

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

**CARRERA:
PSICOLOGÍA**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: PSICÓLOGO

**TEMA:
ELABORACIÓN DE UN MATERIAL AUDIOVISUAL, SOBRE LA
APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA PSICOPROFILÁCTICA, PARA
FAVORECER EL PROCESO DE EMBARAZO DESDE EL QUINTO MES DE
GESTACIÓN, EN MUJERES ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS EN EL
SECTOR DE CHILIBULO.**

**AUTOR:
RAÚL CLEMENTE MUÑOZ VASCO**

**DIRECTOR:
ALFONSO EDUARDO BRAVO**

Quito, abril de 2015

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de titulación y su reproducción sin fines de lucro.

Además, declaro que los conceptos, análisis, desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Quito, abril de 2015

Raúl Clemente Muñoz Vasco

1721086922

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda.

A mí amada esposa y mi hermosa hija, que son el motor de mi vida, para salir adelante, gracias por la paciencia y entrega que cada día me brindan.

A mis padres y hermanos por su sacrificio y confianza que me han entregado, que con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida; a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y que han sido importantes en mi vida.

A mi querido padre “Cuchito” por apoyarme y creer en mí, sé que es la mayor satisfacción para él que yo haya culminado mis estudios, es por esto que te dedico este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias en primera instancia a todas las adolescentes embarazadas y sus parejas que participaron explorando, vivenciando, comunicando y creciendo junto a sus bebés a través de la experiencia musical. Y por su gran entrega, esfuerzo y amor que mantuvo en pie al grupo; sin su amor no hubiera sido posible.

Agradezco a la Universidad Politécnica Salesiana por permitirme alcanzar metas que me he propuesto, a mis tutores de tesis Alfonso Bravo y Johana Palma por su valiosa guía y asesoramiento en la realización del Producto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	3
ADOLESCENCIA	3
1.1. Transición evolutiva de la adolescencia.....	5
1.2. La pubertad y sus efectos en el adolescente.....	7
1.2.1. Factores hormonales de desarrollo.....	8
1.2.2. Cambios físicos durante la pubertad.	9
1.2.3. Efectos de la pubertad	11
1.3. La personalidad, grandes cambios psicológicos.	12
1.4. Desarrollo cognitivo del adolescente.	15
1.5. El mundo afectivo y social del adolescente.	17
1.6. Descubriendo la sexualidad adolescente.....	19
CAPÍTULO 2.	23
EMBARAZO Y ADOLESCENCIA	23
2.1. Concepción y desarrollo intrauterino madre-bebé	25
2.2. Sexualidad y embarazo.	31
2.3. Adolescencia, embarazo y familia	33
2.4. Actitud frente al embarazo y maternidad.....	35
2.5. Factores predisponentes y determinantes en el embarazo adolescente	36
2.6. Afecto y autoestima	42
CAPÍTULO 3.	43
MUSICOTERAPIA PSICOPROFILÁCTICA PRENATAL	43
3.1. La Psicoprofilaxis del embarazo	43
3.1.1. Definición de Psicoprofilaxis.....	45
3.1.2. Importancia de la Psicoprofilaxis en el embarazo.....	46
3.1.3. Preparación física de la madre para el momento del parto	47
3.1.3. Preparación psíquica de la madre para el momento del parto.....	53
3.2. Musicoterapia.....	56
3.2.1. Definición de musicoterapia.	56
3.2.2. Principios de la musicoterapia	58
3.2.3. Modelos de la musicoterapia.....	62

