescente: una problemática ¿para quién?. Revista de trabajo social. 1998.
- www.margen.org/margen03/ssollag.html. Solla, L. "Salud de los adolescentes: diagnóstico de situación. Revista de trabajo social. 1999.
- www.rehue.esociales.uchile/antropología/congreso/s0902. Caffarelli, C. "Y mañana serán mujeres de bien..." Estigma, control del cuerpo y avasallamiento de los derechos sexuales en adolescentes institucionalizadas. Cuarto Congreso Chileno Antropología. 2001.
- www.una.ac.cr/ides/p412.html. Carrillo D, M. "Vivencias de las adolescentes cuando enfrentan un embarazo. 1998.
- www.yabiru.fmed.uba.ar/mspba/linessit.htm. "Situación de salud de la mujer, el niño y el adolescente".

Imagen corporal

El cuerpo como instrumento en desarrollo es del orden del tener, el sujeto como estructura es del orden del ser, pero ahí donde lo tiene, él es."

Esteban Levin.

El concepto de Imagen Corporal ha ido evolucionando en el tiempo, aparece en pleno auge del psicoanálisis y de la gestalt, en donde se le comienza a otorgar un lugar de suma importancia a la influencia emocional y social.

El término fue adaptándose al paradigma científico de la época, sustrayéndose de la influencia neurológica y psiquiátrica para tomar un sentido más psicológico, en la medida que se resalta el carácter de la imagen como construcción y no como alteración exclusivamente.

Paul Schilder, médico neuropsiquiatra alemán es uno de los primeros autores que investiga en las primeras décadas del siglo XX, el tema de la Imagen Corporal, influenciado por las teorías de su época, recurre a la neurología, la psiquiatría y el psicoanálisis.

Schilder (1977) define a la imagen corporal, como “aquella representación que nos formamos de nuestro cuerpo, es decir la forma en que este se nos aparece”. Esta imagen es integrada por registros visuales de algunas partes de la superficie corporal, impresiones táctiles, térmicas, de dolor y de presión; registro de sensaciones provenientes de los músculos y sus aponeurosis; sensaciones provenientes de la inervación de los músculos; sensaciones provenientes de las vísceras. Pero Schilder considera que la imagen corporal es más que una percepción (aunque proviene de los sentidos); no es una sensación o imaginación, sino que es la apariencia propia del cuerpo. Para designar esta imagen, utiliza la expresión esquema del cuerpo o esquema corporal. El esquema corporal es la imagen tridimensional anatómica que todo el mundo tiene de sí mismo, y llama a esta imagen, “imagen corporal”.

El esquema corporal se puede entender como la capacidad de representar nuestro cuerpo en las coordenadas del espacio, es decir de una manera tridimensional. Se relaciona con la sanidad de las estructuras cerebrales y por eso se liga a la neurología y al aspecto biológico.

Sin embargo este concepto también presenta un aspecto perceptual fundacional que proporciona un registro neurológico a través de nuestras experiencias previas. Por ejemplo la mujer primípara presenta más dificultades en la adaptación a los cambios propios del embarazo, ya que no posee una experiencia previa en su mapa mnésico.

La imagen corporal que propone Schilder encuentra su génesis en las relaciones vinculares y extiende su existencia más allá de los límites del cuerpo, ya que se construye a través de un contacto con el mundo externo. La construcción de la imagen corporal nunca es definitiva “está en continua construcción y autodestrucción, en ella se conjuga experiencia pasada y actual”. Es dinámica y está constituida por tres aspectos básicos: fisiológico, libidinal o psicológico y sociológico. La imagen corporal es la resultante de la coexistencia de estos tres aspectos, que están presentes en todo momento de la vida interrelacionándose. A partir de esta relación, basada en experiencias biológicas, psicológicas y sociales, se forma la identidad del sujeto.

Del análisis de estos enfoques teóricos, podemos inferir que la “imagen corporal” se halla ligada a la realidad física, pero es producto tanto de la elaboración psíquica como de la interacción social, es decir de los factores sociales como de los libidinales. Asimismo el “esquema corporal” corresponde al sustrato neurológico de la imagen corporal. Se trata de un concepto más observable y medible, de basamento orgánico, vinculado a las sensaciones cenestésicas y musculares.

Estos dos conceptos no son antagónicos, sino que se originan en marcos teóricos diferentes y en épocas distintas. Puede considerarse que la imagen corporal, es un concepto posterior y que influenciado por nuevos aportes teóricos, amplía y desarrolla el concepto de esquema corporal.

La “imagen inconsciente del cuerpo”, concepto psicoanalítico introducido por F. Dolto parece tener una delimitación más clara, es eminentemente inconsciente.

Preexiste a la concepción, encarna el deseo de sus progenitores, en cambio el esquema y la imagen corporal implican un proceso gradual a partir del nacimiento.

Dolto establece una diferencia entre el esquema corporal y la imagen corporal. Considera el esquema como una vivencia del cuerpo que se proyecta en el tiempo y espacio.

El esquema corporal es el mismo para todos los individuos y a diferencia de este la imagen corporal es propia de cada sujeto, está ligada a su historia, es específica de una relación libidinal.

El esquema corporal es en parte inconsciente, preconciente y conciente, la imagen corporal es siempre inconsciente, puede hacerse preconciente solo cuando se asocia al lenguaje conciente.

El esquema corporal es intérprete pasivo o activo de la imagen del cuerpo, permite la objetivización de la intersubjetividad.

La imagen del cuerpo para Dolto es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, que a través de sensaciones erógenas, arcaicas y /o actuales son vividas por el sujeto. Es la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante. Es memoria inconsciente y al mismo tiempo vivencia actual, es dinámica ya que actualiza en el aquí y ahora las experiencias narcisísticas interrelacionales.

La imagen corporal está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones. Estas imágenes se hallan ligadas entre sí en todo momento.

*Imagen de base: es el narcisismo primordial sujeto del deseo de vivir, preexistente a su concepción, el sentimiento de existir de un ser. Cada estadio tiene una imagen de base.

*Imagen funcional: mientras que la imagen de base es estática, la funcional pasa por una demanda localizada, busca obtener el placer empírico en enriquecimiento de las relaciones con el otro.

*Imagen erógena: está asociado a lo anterior, donde se focalizan placer o displacer erótico en la relación con el otro.

Las tres imágenes se entrelazan entre sí por las pulsiones de vida, y se actualizan en la imagen dinámica, que corresponde al “deseo de ser” es siempre la de un deseo en busca de un nuevo objeto.

Levin reformula y amplía los conceptos de esquema e imagen corporal, con diferentes aportes del psicoanálisis.

“El esquema corporal es lo que uno puede decir o representarse acerca de su propio cuerpo. La representación que tenemos del mismo. Es del orden de lo evolutivo, de lo temporal” Se construye a través de la evolución psicomotriz.³⁷.

La imagen corporal, sin embargo, no responde al orden de lo evolutivo, se relaciona con la historia, experiencia subjetiva y lo constituye como sujeto deseante. Es inconsciente y está relacionada con el recorrido libidinal que el Otro instaló en el cuerpo.

La estructura de un sujeto está dada por todos los acontecimientos, que son elementos significantes, y por los efectos que estos producen sobre la estructura misma.

En estos términos, hablar de desarrollo de un sujeto resulta falaz; ya que un sujeto se estructura.

³⁷ Levin, Esteban. “La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje”. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. (1991).

La función motora constituye un instrumento significativo. Es a través del funcionamiento motor donde el yo imaginariamente se va estructurando en forma singular. La madre o quien corporice esa función, a través de su mirada, amamantamiento, caricias, etc., otorga una primera unificación corporal.

Así surge la construcción del esquema corporal y postural, que va a estar dada por las imágenes inconscientes del cuerpo y del cuerpo en movimiento, generadas en la relación con el Otro.

Sólo de esta forma el niño podrá investir su desarrollo y adquirir características propias del encuentro subjetivo con su madre que lo estructurará como sujeto deseante.

El momento de la unidad corporal se da entre los seis y dieciocho meses, en el estadio del espejo.

Dentro de lo que se constituyó, se trans-formó, en el estadio especular, es que se ejercerá el dominio real de su cuerpo y de su funcionamiento motriz.

“El sujeto anticipa la culminación del dominio psicológico y esta anticipación dará su estilo al ejercicio ulterior del dominio motor efectivo.

Es esta aventura imaginaria por la cual el hombre, por vez primera, experimenta que él se ve, se refleja y se concibe como distinto, otro de lo que él es: dimensión esencial de lo humano, que estructura el conjunto de su vida fantasmática”.³⁸

Retomando el planteo de Silder la imagen corporal es considerada también como dinámica y la explica a través de tres aspectos diferentes, ellos son: “La base fisiológica de la imagen corporal”, “La estructuración libidinal de la imagen corporal” y

³⁸ Levin, E. (1991). Op. cit. pag. 93.

“Sociología de la imagen corporal”, que se interrelacionan a lo largo de toda la vida del sujeto.

La imagen corporal es una unidad en donde estos tres aspectos coexisten y la descripción de los mismos por separado nos permite un mejor análisis de los cambios percibidos por las adolescentes embarazadas.

Base fisiológica

Esta dada por todas las sensaciones provenientes de nuestro cuerpo: sensaciones propioceptivas, viscerceptivas, impresiones ópticas, táctiles, térmicas, dolorosas, kinestésicas.

Todas estas sensaciones contribuyen a la construcción de la Imagen Corporal. Se trata de un proceso de continuo y activo desarrollo, que se alimenta de las experiencias del sujeto con su cuerpo y con el mundo externo (objetos y personas).

Estas experiencias proporcionan una vivencia global del cuerpo. Vale decir que sólo a partir de un análisis, el sujeto puede concientizar cada sensación por separado.

“El S.N.C. actúa como una unidad de acuerdo con la situación total. La unidad de percepción es el objeto que se presenta a través de los sentidos (...) el “objeto cuerpo” se presenta a todos los sentidos...”³⁹

El desarrollo de la Base Fisiológica no es independiente al de las otras bases, sino que los aspectos psicológicos, fisiológicos y sociales se interrelacionan para construir la Imagen Corporal.

Los cambios en nuestro esquema corporal, se manifiestan en la base fisiológica y ésta a través de sus mecanismos perceptivos, sensoriales y motrices, transmiten la información corporal a las otras dos bases, influyendo sobre la totalidad de la imagen corporal.

³⁹ Shilder, P. “La imagen y apariencia del cuerpo humano”. Bs.As. Editorial Paidós (1983).