3.2.4. Técnicas de la musicoterapia	65
3.2.5. Procedimiento musicoterapéutico	69
3.3. Musicoterapia prenatal	71
3.3.1. Efectos de la música en el feto	72
3.3.2. Estimulación y vínculo prenatal a través de la música.....	73
3.3.3. Desarrollo general de una sesión musicoterapéutica.....	73
CAPÍTULO 4	75
DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PRODUCTO AUDIOVISUAL	75
4.1. Introducción	75
4.2. Contexto.....	75
4.2.1. Descripción del grupo de adolescentes embarazadas.....	75
4.3. Metodología de trabajo	79
4.3.1. Planificación de talleres	79
4.3.2. Promoción de los talleres y selección de las participantes.....	79
4.3.3. Entrevistas personales (elaboración de fichas psicológicas).....	80
4.3.4. Realización de sesiones.....	80
4.3.5. Cierre del proceso y Evaluación	81
4.3.6. Elaboración del producto (video testimonial)	82
CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES.....	86
LISTA DE REFERENCIAS	87
ANEXOS.....	91

ÍNDICE ANEXOS

- ANEXO 1. Material de promoción del taller
- ANEXO 2. Diseño y planificación de las sesiones
- ANEXO 3. Cartas de consentimiento de las participantes
- ANEXO 4. Permiso de las instituciones educativas
- ANEXO 5. Entrevista psicológica y ficha musicoterapéutica
- ANEXO 6. Figuras (fotos del proceso, trabajos de cierre)
- ANEXO 7. Encuesta de la evaluación final de las sesiones
- ANEXO 8. Música utilizada en el taller
- ANEXO 9. Material audiovisual (dvd)

RESUMEN

A través del presente trabajo se muestra un material audiovisual fruto de un proceso de intervención preventiva con musicoterapia, psicoprofilaxis y estimulación prenatal, dirigido a un grupo de adolescentes embarazadas desde el quinto mes de gestación, de la parroquia de Chilibulo, ubicada en las faldas del cerro Unguí, al sur de Quito.

El diseño y aplicación del producto se llevó a cabo en instituciones educativas de la zona, entre los meses de agosto y noviembre de 2014, a través de 10 sesiones de musicoterapia psicoprofiláctica prenatal de 2 horas de duración, con un grupo de 5 adolescentes y sus respectivas parejas, de edades que oscilan desde los 16 hasta los 20 años, cuyo embarazo fluctúa entre el quinto y el séptimo mes de gestación al momento de iniciar los talleres.

El marco teórico para la realización del producto consta de 3 capítulos que son: La adolescencia como una etapa de transición, sus realidades y dificultades; el embarazo en la adolescencia como un análisis de las causas, cómo influye en su vida y las maneras como lo afronta; y la musicoterapia psicoprofiláctica prenatal como un gran capítulo que abarca las definiciones, técnicas y metodologías aplicadas a una preparación física y psicológica de la gestante a través de los efectos que tiene la música, la estimulación y el vínculo. En el capítulo cuatro se realiza el diseño, aplicación y evaluación del producto.

Finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones, donde se expresa los logros y aprendizajes obtenidos, tanto en el plano personal como profesional.

ABSTRACT

Through this work audiovisual material result of a process of preventive intervention with music therapy, psycho and prenatal stimulation, led a group of pregnant adolescents from the fifth month of pregnancy, Chilibulo Parish, located on the slopes of shows Unguí hill, south of Quito.

The design and application of the product is carried out in educational institutions in the area, between August and November 2014 through 10 psychoprophylactic prenatal music therapy sessions of 2 hours, with a group of 5 teenagers and their respective partners, ages ranging from 16 to 20 years, whose pregnancy fluctuates between the fifth and seventh month of pregnancy when starting the workshops.

The theoretical framework for product realization consists of 3 chapters are: adolescence as a period of transition, their realities and difficulties; pregnancy in adolescence as an analysis of the causes, how it affects your life and the ways it faces; and prenatal psychoprophylactic music therapy as a great chapter covers definitions, techniques and methodologies applied to physical and psychological preparation of the mother through the effects of music, stimulation and the link. In chapter four the design, implementation and evaluation of the product is made.

Finally, conclusions and recommendations, where achievements and lessons obtained is expressed, both personally and professionally presented.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia según UNICEF es una etapa crucial en el desarrollo y construcción de la identidad y la autonomía (1998). Es un período donde se presentan inquietudes, inseguridades y desafíos que deben enfrentar tanto el Estado como la sociedad, contribuyendo a garantizar de forma plena su desarrollo y sus derechos.

El embarazo adolescente es una problemática social que viene de hace algún tiempo atrás, que por múltiples causas se ha incrementado en la última década.

Según datos del INEC (2010), 1 de cada 5 mujeres adolescentes ya es madre habiendo 122.301 adolescentes embarazadas en el Ecuador.

Estas cifras muestran que el embarazo adolescente puede influir en el desarrollo normal de sus estudios, en continuar el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Los principales factores que determinan un embarazo adolescente son la pobreza, la violencia de género, la sexualidad precoz y el bajo nivel educativo, los cuales determinan el desarrollo vital de la madre, del gestante y del propio núcleo familiar.

Las madres adolescentes embarazadas de la parroquia de Chilibulo poseen escaso acceso al cuidado integral durante su proceso de gestación, focalizándose más en chequeos de rutina en el médico, dejando a un lado la parte afectiva, emocional y física, debido a esto puede disminuir las posibilidades de llevar un embarazo óptimo, generando problemas posteriores en la vida del bebé y la madre (rechazo hacia el bebé y hacia su nuevo rol, posibles abortos, abandonos, maltratos, discriminación, etc.).

Frente a esta realidad, resulta fundamental poner atención a la población mencionada, para mejorar sus oportunidades de crecimiento a través de la preparación y prevención oportuna de su realidad como adolescente y como futura madre y padre.

Esta intervención debe ser integral, que incluya atención especializada a través de terapias paramédicas como la Estimulación Prenatal, Psicoprofilaxis y Musicoterapia con el objetivo de promover la salud integral en adolescentes embarazadas que favorezcan el proceso de embarazo, el desarrollo del gestante y mejore el vínculo entre madre, padre e hijo.

Producto de la intervención se elaborará un material audiovisual que contiene todo el proceso vivido aplicado en adolescentes embarazadas de la parroquia de Chilibulo a través de talleres de Musicoterapia Psicoprofiláctica Prenatal.

Son diez sesiones con cinco adolescentes embarazadas del barrio con sus respectivas parejas, donde cada madre e hijo son estimulados a través del uso de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía), es una herramienta terapéutica, que se basa en los estímulos sonoro-musicales.

Igualmente desde la profilaxis se complementa una preparación teórica, física y psicológica sobre el proceso del embarazo, parto, postparto.

El presente producto está conformado por cuatro capítulos: los tres primeros describen el marco teórico que sustenta el análisis mientras que el capítulo 4 es el diseño y elaboración del producto así como también los resultados y evaluación en base a la metodología aplicada en los talleres de Musicoterapia Psicoprofiláctica Prenatal.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

Hablar de adolescencia es hablar de cambios. Siendo una etapa más de la vida del ser humano, donde pasa de la infancia a la adultez, considerada por múltiples connotaciones biológicas, psicológicas, y sociológicas propias de este periodo.

La palabra adolescente proviene del latín “Adolescere” que significa desarrollarse, y “Olescere” que significa crecer. (Quintanilla, 2012)

Según la OMS (1995 citado en Quintanilla 2012) define a la adolescencia como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica.

La adolescencia, ha sido llamada período de la “pubertad”, desde el punto de vista biológico, término que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín “pubertas” y se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. (García, 2008, p. 69)

Esta denominación se enfatiza dentro de la etapa del ciclo vital, como un conjunto de cambios físicos y biológicos que a lo largo de la segunda década transforma el cuerpo infantil en cuerpo adulto preparando a la persona para la procreación.