En el desarrollo del sujeto y al ir transitando las diferentes etapas de la vida, las necesidades y experiencias que dan forma a nuestra imagen corporal varían.

Estructura libidinal de la imagen corporal

La imagen del cuerpo se construye constantemente y se desarrolla, en las diferentes etapas del desarrollo libidinal; esta libido narcisista se adhiere a las diferentes partes de la imagen corporal, cambiando de continuo el modelo del cuerpo. Se elabora asistida por las sensaciones y la percepción, pero guía esta construcción las emociones. Estas últimas, la historia del sujeto, las experiencias infantiles tempranas son importantes en la construcción de la imagen corporal.

R. Spitz considera dos aspectos perceptivos: en relación al propio cuerpo y a la experiencia externa. En relación al propio cuerpo, destaca la boca como órgano primario proveedor de percepciones a través de la función alimenticia.

Tomando en cuenta la experiencia externa, la díada madre-hijo. Por ejemplo en el acto de amamantar donde confluyen, el contacto del pezón con la boca del bebé y las primeras caricias del niño al pecho de su madre. El niño comenzará a conocer su propio cuerpo, y el inicio de la construcción de su imagen corporal.

J. de Ajurriaguerra, describe el diálogo corporal como el lenguaje principal de la afectividad, por tal motivo es fundamental en la adquisición de la vivencia corporal. Todo el intercambio que se da constituirá una manera particular y única de experimentar con relación al cuerpo y a su madre.

Así mismo Esteban Levin refiere que en un primer estadio, (recién nacido) el cuerpo del bebé, dado su estado de prematuridad con el que nace se encuentra fragmentado y escindido.

“La unificación proviene del Otro que unifica y humaniza los diferentes fragmentos, funciones fisiológicas y corporales del bebé, dándoles un sentido posible en la escena que él se ocupa de crear”.⁴⁰

Lo que le permite al pequeño comenzar a ordenar y a darle sentido a cada gesto, a cada postura, a cada función y movimiento, es la función materna y paterna que le permite ser hijo.

El otro (madre-padre), se debe anticipar simbólicamente a la unidad de su hijo, ya que aún este se encuentra disociado, para que en la escena él represente el rol de hijo. Es decir un “antes que permita un después.... Es el decir y hacer escénico del Otro el que enlaza lo sensitivo-motor como producción subjetiva”.⁴¹

Asimismo la respuesta del bebé genera el saber materno. Este saber contempla dos saberes: por un lado en aquellas madres que ya lo han sido, a través de su experiencia. Y aquellas madres primerizas que como mujeres desean ser madres. Y un segundo saber relacionado con su recorrido infantil como hija.

Este doble saber, se articula y se anuda con el cuerpo del recién nacido para que implícitamente se forme un saber no sabido entre esa madre y ese hijo.

Pensando en una madre adolescente primeriza, que posiblemente no ha deseado ser madre, y con un recorrido infantil reciente, y sin posibilidad de adquirir experiencia adulta; resulta doblemente difícil que ella pueda montar la escena para su hijo. Es probable que la escena que monte sea confusa, ya que para lograr un diálogo escénico ficcional simbólico, debe poder anticipar la necesidad del bebé, decodificando su necesidad, cuando su propio reconocimiento aún no se ha logrado.

⁴⁰ Levin, Esteban. “La infancia en escena. Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. (1997).

⁴¹ Levin, E. (2003) Op. cit. pag. 84.

Entonces el bebé, tampoco será portador de un saber subjetivo, que le posibilite a la madre jugar con él.

Es la madre quien hace que este cuerpo no funcione como órgano, a través del acto de amamantar, al hablar, al tocar a su bebé. Lo erotiza, conformando un ritmo de presencias y ausencias que le permiten al recién nacido, percibir un esbozo de unificación corporal necesaria para su estructuración. Esta demanda de amor del Otro Madre, es la que permite pulsionalizar el cuerpo del bebé.

Así surge la construcción del esquema corporal y postural, que va a estar dada por las imágenes inconscientes del cuerpo y del cuerpo en movimiento, generadas en la relación con el Otro.

A partir de este diálogo tónico, de la madre y el niño, donde el tono muscular, la postura, comienzan a tener sentido particular y se erogeniza, es que comienza un funcionamiento propio del impulso a desear del niño.

“Sólo así podrá el niño habitar, investir su desarrollo psicomotor, ya que no será puramente cronológico y automático sino singular, en ese momento de atolladero en el cual se estructura un sujeto deseante”.⁴²

Lo antes expuesto hace referencia a las primeras experiencias infantiles, que son las que permiten explorar el cuerpo e ir construyendo la imagen corporal.

En el bebé el límite de su cuerpo, con relación al mundo que lo rodea no es preciso. En cuanto realice intercambios con el mundo externo, podrá ir reconociendo la demarcación de su cuerpo. Será la madre y la familia próxima las que contribuirán a que el niño comience la construcción de la imagen de su cuerpo, gracias a las funciones de cuidado y estimulación para que con él tengan.

⁴² Levin, E. (1997). Op. cit. pag. 97.

La construcción de la imagen corporal está íntimamente ligada al desarrollo del yo de un sujeto.

La representación del cuerpo no se refiere solo a una existencia física, implica psicológicamente, la inscripción del cuerpo en el aparato psíquico.

D. Winnicott, refiere que cuando el niño mira a su madre, se ve reflejado en ella; se reconocerá en la imagen de la madre que proviene del exterior. La posibilidad que tiene el niño de identificarse con una imagen que le va a permitir reconocerse; proviene de la relación madre e hijo y todo lo que a este vínculo le incumbe y proporciona.

P. Schilder afirma que la libido narcisista tiene por objeto la imagen corporal. En las sucesivas etapas del desarrollo libidinal, las distintas partes del cuerpo serán investidas por la libido, cambiando de continuo, la imagen de nuestro cuerpo.”Las zonas erógenas desempeñan un papel preponderante, cabe suponer que la imagen corporal debe centrarse durante la etapa oral del desarrollo en torno de la boca, y durante la anal, en torno al ano. El flujo de la energía debe influir intensamente sobre la imagen del cuerpo.”⁴³

Durante estas dos etapas, la experiencia con el propio cuerpo será parcial y hará también que sus experiencias con el mundo lo sean.

El niño comenzará a tener una representación más integra con relación a su cuerpo y al mundo que lo rodea; en la fase posterior, fálica donde la libido se traslada a los genitales. Aparece la curiosidad por los propios órganos genitales y los del sexo opuesto, sus diferencias, con tendencia a espiar y a exhibirse. Se da el deseo de exponerse ante la propia mirada y la de los demás.

⁴³ Schilder, P. (1983). Op. cit. pag. 95.

En esta etapa, tendrá lugar el complejo de Edipo, con la identificación sexual del niño con el progenitor de su mismo sexo.

Durante el período de latencia, que continua a la etapa fálica, el niño se incluye en un grupo de pares que va a permitir a través del juego compartido, de vínculos establecidos y de la comunicación que cada uno de ellos establezca; contrastar su imagen corporal con la de otros, a través de las posibilidades de su cuerpo y las de los demás. Es de suma importancia, la valoración que la familia haga de su cuerpo, ya que en la construcción de la imagen corporal tendrá una vital influencia.

En la pubertad y adolescencia el cuerpo es escenario de cambios físicos, sensaciones nuevas, aparición de deseos y emociones, con las que el joven no sabe muy bien qué hacer. Indiscutiblemente, más allá de que su imagen corporal tiene una construcción determinada, esta etapa de cambio, pondrá en crisis la imagen de su cuerpo que se irá transformando y reconstruyendo a lo largo de toda su vida. Una apariencia que cambia, este pasaje de niño a adulto, implica identificarse con otros, asumir nuevos roles, identificarse sexualmente junto con una aproximación con el sexo opuesto en un futuro cercano. El acceso a un cuerpo sexualmente adulto y las responsabilidades que deberá asumir el adolescente, pondrá en “crisis” su imagen corporal.

El desarrollo que va desde la pregenitalidad hacia la genitalidad es importante para la actitud que nosotros mismos tenemos para con nuestro cuerpo. Solo cuando se alcanza el nivel genital, que se da durante la pubertad podremos experimentar nuestro cuerpo unido, como una totalidad. “La sexualidad genital plenamente desarrollada es, pues indispensable para la cabal apreciación de nuestra propia imagen corporal.”⁴⁴

⁴⁴ Schilder, P. (1983). Op. cit. pag. 95.

Los objetos de amor exteriores, las relaciones que con ellos se tiene y sus actitudes hacia nosotros adquieren una enorme importancia, ya que los procesos que construyen la imagen corporal no solo se desarrollan en el campo de la percepción sino que tienen su paralelo en el campo libidinal y emocional.

En el adolescente, con su constante mutación, que a veces ni siquiera sabe quien es, ni lo que quiere mostrar a los demás; las emociones inundan su cuerpo, esta imagen que el joven desea ver en el espejo, dificulta la relación con su propio cuerpo, con lo que el joven es y con lo que quiere mostrar de sí. Está pendiente de la mirada del otro, del reflejo de su imagen, pero esto no es lo que realmente es, sino lo que quiere parecer o mostrar.

Nuestra vestimenta forma parte de nuestra imagen corporal y se llena de libido narcisista.

Las ropas también sirven a los fines del pudor, cuyo propósito principal es el de cubrir las partes sexuales primarias y secundarias; pero de igual manera alteramos nuestro modelo postural y modificamos nuestra actitud. Todas las transformaciones que se pueden dar en la imagen corporal, también se pueden visualizar en nuestras prendas.

Es posible identificarse con los demás por medio de las ropas, gracias a ellas nos parecemos a los otros; haciendo propia algunas prendas que tomamos de los demás, modificamos nuestra imagen corporal y adoptamos la imagen postural de los demás."El vestido puede convertirse así en un medio para modificar por completo la imagen de nuestro cuerpo."⁴⁵

⁴⁵ Schilder, P. (1983). Op. cit. pag. 95.

Sociología de la imagen corporal

La imagen corporal se construye en relación a los otros, en relación al grupo social y cultural en el cual está inmerso el sujeto.

El niño conoce primero su propio cuerpo por medio de su exploración y observación, así como también con el intercambio con los demás. En estas primeras nociones corporales, los padres cumplen un papel fundamental. Luego, a medida que continúa el proceso de socialización, incorpora la actividad y el juego con otros niños, evolucionando progresivamente donde las situaciones de interacción son cada vez mayores. En la adolescencia, la búsqueda de la uniformidad, a través de la actividad grupal, le brinda seguridad y autoestima, identificándose, de esta manera con los otros, donde el cuerpo físico se asemeja a las demás personas como pertenecientes a una misma especie.