En el artículo de Martínez (2013) se describe desde una perspectiva psicológica en la que el autor Evans parte de dos ideas para definir al adolescente: “Tratar de conquistar el acabado de su independencia y la búsqueda de una identidad aceptable para sí mismo” (pág. 1)

Este cambio de pensamiento permite un despegue intelectual. La relación con la realidad se enriquece en gran medida, puede plantearse el futuro y comienza a sentirse en iguales condiciones que los otros, sin distinción.

Su tipo de pensamiento es lógico y formal que, según la teoría Piagetiana se denomina “Etapa de las operaciones formales” (Piaget 1958), (citado en Coleman y Hendry, 1999); esto quiere decir que ya no se va a producir ningún cambio en la forma de abordar los problemas, simplemente continuamos incrementando nuestra capacidad cognitiva y nuestros conocimientos.

Desde lo sociológico Hollingshead (en Martínez, 2013) define la adolescencia como un “periodo de la vida de una persona durante el cual, la sociedad deja de considerarla como un niño, pero no le concede ni el status, ni los roles, ni las funciones del adulto” (pág. 1)

Lo considera desde este punto a la adolescencia como un momento clave en el proceso de socialización, como una preparación para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en el ámbito profesional como en la de sus relaciones interpersonales con la familia, pareja y amigos.

Cuando se habla de cambios en los adolescentes, se refiere a una transformación en la manera de pensar, actuar, y sentir, relacionado con el crecimiento del cuerpo y la preparación de los órganos sexuales para la reproducción, acompañado de un aumento de producción de hormonas, dando inicio en el niño el período de la Pubertad (más andrógenos en los varones y más estrógenos en las mujeres).

Tales cambios originan un ser dual en el que tanto los cambios biológicos del cuerpo como el desarrollo de su pensamiento se integran súbitamente, causando un desequilibrio en la vida del adolescente. En ello intervienen varios factores sociales, familiares y culturales, como seres humanos sociales que están en relación con otros,

vinculados a un tipo de estructura familiar, dentro de una sociedad donde rigen diversas normas, costumbres y estereotipos.

1.1. Transición evolutiva de la adolescencia

Usando la metáfora de la langosta extraído del libro, la causa de los adolescentes:

En las aguas de una langosta sin caparazón hay siempre un congrio que acecha, listo a devorarla. Siendo el congrio propio todo lo que amenaza, en el interior de cada ser y en ese exterior, en lo cual, a menudo, no se piensa. (Dolto, 1992. Pág. 18)

Las langostas cuando cambian de caparazón, pierden primero el viejo y quedan sin defensa por un tiempo, hasta fabricar uno nuevo. Durante este tiempo se hallan en peligro. (Dolto, 1992)

Un adolescente se encuentra en el mismo caso, vivir un proceso de transición y vulnerabilidad, siendo este un periodo lleno de dificultades, de cambios drásticos, de curiosidades y asombros, en el que fabricar un nuevo caparazón tiene un costo fuerte.

No obstante la adolescencia es también un período de nuevos desarrollos que conllevan gran emoción, entrega y conocimiento, siendo este un cambio en la etapa de la vida donde se deja atrás la inmadurez de la infancia para llegar a vivir nuevas experiencias camino a la edad adulta.

Esta etapa ya no se es niño pero tampoco adulto, significa “Madurar”, “Crecer” su comienzo es relativo, ya que influyen directamente diversos contextos históricos, culturales y evolutivos.

Entonces ¿se puede decir con cierta exactitud cuándo empieza y dónde termina la adolescencia? ¿Es una adolescente una chica de 11 años que ha empezado su primera menstruación? ¿O un chico de 15 años que sigue conservando conductas infantiles?.

De igual manera ¿Ha alcanzado la adultez una persona de 26 años que sigue estudiando, y dependiendo de sus padres? ¿O un joven de 19 años que ya es padre de 2 hijos, y que trabaja para mantener su familia?

Tomando los ejemplos anteriores se concluye que no se puede predecir el desarrollo de la adolescencia de manera general, pues en cada persona el proceso es diferente, por múltiples factores externos e internos, una madurez física, emocional e intelectual.

Por otro lado la sociedad es la que establece e impone los límites de exploración del adolescente dando cierta libertad y responsabilidad en sus actos. No obstante si es posible medir la edad biológica o mental de la persona al igual que la edad social que sería la que se podría acercar a la finalización de la adolescencia. Hay varias maneras de medir la madurez del adolescente, con la edad cronológica, los cambios biológicos que están muy relacionados con los procesos hormonales siendo los indicadores del inicio de la adolescencia.

Según Tanner (1972) (citado en Abad, 2011), una edad basada en la madurez esquelética está muy estrechamente relacionada con la edad de una chica en su primera menstruación, y en las fases de su vello púbico, de los pechos en las chicas y los genitales en los chicos.

Por otro lado la madurez social de un adolescente dependiendo del contexto comienza por las normas sociales, ritos religiosos y costumbres que conllevan una serie de acontecimientos para llegar a considerarlo como un adulto.

Tal es el caso de la ceremonia judía “bar-mitzvah” que empieza a los 13 años y que marca el inicio de la adolescencia permitiendo a los jóvenes salir con personas del género opuesto, con menos restricciones, nuevas libertades y una mayor responsabilidad.

Igualmente en algunos países de Latinoamérica como el Ecuador se marca el inicio de la vida adulta a los 18 años como un ciudadano que tiene plena potestad de valerse por sí mismo, tomar decisiones importantes, tomar responsabilidades, como conducir, casarse, implicarse en conductas sexuales con su pareja (aunque la nueva ley de adolescencia establece el derecho sobre el propio cuerpo), firmar contratos legales, ejercer el derecho del voto, incluso beber alcohol.

Estos criterios sociales definidos de manera legal en realidad no señalan una madurez social definida, igualmente cada vez hay menos ritos de iniciación que promueven el inicio de esta etapa.

En conclusión la adolescencia es la etapa de transición entre la inmadurez física, social, sexual de la infancia, y la madurez física, social y sexual de la edad adulta. Esto se refiere a transición como un período de cambio, crecimiento y desequilibrio que aparece como un puente conector entre dos distintas etapas de la vida, es decir comunica puntos distintos uno de otro. En otras palabras, nunca más se es un niño, pero tampoco un adulto.

1.2. La pubertad y sus efectos en el adolescente.

El desarrollo físico y fisiológico del cuerpo en la adolescencia se lo conoce como Pubertad, es un período en el que la persona alcanza cierta madurez en los aspectos físicos, psico-sociales y reproductivos, transformándose en personas sexualmente maduras.

El crecimiento y desarrollo de un individuo es un fenómeno continuo que se inicia en el momento de la concepción con los primeros cambios puberales y culmina con la adquisición de la capacidad de reproducirse y con el cese del crecimiento corporal al final de la pubertad. Tal transformación involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos.

Estos cambios son muy rápidos y afectan una buena parte del cuerpo, es como un reloj biológico que se activa en el organismo, los cambios generalmente suceden entre los 12 y 16 años.

Una de las principales características de la pubertad es su variabilidad. El comienzo, el ritmo y la magnitud de los cambios puberales están influenciados por factores genéticos, hormonales y ambientales.

Estos procesos de crecimiento y desarrollo son simultáneos e interdependientes. Para analizar los procesos de crecimiento en el adolescente se partirá de la secuencia de los acontecimientos que produce el crecimiento físico y la madurez sexual, ambas regidas por las hormonas secretadas por las glándulas endócrinas, las cuales a su vez inician su funcionamiento gracias a las señales enviadas por el hipotálamo (importante centro de coordinación localizado en el cerebro).

1.2.1. Factores hormonales de desarrollo

Las hormonas son sustancias químicas segregadas por las glándulas endocrinas que pasan a la circulación sanguínea, para cumplir diferentes funciones. Cada hormona tiene su trabajo asignado y sus objetivos precisos.