La vestimenta y los accesorios pasan a formar parte de la imagen corporal, y a su vez el hombre, puede identificarse con los demás, por medio de estos. Es un ejemplo, la uniformidad en el vestir de los adolescentes, y como la moda ejerce sobre ellos una gran influencia, marcando tendencias en el vestir, brindando cierto status. Así mismo la moda, como fenómeno social, impone como debe ser un cuerpo, el joven musculoso, atlético; la joven delgada, bronceada y con cirugías estéticas en diferentes partes del cuerpo. Esto es lo que lleva a los jóvenes a recurrir a “soluciones mágicas”, como dietas muy estrictas, camas solares, etc., otorgándole al cuerpo una exagerada primacía, que podría traducirse en patologías muy comunes en la actualidad adolescente, como la bulimia y la anorexia.

Las cualidades de todo grupo, se basan en la imitación mutua, surgiendo las particularidades en hábitos de alimentación, vestido, idioma, recreación.

“Cuando imito las acciones y actos de otra persona, no hago sino reconocer el profundo factor subyacente del carácter parcialmente común de la imagen corporal. Es éste un factor sensorio básico. Las tendencias emocionales van adheridas al mismo y

utilizan la construcción sensoria de la imagen corporal. Y hay, por supuesto, un rico mundo de motivos y afanes que determinan lo que deseamos imitar en los demás.”⁴⁶

Entre la imagen corporal propia y la de los otros existe un continuo intercambio. En este intercambio se incluye el lenguaje, la mirada, el contacto corporal, la expresión de las emociones (amor, odio, tristeza, alegría, etc.) “Lo que vemos en los otros podemos descubrirlo en nosotros mismos. Y lo que descubrimos en nosotros podemos verlo en los demás” .⁴⁷

De esta manera incorporamos ciertos aspectos de las imágenes corporales de los otros, y a su vez estos incorporan aspectos de nuestra propia imagen. La proximidad espacial y emocional aumenta la posibilidad de interactuar y se enriquece la propia imagen corporal, si la sensibilidad a un descubrimiento en el propio cuerpo posibilita descubrir aspectos de la imagen corporal de los demás.

La imagen corporal y la emoción se hallan estrechamente vinculadas. Siendo la imagen corporal la expresión de nuestra vida emocional y de nuestra personalidad. Las manifestaciones a través del cuerpo de las emociones son sociales, siempre están dirigidas a los demás, constituyendo una forma de comunicación.

Las relaciones sociales se modifican ante todo cambio en la expresión, ya sea debido a cambios anátomo-fisiológicos o de actitud, y en este sentido el rostro tiene particular importancia dentro de la imagen corporal, ya que es la parte más expresiva y visible del cuerpo.

Así como la imagen corporal se encuentra en estrecha relación con la sociedad, sucede de igual manera con las normas culturales en la que está inmerso el sujeto. De esta manera los cambios corporales y anímicos propios del embarazo, no

⁴⁶ Schilder, P. (1983). Op. cit. pag. 95.

⁴⁷ Ibidem.

serán percibidos por la adolescente ni por su grupo social, de la misma forma en una sociedad con una cultura tradicional y conservadora, que en otra en la cual estos cambios son incorporados sin dificultad por formar parte del universo conocido y para lo que existen respuestas ya experimentadas.

La imagen corporal de las adolescentes embarazadas

Cuando hablamos de adolescencia y más específicamente de Imagen Corporal del adolescente, hablamos de crecimiento y evolución en un sentido dinámico y en continua actividad.

Esta Imagen Corporal se moldea en un proceso de construcción y destrucción permanente vinculado a las necesidades y particularidades de cada joven.

El yo del adolescente ensaya una y otra vez, logra progresos oscilantes, intenta alcanzar la integridad en medio de regresiones y estancamientos.

Resolver estas vicisitudes permitirá una salida autónoma y madura de esta etapa, logrando una identidad personal y así podrá conquistar un lugar dentro de la cultura adulta.

La maternidad precoz puede llegar a resultar un factor que precipite la asunción de roles adultos, sin haber logrado aún la fortaleza yoica necesaria.

El embarazo usualmente es un momento colmado de felicidad y gozo, durante el cual la mujer se prepara para la llegada de un nuevo ser. Pero también es un momento que trae aparejados innumerables cambios que podrían causar temor, la mujer se encuentra en una situación conflictiva: debe renunciar a su cuerpo anterior, a la identidad lograda hasta el momento y asumir su embarazo con los cambios que este implica a nivel personal (cambios fisiológicos, psicológicos y sociales).

Si tenemos en cuenta que en la adolescencia la Imagen Corporal que predomina tiene las características de fragilidad, a la adolescente embarazada no le resulta sencillo reemplazar la visión de pérdida y caos por la de descubrimiento y desarrollo que representa la maternidad.

La imagen corporal se reestructura durante el embarazo y la forma en que es percibido el cuerpo, repercutirá favorable o desfavorablemente sobre dicha imagen.

La vivencia corporal que cada adolescente tenga de su embarazo, no puede ser explicado desde una generalidad, sino que estará enmarcado por la historia y experiencia de cada una.

En el transcurso de la entrevista, las adolescentes, responderán, desde su expresión verbal, gestual y gráfica, mostrando y ocultando el posicionamiento que ocupa su cuerpo en su trama histórica. Así nos aproximaremos al conocimiento de su imagen corporal.

El cuerpo ya no es el mismo que antes de quedar embarazada. Los cambios hormonales provocan aumento del tamaño de los pechos, expansión del útero, se forman estrías en la piel y el pelo puede caerse. Se experimentan antojos de comidas realmente inimaginables y por supuesto, el vientre crece a medida que el bebé se va desarrollando.

El aumento de peso, la sensación de fatiga puede hacer que algunas mujeres se sientan incómodas e infelices.

Es importante reconocer que cada mujer vive de forma diferente su embarazo y que algunos días puede sentirse bien y otros desear no estar embarazadas. Estos sentimientos genuinos forman parte del proceso de acomodación a una nueva imagen corporal.

Teniendo en cuenta que nueve meses es el tiempo para adaptarse, para muchas mujeres resulta insuficiente y difícil aceptar estos momentos de cambios y transformaciones. Además de los cambios físicos, aparecen los emocionales que pueden ser los responsables de modificar la opinión sobre nuestra imagen corporal. Las transformaciones de orden fisiológico cambiarán constantemente, causando variaciones en el humor que pasarán del placer a la rabia, de la tristeza a la alegría, potenciando las variaciones anímicas propias de la adolescencia.

La situación familiar en la que se encuentra la adolescente embarazada, podría ser de aceptación y apoyo, o de culpa, remordimientos y desamparo afectivo. Esto hará que todas estas transformaciones que transcurren en su embarazo, sean llevaderas o hagan del mismo un período de sufrimiento y de muy poca conexión con su propio cuerpo. Con esta imagen corporal que se genera en sólo nueve meses y bajo estas condiciones, la tensión que se produce tenderá a hacer que todos los cambios que surjan en su cuerpo, sean aun más difíciles de sobrellevar.

La manera en la que la sociedad ve y opina acerca del embarazo, frecuentemente influenciará en su imagen corporal durante el transcurso del mismo.

Existe una enorme tendencia impuesta por los medios de comunicación sobre la imagen corporal. Muchas adolescentes embarazadas odian que sus cuerpos no se parezcan al de estas glamorosas mujeres.

El hecho de vivir bombardeadas por imágenes que muestran el "embarazo perfecto" podría llegar a convertirse en algo sumamente deprimente. La obsesión de la sociedad por la delgadez también provoca que algunas adolescentes odien sus cuerpos durante sus embarazos.

Es normal, durante el embarazo, el aumento de peso, pero algunas adolescentes se sienten asustadas y se rehúsan a alimentarse apropiadamente o a tratar a su cuerpo con el respeto que éste se merece.

Es así, que muchas jóvenes están luchando constantemente para lograr tener ese "ideal" de cuerpo; el "ideal" en el que la sociedad nos dice lo altas, delgadas y esbeltas que debemos ser.

Teniendo en cuenta las dificultades propias del período adolescente, las transformaciones propias de un embarazo, la mirada crítica y condenante de la sociedad y la situación familiar en la que se encuentra inmersa la joven; es necesario no sólo brindarle un lugar de escucha y contención, sino estrategias apropiadas a su

edad y que se puedan utilizar para su futuro inmediato, basadas en objetivos claros y precisos y a cargo de un equipo de salud apropiado.

Bibliografía

- Alewaerts Fiorini, Ma. Noel, Ortiz Luciana. "Imagen Inconsciente del Cuerpo, Esquema Corporal e Imagen Corporal: una diferenciación". Informe final del Trabajo de Investigación de la carrera de Lic. en Psicología de la Universidad de Mar del Plata. Noviembre 2005.
- Amaya, Juanita y otras. Universidad Nacional de San Luis. "Imagen Materna y Embarazo Adolescente". X Congreso Argentino de Psicología. Rosario. Octubre 2000.
- Beneitez, M. A. y Lista, C. "La imagen corporal en la tercera edad". Tesis de grado en Lic. en T.O. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997.
- Dolto, F. "La imagen inconsciente del cuerpo". Editorial Paidós. España. 1986
- González C, Guillermo. "Imagen Corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido". Trabajo presentado en el Primer Encuentro Internacional de Educadores de la Reproducción. Instituto Nacional de Perinatología. México. Junio 2000.
- Herrera, Raquel y otras. Universidad Nacional de San Luis. "Análisis de la fortaleza yoica en un grupo de adolescentes embarazadas". X Congreso Argentino de Psicología. Rosario. Octubre 2000.
- Langer, Marie. "Maternidad y Sexo". Editorial Paidós. México. 1999.
- Levin, Esteban. "La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje". Edición Nueva Visión. 1991.
- Levin, Esteban. "La infancia en escena. Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor". Edición Nueva visión. 1997.
- Levin, Esteban. "Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo". Edición Nueva visión. 2003.

- López, J. Y otras. "Psicosis e Imagen Corporal: la integración de la estructura de la Imagen corporal abordada a través de la estimulación psicomotriz, en pacientes psicóticos crónicos institucionalizados". Tesis de grado en Lic. en T.O. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996.
- Schilder, Paul. "Imagen y apariencia del cuerpo humano. Estudios sobre las energías constructivas de la psique". Ed. Paidós. Buenos Aires.
- www.mipediatra.com/infantil/adolescente-fem.htm. Imagen corporal de los adolescentes anclada en lo femenino. Año 1998. Psicóloga Gabriela Tercero Quintanilla.
- www.pregnacy-infonet/imagen_corporal_y-embarazo.html-22k. Imagen Corporal durante el embarazo: todo sobre la I.C. Español Pregnancy-info.net.
- www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_arjensa.htm-47k. Cuadernos del Marqués de San Adrián ¿Qué es la Imagen Corporal? José Ignacio Baile Ayesa. Centro Asociado de la UNED de Tudela.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Diseño y tipo de estudio

Se utilizó un enfoque de tipo cualitativo, ya que considerando la variable de estudio (percepción de la imagen corporal) fue necesaria una metodología reflexiva, que nos permita más que medir; interpretar y comprender cuidadosamente nuestro fenómeno de estudio. La práctica investigativa bajo este enfoque, se basó en el respeto por la diferencia y la valoración de toda perspectiva como importante; y en la prevención de no dar nada por supuesto. Estuvo orientada a descubrir en profundidad las realidades sociales, dentro de un contexto histórico y cultural específico, su sistema de relaciones y su dinámica.

Población

Adolescentes embarazadas cuyas edades estén comprendidas entre 14 y 17 años, cursando el segundo trimestre de embarazo, que asistieron a los controles de salud en los Sub -centros barrios Jorge Libertad y Jorge Newbery de la ciudad de Mar del Plata.

Muestra

La muestra quedó conformada por 18 Adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años, que concurrieron al control ginecológico en los Sub-centros de salud del barrio Libertad y Jorge Newbery, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 2009.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años que concurrieron a los Sub-centros de salud del barrio Libertad y Jorge Newbery.
- Adolescentes embarazadas primerizas que concurrieron a los Sub-centros de salud del barrio Libertad y Jorge Newbery.
- Adolescentes embarazadas que cursaban el segundo trimestre de embarazo.

Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas menores de 15 años y mayores de 19 años.
- Adolescentes embarazadas que no cursen el segundo trimestre de embarazo.
- Adolescentes embarazadas que no fueran primerizas.
- Adolescentes embarazadas que no concedan el consentimiento para participar de la investigación.

Método de selección de la muestra

Se utilizó el muestreo no probabilístico o por conveniencia, siendo necesaria la toma de las pacientes disponibles, según la asistencia a los controles ginecológicos y la disponibilidad edilicia en el momento del encuentro.

Definición científica

Percepción de la Imagen Corporal: es la forma en cómo sentimos y experimentamos nuestro cuerpo. Este registro corporal se manifiesta en tres dimensiones: fisiológica, psicológica-libidinal y sociológica. Está influenciada por factores históricos, culturales, sociales y biológicos. Se trata de un constructo dinámico, multidimensional que varía a lo largo de toda la vida y es propia de cada sujeto.

Dimensión de la variable

Dimensión fisiológica

Percepción de las sensaciones provenientes del cuerpo y de sus partes, lo que se refiere a tamaño y forma.

- Incluye modificaciones del esquema corporal.
- Aumento de peso.
- Aumento del tamaño del vientre.

- Aumento del tamaño de los senos.
- Síntomas digestivos: náuseas, vómitos.
- Alteraciones parestésicas.
- Modificaciones en la piel.
- Modificaciones del cabello.
- Molestias abdominales.
- Modificaciones de la actitud corporal.
- Etc.

Dimensión psicológica-libidinal

Percepción de los cambios anímicos y emocionales. Como así también valoración positiva o negativa respecto a cómo se piensa y siente el propio cuerpo.

- Modificaciones en el estado anímico.
- Emociones prevalentes.
- Etc.

Dimensión sociológica

Percepción de las modificaciones con relación al grupo familiar y entorno social. Como así también registro del propio comportamiento con relación a los demás.

- Modificaciones de los vínculos familiares.
- Modificaciones en las relaciones con amistades.
- En el ámbito educativo.
- Modificaciones en el vestir.

Técnicas de recolección de datos

- **ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA:** es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y en este caso, la adolescente embarazada; que tiene como fin profundizar sobre el tema de estudio, a través de la indagación y exploración sobre las respuestas de las adolescentes embarazadas en relación a su Imagen Corporal. Esta modalidad de entrevista, permite al investigador mayor libertad y flexibilidad para el logro de la recolección de datos, pudiendo buscar la misma información por distintos caminos en diversos momentos de la entrevista; sobre la base de una guía que oriente los datos que se necesitan recabar, en relación a los objetivos de este estudio.
- **OBSERVACIÓN DIRECTA:** esta técnica nos permite, al igual que en la entrevista, recabar datos desde lo gestual, conductual, actitud corporal, vestimenta, etc., siempre en relación a los indicadores de nuestra variable de estudio. De esta manera, formará un complemento que confirme o no, algunos de los datos a ser analizados.
- **DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA:** esta técnica nos presenta una manera gráfica de expresión, al igual que en las otras dos, se busca la confirmación o no de la percepción de algunos de los cambios corporales que se dan en un embarazo; para de esta manera afianzar la veracidad de la información obtenida, intentando utilizar diferentes técnicas para conocer un mismo fenómeno.
- **RECOPIACIÓN DOCUMENTAL:** se obtuvieron datos concernientes al control ginecológico, como aumento de peso, cantidad de controles, etc. De las historias clínicas de las jóvenes del grupo de estudio.

Metodología de la toma de las técnicas

La recolección de datos a través de los instrumentos seleccionados, entrevista semi-estructurada, observación directa y dibujo de la figura humana, se efectuó luego

de que las adolescentes concurren a su respectivo control ginecológico. La implementación en un comienzo se diagramó con intenciones de realizar dos entrevistas por persona, pero dadas las sugerencias vertidas por las profesionales de los sub-centros de salud, quienes refirieron cierta reticencia por parte de las jóvenes para cumplir los sucesivos controles médicos, se optó por tomar una sola entrevista.

En cada encuentro intervinieron dos de las investigadoras, y a fin de captar la mayor información posible, se dividió la tarea en: la entrevista propiamente dicha y la recolección de datos a través de la observación directa.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

La población de estudio quedó conformada por 18 adolescentes embarazadas primerizas, cuyas edades oscilan entre 15 y 19 años; siendo esta cantidad mayor a la propuesta en un comienzo. Al momento del estudio, se encontraban cursando el segundo trimestre de embarazo y concurriendo a los controles médicos en los subcentros de salud de los barrios Libertad y Jorge Newbery.

De la muestra tomada, la edad de la mitad de las jóvenes corresponde a la franja etárea formulada en el comienzo de la investigación (14 a 17 años). Se decidió ampliar el rango de edad hasta los 19 años, dado que las embarazadas más jóvenes y primerizas, no concurren a los controles de salud en forma periódica. Este dato ha sido confirmado por los profesionales de los subcentros y ratificado en las historias clínicas.

Asimismo, varias adolescentes que podrían haberse incluido en la muestra por su edad, no eran primerizas y no pudieron ser entrevistadas.

Con respecto al grado de escolaridad alcanzado, el 50% de la población no completaron los estudios primarios. Del resto de las jóvenes, sólo el 10% culminó los estudios secundarios. Los motivos referidos respecto al abandono escolar, haciendo un análisis de los mismos, no parecieran ser causas que justifiquen tales hechos. Por ejemplo: “no me gustaba el lugar donde se dan las clases, entonces dejé de ir” (entrevista N°4) “me mudé y me queda lejos para ir” (entrevista N°11) “dejé porque me cansó” (entrevista N°7)

Se observó que la escolaridad no es una obligación promovida desde el grupo familiar, ni constituye un proyecto para ellas. Esto se visualizó a través del desinterés que manifestó la mayoría al abordar este tema en la entrevista.

Los establecimientos educativos, por lo que las jóvenes refirieron, no han sido expulsivos respecto a la problemática del embarazo; pero tampoco han resultado ser espacios de contención y acompañamiento.

Mantienen el grupo primario de convivencia de ella o él, y aproximadamente la mitad convive con el padre del bebé; manteniendo la dependencia no sólo económica, sino también en hábitos de convivencia diarios (tareas domésticas, como hacer la comida, limpieza, etc.). En muchos de los casos hay hacinamiento. Esta conformación familiar se da en otros miembros del grupo familiar, hermanos, primos, que a su vez no difiere al modo que ellas vivieron con su familia cuando eran niñas.

Teniendo en cuenta el análisis de los datos precedentes, se puede confirmar lo expuesto teóricamente con respecto a que la maternidad precoz marca el comienzo de una responsabilidad económica y generalmente las jóvenes no se encuentran en condiciones de asumirla. La familia de origen, que por lo general también cuenta con escasos recursos y oportunidades laborales limitadas, se deben hacer cargo de la joven y su hijo, formando un círculo vicioso, de embarazos precoces, mayor cantidad de hijos y pobreza.

Estas madres adolescentes quedan estancadas en la dependencia infantil, sin demasiadas posibilidades de transcurrir por un proceso de independencia progresiva hacia la adultez, sin un marco de contención y apoyo familiar. Se mostraron incapaces de asumir roles con mayores responsabilidades, como el de ser madres.

Esta falta de sostén familiar se reflejó en la respuesta por parte de la gran mayoría de las adolescentes a la pregunta de cómo las familias, el papá del bebé y los amigos, reaccionaron ante la noticia del embarazo: "...Bien...no...nada..."

En cuanto al padre del bebé, en su gran mayoría son mayores que las madres, sus edades oscilan entre 19 y 21 años. Se infiere, de lo dicho por las jóvenes, que existe relación de noviazgo sin entablar una relación de pareja estable.

La adolescencia se caracteriza por contradicciones sucesivas en su conducta y fluctuaciones del humor y de los estados de ánimo. Esto se ve reflejado en un ir y venir entre responsabilidades e irresponsabilidades, por momentos delegando obligaciones

a los padres y por otros exigiendo que se los trate como adultos. Estas variaciones hacen que todas sus relaciones objetales adquieran un carácter, si bien intenso, sumamente lábil y fugaz, lo cual explica las crisis pasionales y los brotes de indiferencia absoluta.

En ningún caso manifestaron intenciones de interrumpir el embarazo y refirieron estar felices con el mismo. Por otra parte su expresión abúlica y actitud de resignación parecería no coincidir con su discurso.

El inicio de la actividad sexual fue temprano, entre los trece y dieciséis años de edad. En la mayoría de los casos el embarazo fue consecuencia de sus primeras relaciones sexuales, esto se deduce a partir del tiempo transcurrido entre las primeras relaciones y la edad de embarazo.

Asimismo el comienzo de la actividad sexual, en casi todos los casos, es inminente al desarrollo puberal (primera menstruación).

A continuación se detalla lo antedicho en cuadro comparativo.

Edad 1ra menstruación Edad 1ras relac.sexuales Edad embarazo

| | | |
|----|----|----|
| 14 | 18 | 19 |
| 13 | 14 | 16 |
| 15 | 16 | 17 |
| 12 | 13 | 19 |
| 12 | 15 | 19 |
| 12 | 15 | 15 |
| 15 | 17 | 18 |
| 13 | 14 | 16 |
| 15 | 16 | 17 |

| | | |
|----|----|----|
| 12 | 14 | 16 |
| 12 | 14 | 16 |
| 16 | 18 | 19 |
| 14 | 16 | 18 |
| - | 15 | 16 |
| 13 | 15 | 16 |
| - | 15 | 16 |
| 15 | 15 | 18 |
| 13 | 15 | 16 |

La mayoría de los estadistas consultores del tema “embarazo adolescente” coinciden en que, cuanto más joven es una niña al momento de iniciarse sexualmente, menos probabilidad hay que utilice anticonceptivos en su primera experiencia, mayor la probabilidad de que espere para buscar ayuda sobre métodos anticonceptivos, lo mismo que mayor la posibilidad de quedar embarazada.

A esto se agrega que los bajos recursos con que cuentan estas jóvenes y el bajo nivel educativo alcanzado, aumentarían aún más las probabilidades de embarazo.

Respecto al grado de información sexual, ellas refirieron estar informadas y tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Todas las jóvenes coincidieron en que sabían como cuidarse pero el embarazo ocurrió por accidente.

No obstante desde la entrevista semi-estructurada, se profundizó el cuestionario, obteniendo como respuesta alto grado de desinformación o información errónea en la mayoría de los casos.

Algunos ejemplos son: "...mi vecina me dijo que empiece a tomar pastillas antes de que me venga, porque ayuda a fortalecer el útero y después las deje para descansar..." (entrevista N°6)

"... nos cuidábamos con preservativo, yo confié en él, en que él se cuidaba..." (entrevista N°13)

La mayor fuente de información proviene de sus grupos de pares, amigos, vecinos, madre y hermanas. No mencionaron haber recibido instrucción sexual por parte de instituciones educativas y/o sanitarias.

Ante la pregunta abierta, respecto a la percepción de los cambios propios del embarazo, las adolescentes no refirieron espontáneamente registrar las modificaciones de su cuerpo; no obstante al hacer más específico el interrogatorio, la mayoría registró cambios en pechos, caderas, panza, pies y piernas. En cuanto a la valoración de estos cambios, se mostraron satisfechas con el crecimiento de los pechos.

En realidad existió un reconocimiento general y global de modificaciones en el cuerpo, pero que no se asociaban a cambios propios del embarazo. "... me creció el cuerpo..." (entrevista N°7) "...me siento grande por todos lados..." (entrevistas N°8-10) "...me veo gorda..." (entrevistas N°4-6-10-13)

El aumento de peso fue vivenciado en forma displacentera, y se mostraron preocupadas por recuperar el cuerpo anterior más delgado. Estaban pendientes de sí mismas, de su cuerpo. Estos rasgos egocéntricos, propio de la adolescencia, podrían interferir en la posibilidad de asumir su estado de embarazo.

Se observó sentimiento de extrañeza y de no reconocimiento del propio cuerpo, como falsas percepciones de la imagen de sí mismas que no correspondían con la realidad. Al respecto, resultó llamativo, que a pesar de que ellas verbalizaban los kilos aumentados, los cuales coincidían con el registro de peso en las Historias Clínicas,

siendo éste el esperado para su período gestacional o en ocasiones por debajo del peso medio, las sensaciones que ellas tenían es de estar gordas (como deformadas). Ajuriaguerra, llama a estos estados de ánimo en la adolescencia, “dismorfestesia” (sentimiento de deformidad).

Ninguna de ellas habló de su bebé, y desde el lenguaje gestual no se observó comunicación alguna con la vida intrauterina, como por ejemplo: el contacto con la panza a través de las caricias.

El lenguaje gráfico reveló coincidencias con lo dicho, dado que la mayoría no se dibuja con rasgos de embarazo. De las 18 jóvenes entrevistadas, sólo dos de ellas revelaron cambios propios del embarazo, expresado en el lenguaje verbal y a través del dibujo. Coincidentemente, es de destacar que en ambos casos el grupo familiar de pertenencia presenta características de contención y apoyo a la joven, como así también, un mayor nivel educativo de las mismas (dibujo N°10 y 18).

Con respecto a la vestimenta, mantenían el estilo anterior, pero necesariamente cambiaban el jeans por el jogging, lo que provocaba sentimientos de tristeza y angustia, propios del proceso de duelo.

En algunos casos, especialmente en las jóvenes de menor edad, exhibían su abdomen gestante, con ciertas características exhibicionistas, podría responder a una expresión de erotismo manifestado en la vestimenta y no a la intención de mostrar su vientre materno. Por ejemplo: minifaldas, transparencias, calzas de colores vivos, escotes pronunciados. En un menor porcentaje de los casos, se utilizaba la vestimenta para ocultar la panza. “...me da vergüenza.... Y me da vergüenza que las demás muestren la panza...” “...no me gusta mostrar mi cuerpo...” (entrevista N°4)

Los cambios anímicos ante la pregunta abierta no fueron manifestados como al interrogar en forma específica cada uno de ellos. Se hizo necesario facilitar el recurso verbal, para que ellas pudieran nominar lo que sentían.

Es de destacar, que hubo dificultad para verbalizar los sentimientos que provocaban en ellas estos cambios. Recurriendo a la observación directa, notamos que su actitud postural y gestual, mostraba tristeza, resignación, apatía y abulia. En los adolescentes hay un predominio del lenguaje corporal, con un diálogo verbal escaso, que se acentúa al hablar de sus emociones.

A los cambios anímicos generados por el embarazo, a su mayoría le asignaban una valoración negativa, que a su vez, dificultaba el vínculo con su entorno. Por ejemplo: "...hay días que no me aguanto ni yo..."

El 50%, dijo mirarse al espejo, de ellas, algunas manifestaban disconformidad con la imagen que este les devolvía y se veían feas, gordas. Las que manifestaban verbalmente que se sentía bien con lo que veían, no lo acompañaban con su expresión gestual.

En términos generales manifestaban tener menor cantidad de encuentros con el espejo desde que están embarazadas.

En su totalidad, refirieron corte de vínculos con sus amigos del colegio y del barrio, permaneciendo la mayor parte del tiempo en sus hogares. No iban más a bailar, lo cual es expresado mediante frases como: "...se me fueron las ganas..." "...no me puedo poner el jeans..." "...no puedo fumar ni tomar alcohol..." Hay corte de su vida social, aquellas que estaban en pareja, trasladaban la dependencia afectiva al novio.

Refirieron tener amigas de su edad, en iguales condiciones, pero con las que no sostenían un vínculo cercano.

Teniendo en cuenta esta descripción y la importancia fundamental que tiene en la adolescencia el fenómeno grupal, donde se transfiere parte de la dependencia que mantenía con su grupo familiar primario, estas jóvenes al quedar excluidas de su

grupo de pares, en una suerte de regresión, buscan la seguridad recurriendo nuevamente a la dependencia familiar.

En la adolescencia, el grupo de pares opera como espacio de refugio, donde todos los esfuerzos están dirigidos a no salir de los límites que marcan las pautas de conducta y criterios esperados por el grupo que pertenecen, imitando formas de vestir y comportamientos. No ajustarse a ello genera sentimientos de inferioridad y desvalorización respecto al grupo.

Los miedos y las dudas no sería algo que las invada. En muy pocos casos, temían a los dolores del trabajo de parto. Se observó otra característica egocéntrica, ya que estaban más pendientes de si mismas, que del embarazo y del hecho que las transformará en madres.

Asimismo, en relación a las molestias propias del embarazo, no surgieron quejas ni descripción de las mismas.

La expresión gráfica, nos demostró a través del dibujo de la figura humana, características infantiles (monigotes, pocos detalles, cabeza grande, cuerpo pequeño), pudiendo tener relación con el bajo nivel educativo y/o con esta dificultad de despegar de su lugar de niña.

Presentaron en la totalidad de los casos, resistencia a realizar el dibujo. Escasos rasgos de femineidad que caracterizan a cuerpos de mujer, que son los que se van elaborando en esta etapa adolescente y marcan la diferenciación entre masculino y femenino, dejando atrás la primacía del falo.

La despersonalización y falta de rasgos individuales nos mostró que recién comienza el proceso de reestructuración de su imagen corporal. En la adolescencia la búsqueda de uniformidad, le brinda seguridad y autoestima; necesidad ésta, de las jóvenes ante los múltiples cambios corporales y el corto tiempo en el que transcurren durante el embarazo.

Teniendo en cuenta que la figura realizada es una presentación del sujeto que la dibuja y que representa la imagen de sí mismo formada por experiencias biológicas, psicológicas y sociales, donde se conjuga su historia y su presente; los rasgos y características que acompañan al sujeto desde el nacimiento o son adquiridos a temprana edad, forman parte de esa imagen corporal, ello queda de manifiesto en el dibujo N°15.

El cúmulo de transformaciones producidas en un corto plazo por el estado de embarazo se suma a la crisis propia de la etapa adolescente, que perturban el sentido de identidad y dificultan el reconocimiento del propio cuerpo proyectado en el dibujo de la figura humana.

Es de destacar que de las 18 adolescentes solo 3 se dibujaron embarazadas, y 10 no manifestaron en su figura humana rasgos propios de un embarazo. En uno de los casos la zona del abdomen se intentó borrar (dibujo N°5) y en otro se observó la imposibilidad de continuar dibujando aquellas zonas que manifestaban cambios propios de su estado (dibujo N°2).

Algunos rasgos que se repetían en los dibujos fueron omisiones de manos y/o pies. En algunos casos el tamaño del dibujo fue pequeño, en relación al espacio de la hoja, lo que podría mostrarnos baja autoestima e inseguridad. Asimismo nos resultó significativa la inexpresión, en la mayoría de los dibujos, que transmiten sus miradas. En ciertos casos, apareció sólo el contorno de los ojos y en otros, son sólo puntos.

Teniendo en cuenta que los ojos son la conexión con lo que nos rodea, estos rasgos descritos reafirman lo relevado a lo largo de la entrevista, respecto a las dificultades que presentaban estas jóvenes para vincularse con su entorno.

CONCLUSIÓN

El desarrollo teórico sobre los procesos que ocurren en la adolescencia, al momento es escaso, en relación a otras etapas de la vida. No es de extrañar que las investigaciones al respecto también lo sean.

Esta situación se presentó como una dificultad y a su vez como una motivación para generar aportes desde Terapia Ocupacional, a la problemática de estudio.

Partiendo de los objetivos propuestos al principio de la investigación podemos concluir:

Las adolescentes embarazadas presentaron dificultades para percibir los cambios físicos y anímicos propios del embarazo.

Valoraron positivamente aquellos cambios físicos que les significaban pertenencia al grupo de pares y negativamente los que las excluía. Por ejemplo el crecimiento de los pechos, cuya valoración positiva se suma a la posibilidad de continuar con el uso de remeras escotadas. Lo que las excluía de su grupo es la imposibilidad de, por ejemplo, usar jeans ajustados por el crecimiento de las caderas.

Los factores sociales, culturales y educativos incidieron en la percepción de la imagen corporal de las adolescentes embarazadas.

Presentaron serias dificultades para verbalizar sentimientos, sensaciones, dudas, miedos, expectativas. Consideramos que podría estar relacionado con un nivel educativo, cultural y social, que les dificulta reflexionar respecto de los mismos. Esto se encuentra vinculado con la falta de lugar de escucha y contención familiar, social, educacional. La etapa evolutiva por la que están atravesando contribuye con este estado de hermetismo descripto.

El impacto del embarazo de las adolescentes en su grupo familiar no resultó un hecho sorprendente, forma parte de lo conocido y en la mayoría de los casos de lo esperado; repitiendo de esta manera, en todos los casos, la historia de su madre.

Las conductas fluctuantes, características de los adolescentes, sumado a la falta de información respecto al cuidado en las relaciones sexuales y al precoz inicio de la vida sexual, predispone el aumento de embarazos precoces, que hoy sorprende a la sociedad adulta; como si estos adolescentes no formaran parte de esta sociedad, que se horroriza, cuestiona y condena a estas jóvenes, sin poder ver que son el chivo expiatorio del mundo adulto. Debemos tener en cuenta que lo antes dicho, se ve agravado, por un entorno de marginalidad y pobreza, que desencadena mayor vulnerabilidad en estas jóvenes, donde la posibilidad de conocer sus derechos, de tener un referente que permita el aprendizaje del autocuidado y la posibilidad de generar su propio proyecto de vida, se ve entorpecido.

En la problemática del embarazo adolescente, predomina el aporte médico, sería importante, que otras disciplinas, como la Terapia Ocupacional, realicen aportes para comprender en forma integral dicho fenómeno.

Surgen múltiples interrogantes, en torno a esta población, las cuales se detallan a continuación, como propuestas para futuras investigaciones que deseen ampliar el conocimiento existente:

Educación sexual de los adolescentes.

Relación de los adolescentes con docentes.

Deserción escolar de las adolescentes embarazadas.

Relación vincular de los adolescentes con sus padres.

Aspectos más inconscientes de la imagen corporal.

Durante el trabajo de campo con estas jóvenes, transitamos por diferentes vivencias. Al comienzo de las entrevistas, nos generó ansiedad, incomodidad ante los prolongados silencios que estas jóvenes mantenían frente a la pregunta abierta. Con el transcurso de las preguntas, al especificarse el interrogatorio y profundizando en cada historia, sin emitir juicios de valor ante las respuestas, favoreció un clima de

mayor comodidad, generando en nosotras nuevas vivencias. En un discurso en el que predominaba la resignación, la abulia, plagado de frases como “nada”, “bien”, nos generó la necesidad de hacer algo junto a ellas y para ellas.

Partiendo del concepto de salud desde un paradigma social y a través de un abordaje comunitario, entendemos la salud, no sólo como la falta de enfermedad, sino como la capacidad de lucha individual y social que tiene el individuo, para modificar las condiciones que limitan la vida. “Salud es la manera de vivir libre, solidaria, responsable y feliz. Es un bien ser y no un bien-estar”⁴⁸

Una intervención de carácter preventivo, debería considerar su accionar en forma integral e interdisciplinaria, promoviendo la capacidad del sujeto de ser artífice de la construcción de su propia salud, a través de la participación activa del individuo en su medio, considerando las variables sociales y comunitarias en las que está inmerso.

Desde Terapia Ocupacional, nos planteamos como objetivo generar en las adolescentes una percepción optimista sobre las situaciones por la que atraviesan y la sensación que es posible actuar sobre ellas. A pesar de no poder revertir la problemática, se propiciará el aprendizaje para poder enfrentar y sobrellevar la adversidad y ser fortalecidas por ella.

Basándonos en el enfoque de resiliencia, todo sujeto tiene la posibilidad de aprender y desarrollar capacidades de adaptación, de reacción y de reafirmación, ante las más variadas condiciones de su entorno. Este entorno, conformado por las instituciones básicas (familia, escuela, comunidad) suelen presentar perturbaciones, que si bien resultan influyentes no son determinantes en la vida de un sujeto.

⁴⁸ Definición propuesta por el X Congreso Catalán de Médicos y Biólogos. Barcelona. (1988).

El T.O. al utilizar este enfoque, no sólo identificará las conductas de riesgo, sino se trabajará sobre los factores protectores que les permitirá a las adolescentes embarazadas, enfrentar las situaciones conflictivas.

Se propone llevar a cabo un taller de abordaje corporal, que posibilite:

Desarrollar la conexión con ellas mismas, a través de escuchar y entender las señales del cuerpo y de las emociones, reconociendo lo que cada una siente en cada circunstancia. Favoreciendo la concientización que permita la agudeza perceptiva del propio cuerpo.

Incentivar a la búsqueda de nuevas alternativas que les permita construir un proyecto de vida propio, evitando conductas estereotipadas que en otras situaciones no han dado resultado.

Incrementar su autoestima, a través del reconocimiento de las habilidades en las que cada una se destaca.

Favorecer una adecuada comunicación, que les permita expresar y defender sus ideas y emociones para saberlas comunicar a tiempo, protegiéndose de las situaciones de riesgo.

Promover un lugar de escucha, como espacio protegido y de confianza, en el que puedan formular las preguntas necesarias, compartiendo saberes, expresando miedos, deseos, inquietudes, etc.

La Atención Primaria de la Salud en Adolescencia no es sólo una intervención en una etapa más del desarrollo humano, sino que esta intervención proveerá resultados positivos en este devenir adolescente y su maternidad, logrando un proyecto adulto sano, así como un buen vínculo madre-hijo y un desarrollo psicomotor adecuado del niño.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Aberasturi, A. y Knobel, M. “La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico”. Editorial Paidós. 1986.
- Aguirre B. Angel, “Psicología de la Adolescencia”. Editorial Boixareu Universitaria. Barcelona 1994.
- Balardini, Sergio Alejandro. “Jóvenes, tecnología y consumo”. Proyectojuventud.
bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cyg/juventud/balardini.doc -
- Balardini, Sergio Alejandro y otros. “Los jóvenes y sus derechos. Saber para actuar, exigir y denunciar. Buenos Aires: Lugar editorial. 2004.
- Belaustegui, M. I. y otros. “Prevención primaria en salud desde T.O. en madres y sus hijos en un medio social adverso”. Tesis de grado en Lic. en T.O. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1995
- Beneitez, M. A. y Lista, C. “La imagen corporal en la tercera edad”. Tesis de grado en Lic. en T.O. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997.
- Bozzi, Micaela “Casa de Justicia”. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2004.
- Carbahal, M. “Embarazo Adolescente en la Argentina”.
www.página12.com.ar/diario/elpais/1-89636-2007-08-13.html.
- Cardoso, M.; Cévoli, L. “Descripción de la relación diádica de las madres adolescentes y sus hijos de cero a seis meses.”Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2005.
- Cardoso, M.; Cévoli, L. “Descripción de la relación diádica de las madres adolescentes y sus hijos de cero a seis meses.”Tesis de grado. Universidad

Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
2005

- Crespo, Donati, “Barreras subjetivas para la inserción social”, www.Apicepublicaciones.org.ar/publicaciones.
- Deschamps, Jean-Pierre. “Embarazo y maternidad en la adolescente”. Editorial Herder. Barcelona 1979.
- Distrito Federal México. www.monografias.com./trabajos16/embarazo-en-adolescentes.shtml.
- Dolto F. “La causa de los adolescentes”. Editorial Seix Barral S.A. Séptima reimpresión argentina. Febrero 1996.
- Dolto, F y Dolto-Tolitch, C. “Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta”. Editorial Atlántida 1992.
- Dolto, F. “La imagen inconsciente del cuerpo”. Editorial Paidós. España. 1986.
- Efrón R., Feldman S., Gallart M., Kessler G., Macri M., Suárez I., Jacinto C. (coordinadoras). “Adolescencia, Pobreza, Educación y Trabajo” Editorial Losada Bs. As. 1996.
- Escudero, José. Conferencia: “Impacto de la realidad socioeconómica en A.P.S.” III Jornadas Multidisciplinarias en A.P.S. Septiembre 1997.
- García Teran, M. “Los adolescentes y el sexo”.
- Giberti, E. “Escuela para padres”. Los chicos del tercer milenio. Adolescente I parte. Revista Diario Página 12 N° 18. Buenos Aires. 1999.
- Giberti, E. “Escuela para padres”. Los chicos del tercer milenio. Adolescente II parte. Revista Diario Página 12 N° 19. Buenos Aires. 1999.

- González C, Guillermo. "Imagen Corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido". Trabajo presentado en el Primer Encuentro Internacional de Educadores de la Reproducción. Instituto Nacional de Perinatología. México. Junio 2000.
- Grupo GISEA. Jolis, M. Dolores (comp.) "Los adolescentes en la escuela y en la universidad. Qué se dice y que se hace". Editorial Lumen. 2000.
- Gyarmati, Gabriel "Ciencias Sociales y medicina". Cap. "Salud y Enfermedad: hacia un paradigma biopsicosocial". Ed. Universitaria
- Herrera, R.; Charras, J. y Blanda, E. "Identidad y embarazo adolescente". Universidad Nacional de San Luis. 2001.
- INAMU Programa Construyendo Oportunidades. Costa Rica. "Adolescencia y Juventud".
- Kaplan, Louise J. "Adolescencia el adiós a la infancia". Editorial Paidós. Buenos Aires. Barcelona. México.
- Kroeger Axel, Luna Ronaldo. "Atención primaria de la salud. Principios y métodos". O.P.S. Editorial Pax México. Segunda edición. Enero 1992.
- Langer, Marie. "Maternidad y Sexo". Editorial Paidós. México. 1999.
- Levin, Esteban. "La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje". Edición Nueva Visión. 1991.
- Levin, Esteban. "La infancia en escena. Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor". Edición Nueva visión. 1997.
- Levin, Esteban. "Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo". Edición Nueva visión. 2003.
- Lic. Alpei, Beatriz. "El carácter social del proceso Salud- Enfermedad". Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Mar del Plata.

- Lic. Amaya, Juanita y otras. Universidad Nacional de San Luis. "Imagen Materna y Embarazo Adolescente". X Congreso Argentino de Psicología. Rosario. Octubre 2000.
- Lic. Herrera, Raquel y otras. Universidad Nacional de San Luis. "Análisis de la fortaleza yoica en un grupo de adolescentes embarazadas". X Congreso Argentino de Psicología. Rosario. Octubre 2000.
- López, J. Y otras. "Psicosis e Imagen Corporal: la integración de la estructura de la Imagen Corporal abordada a través de la estimulación psicomotriz, en pacientes psicóticos crónicos institucionalizados". Tesis de grado en Lic. en T.O. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996.
- Melnechuk, Myrian y Panettiere, Gladys. "El grado de satisfacción corporal en adolescentes desde T.O". Tesis de grado en Lic. en T.O. Universidad Nacional de Mar del Plata. Julio 2001.
- Mozón, Lourdes Tisiana. "Riesgos en el embarazo adolescente". Revista postgrado de la Cátedra de Medicina N° 153, pág. 13 a 17. Enero 2006.
- Myers, Robert. "Los doce que sobreviven". Cap. 3, 9 y 12. Año 1981.
- National Research Council. "Anticoncepción y Reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo". Editorial Médica Panamericana. Bs. As.1990.
- O.P.S. "Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil". Serie Paltex.
- O.P.S. Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. "Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajo ingresos."
- O.P.S. Las condiciones de salud en las américas. Volumen 1. edición 1994.

- O.P.S. O.M.S. “Promoción de la salud: una antología. Anexo I. Carta de Ottawa para la promoción de la salud”. Publicación científica N° 557.
- O.P.S. O.M.S. Cerruti Basso, Stella y colab. “Sexualidad humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual”. PALTEX. 4º edición 1992.
- O.P.S. O.M.S. Dr. Silber, Tomás y otros. “Manual de Medicina de la Adolescencia. PALTEX. 1992.
- O.P.S. O.M.S. Ministerio de Salud de Panamá. “Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias” Junio 2004.
- O.P.S. O.M.S. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Recursos y Programación de Salud. “Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente”.
- O.P.S. O.M.S. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Recursos y Programación de Salud. “Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente”.
- O.P.S. Salud Reproductiva en las Américas. Editores: López, G., Yunes, J, Solís, J. Capítulo 5 “El embarazo entre adolescentes”.1992
- Prof. Dr. Juan R. Issler “Embarazo en la adolescencia” Revista de Postgrado de la Cátedra VI Medicina N° 107 Agosto 2001. www.unne.edu.ar/revistas.
- Quapper, Klaudio. “Cuerpo. Poder y placer. Disputas en hombres jóvenes de sectores empobrecidos”.
kolectivoporoto.googlepages.com/Cuerpopoderyplacercastalia.doc
- Teicher, Manfredo. “La aventura adolescente”. Lumen. Tercer milenio. 2003.
www.psicomundo.com
- Revista de Nutrición. Brazil. Volumen 17 N° 2. Abril-Junio 2004. Pág. 185 a 194.
- Schilder, Paul. “Imagen y apariencia del cuerpo humano. Estudios sobre las energías constructivas de la psique”. Ed. Paidós. Buenos Aires.

- Taller de Promoción de la Salud. Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Mar del Plata. 9, 10, 11 y 12 de marzo de 2000
- Tejada de Rivero, David “Alma-Ata: 25 años después”. Revista Perspectivas de Salud. O.P.S. Volumen 8 N° 1. 2003.
- Tejada de Rivero, David. “La crisis de la Salud Pública” O.P.S. 1992.
- Troncoso, Isabel. “Embarazo en adolescentes”. Colombia.
www.monografias.com.
- Veyra, María Eugenia y otra. “Algunas reflexiones sobre el rol actual del T.O. en la comunidad. Mar del Plata.
- Vendihtov, D. “Lecciones que se derivan de Alma-Ata. Foro Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Año 1981
- Videla, M. “Prevención e intervención psicológica en salud comunitaria”. Editorial Cinco. Bs. As. 1993.

LISTADO DE PÁGINAS DE INTERNET
CONSULTADAS

- www.al-dia.cl/sistema/revistas-completas.asp?letra=R-120k.
- www.cenep.org.ar/01_02_Ge_p.html
- www.centrodos.com.ar/articulos/rivadero.nacionadolescencia.html-10k-
www.ecomedic.com/em/embaado1.htm “Embarazo en la adolescencia.
- www.español.pregnancy-info.net/imagen_corporal_y_embarazo.html-22k-.
- www.gestiopolis.com/recursos.6/Docs/Eco/impacto-social-y-economico-de-los-embarazos-prematuros.html-62k-
- www.idrc.ca/pan_americas/cv-2713-201-1-DO_TOPIC.html
- www.iigg.fsoc.uba.ar Instituto de investigación Gino Germani.
- www.iin.oea.org/2006/lecturas_sugerida_2006/alerta_bibliografica/educacion_sexual.html
- www.inamu.go.cr/content/view.
- www.kidshealth.org/parent/en_español/padres/teen_pregnancy_esp.html-34k-
- www.laprensa-sandiego.org/archieve/dec31/radio.htm. “El embarazo Adolescente: una cadena perpetua a la cárcel de la pobreza.
- www.margen.org/margen01/demarcog.html. Lic. De Marco, P. y Rossi, B. “Maternidad adolescente: una problemática ¿para quién? Revista de trabajo social. 1998.
- www.margen.org/margen03/ssollag.html. Solla, L. “Salud de los adolescentes: diagnóstico de situación. Revista de trabajo social. 1999.
- www.mipediatra.com/infantil/adolescente-fem.htm. Imagen corporal de los adolescentes anclada en lo femenino. Año 1998. Psicóloga Gabriela Tercero Quintanilla.
- www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-89636-2007-08-13.html

- www.pregnacy-infonet/imagen_corporal_y-embarazo.html-22k. Imagen Corporal durante el embarazo: todo sobre la I.C. Español Pregnancy-info.net.
- www.rehue.esociales.uchile/antropologia/congreso/s0902. Caffarelli, C. “Y mañana serán mujeres de bien...” Estigma, control del cuerpo y avasallamiento de los derechos sexuales en adolescentes institucionalizadas. Cuarto Congreso Chileno Antropología. 2001
- www.revistaterapiaocupacional.cl/-10k.
- www.una.ac.cr/ides/p412.html. Carrillo D, M. “Vivencias de las adolescentes cuando enfrentan un embarazo. 1998.
- www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_arjensa.htm-47k. Cuadernos del Marqués de San Adrián ¿Qué es la Imagen Corporal? José Ignacio Baile Ayesa. Centro Asociado de la UNED de Tudela.
- www.yabiru.fmed.uba.ar/mspba/linessit.htm. “Situación de salud de la mujer, el niño y el adolescente”.

ANEXO I - GUÍA DE ENTREVISTA

DATOS PERSONALES

Edad

Mes de gestación

Ocupación

ESCOLARIDAD

Si estudia

Qué estudia

Ultimo año cursado

Si interrumpió los estudios, cuál fue el motivo

GRUPO CONVIVIENTE

Con quien vive

| Parentesco/relación | Edad | Ocupación |
|---------------------|------|-----------|
|---------------------|------|-----------|

DATOS DEL PADRE DEL BB

Edad

Tomó conocimiento del embarazo

Relación que mantenía con el padre antes del embarazo

Relación que mantiene en la actualidad

Como responde ante la noticia del embarazo. Se mantiene la misma respuesta o cambió en el transcurso

FAMILIA

Quiénes de la familia saben del embarazo

Cómo reaccionaron ante la noticia

Qué relación tiene con la familia

A partir del embarazo se modifica la relación, en qué aspectos

INFORMACION SEXUAL

A qué edad tuvo la primera menstruación

A qué edad tuvo la primera relación sexual

Recibió información de cómo cuidarse, la utilizó

Cómo se dio cuenta que estaba embarazada

Es el primer embarazo

Si no es el primero, cuántos tuvo

Quería estar embarazada

Pensó en interrumpir el embarazo, si lo pensó que hizo cambiar de opinión y continuar con el mismo

PERCEPCIÓN DE CAMBIOS CORPORALES Y ANIMICOS

Si notó cambios (anímicos y/o corporales) durante el tiempo que lleva de embarazo

(Se comienza con una pregunta abierta para constatar si hay registro y luego se va preguntando por las diferentes partes del cuerpo).

Cómo tomó la noticia del embarazo, sentimientos que le provocó

Percepción de cambios corporales: aumento del tamaño y formas modificadas

Peso

Pechos

Cintura

Caderas

Vientre

Cola

Piernas

Piel: estrías-celulitis-manchas-etc.

Postura

Molestias percibidas: náuseas-vómitos-cansancio-acidez-sueño-dolores abdominales-hormigueos-inflamación-otras

Modificaciones del apetito

Cuánto aumentó de peso, se nota más gorda, como se siente al respecto

Qué sentimientos provocan los cambios corporales

Qué tipo de ropa usa: amplia-ajustada-ambas

Cambió la forma de vestirse

Se viste igual en distintas ocasiones

Percepción de cambios anímicos

Cómo tomó la noticia del embarazo, sentimientos que le provocó

(Se comienza con una pregunta abierta, luego se pregunta detalladamente)

Irritación

Alegría

Tristeza

Desgano

Angustia

Mayor sensibilidad

Otros

Se mira al espejo, como se ve (valoración), le gusta mirarse o evita

Los demás notan los cambios, cómo se da cuenta

Le gusta mostrar la panza

SOCIAL

Tiene amigos, edades, de donde son: barrio – colegio –etc.

Se modificó la relación con ellos a partir del embarazo

Otras amigas de su edad tienen hijos

En el ámbito escolar como respondieron

En el barrio como respondieron

Si tuvo preocupaciones o síntomas durante el embarazo y si necesitó información al respecto

Con quién eligió y/o pudo hablar

Tuvo que pedir ayuda en algún momento

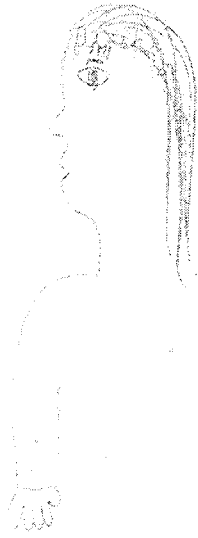
A quién o quienes recurrió

Actualmente le surgen dudas

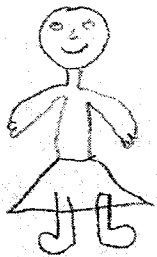
ANEXO II - DIBUJO FIGURA HUMANA

1- La entrevistada se negó a dibujar

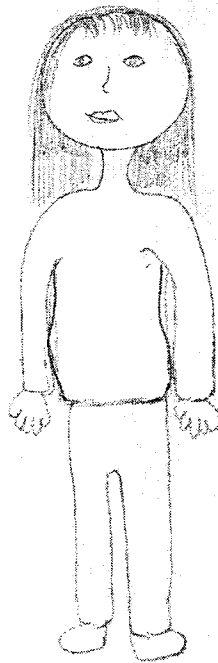
2



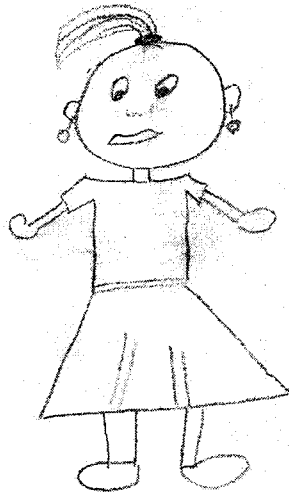
3



4



5

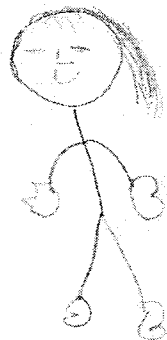


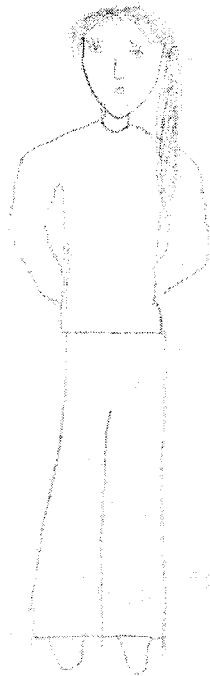
6

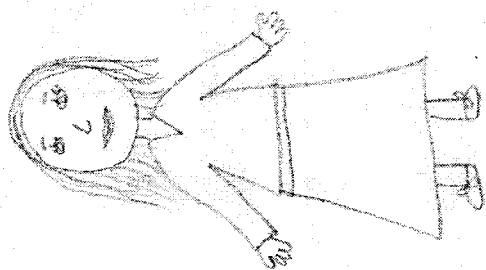


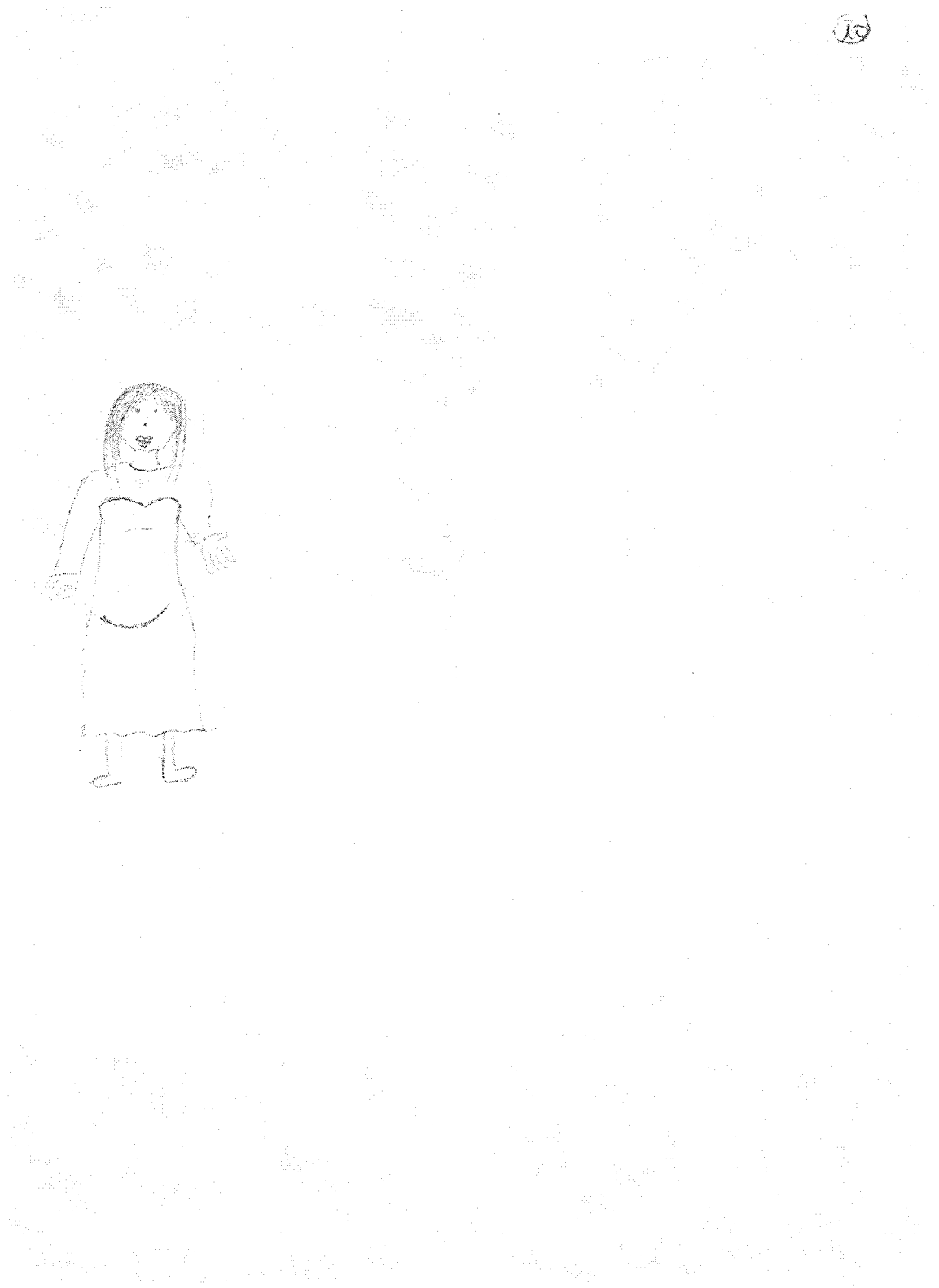


VERONICA

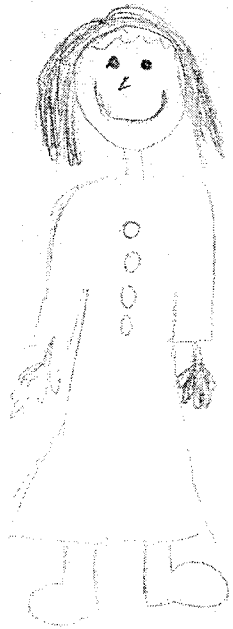




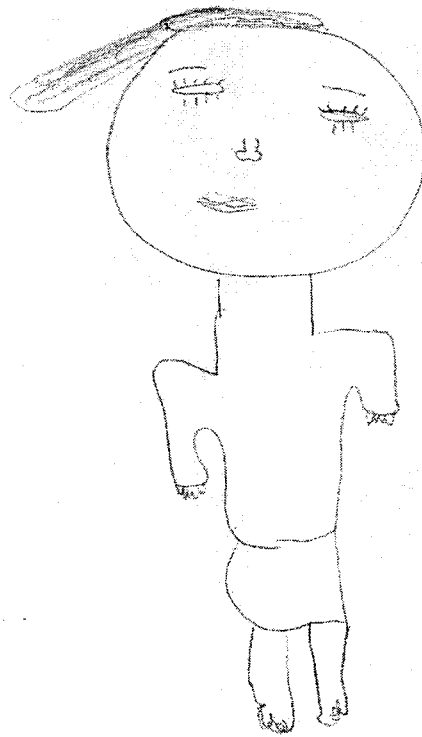




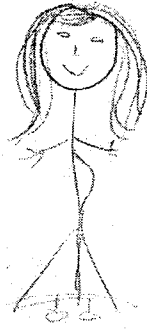
11

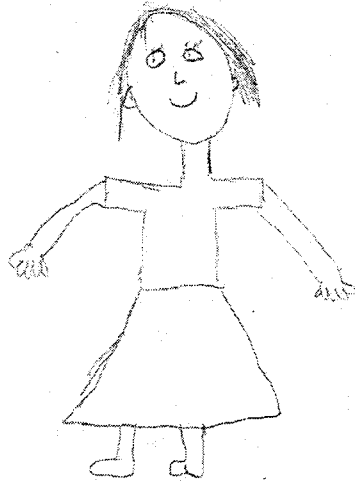


12

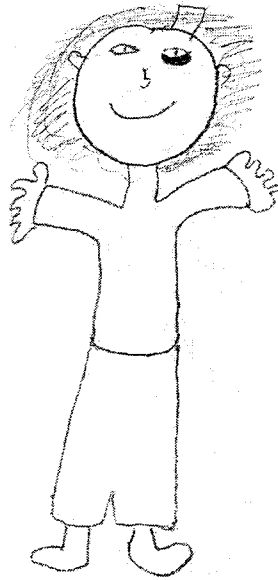


13





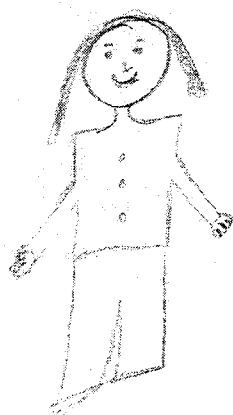
15



16



17



18





DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

- ✓ Lic Donatti Manuel
- ✓ Lic Romero Caroline
- ✓ Lic Cecchi Nestor

Fecha de Defensa: 10-11-09

Nota: 10 (diez)