La hormona tiroidea y la hormona somatotrófica (de crecimiento) regulan el crecimiento durante la niñez, y en la adolescencia reciben otras hormonas importantes como las hormonas sexuales, producidas por las gónadas (testículos y ovarios) y las glándulas suprarrenales.

Estas hormonas llamadas andrógenos, estrógenos y progesterona son producidas por ambos sexos, pero en sitios distintos y concentraciones diferentes.

Los cambios físicos de la pubertad, sin exceptuar la maduración sexual y el crecimiento acelerado, son iniciados por una mayor producción de hormonas activadoras de la glándula pituitaria anterior, situada inmediatamente debajo de la base del encéfalo, la cual envía un mensaje hormonal a los ovarios, testículos y glándulas suprarrenales, anunciando que es hora de despertar y producir más hormonas sexuales.

La señal para este incremento de la producción hormonal, a su vez, proviene del hipotálamo, parte importante y compleja del encéfalo, pero sólo después de que el hipotálamo ha madurado lo suficiente, lo cual puede ocurrir a edades distintas en diferentes individuos.

Las hormonas están influidas por aspectos genéticos y ambientales o externos como el peso corporal, el ejercicio y la nutrición, teniendo una amplia gama de variación, a pesar de que las hormonas son muy similares en todos los adolescentes.

1.2.2. Cambios físicos durante la pubertad.

Durante la pubertad, mientras las hormonas están cambiando en el interior del organismo, existen también cambios en el exterior, que si bien son visibles difieren en cuando comienza este crecimiento en cada persona.

El crecimiento de las personas se debe a la interacción de la influencia genética, el estado nutricional, factores hormonales internos, factores climáticos externos y socioeconómicos.

En la adolescencia se produce un crecimiento repentino que consiste en un aumento evidente de la estatura y peso, donde se involucra no sólo a la hormona de crecimiento (GH) sino también a hormonas sexuales cuyo nivel aumenta en la pubertad.

En las niñas suele comenzar entre los nueve años y medio y los catorce años y medio (por término medio hacia los 10 años), y en los niños entre los diez años y medio y los 16 años (por lo general sobre los 12 o 13 años).

En ambos sexos, este crecimiento súbito afecta a todo el cuerpo, estos cambios son mayores en los varones que en las chicas y siguen su propia evolución, desarrollándose las partes del cuerpo desproporcionadas, dando un aspecto un poco escuálido.

Estas proporciones se recuperan pronto, pero hasta vivir el proceso los adolescentes dan muestras de cierta torpeza debido al desequilibrio físico y hormonal que finalmente terminará pasando.

a) Cambios en los varones

Puede observarse el comienzo del crecimiento del pelo pubiano, una aceleración en el crecimiento del pene, el ensanchamiento de hombros, el pelo axilar (corporal) y facial comúnmente hacen su primera aparición después del comienzo del pelo pubiano.

El aumento repentino del desarrollo muscular coincide con el crecimiento general. Los músculos de algunos órganos como el corazón y los pulmones crecen con rapidez provocando un aumento de fuerza y la capacidad física, dado que en las chicas comienza antes que los chicos, al comienzo son más fuertes dentro de su misma edad.

La voz se hace notablemente más baja o grave, en algunos chicos este cambio de voz es más bien brusco y dramático, en tanto que en otros ocurre tan gradualmente que casi no es perceptible. Durante este proceso, la laringe (o manzana de Adán) aumenta significativamente, las cuerdas vocales amplían considerablemente su longitud.

Durante la pubertad los andrógenos producidos por los testículos estimulan el desarrollo y la secreción de glándulas sebáceas de la piel y producen acné; lo que conlleva una inflamación de los folículos capilares que a menudo provoca la aparición de granos en la

cara, parte superior de la espalda y pecho. Igualmente las glándulas sudoríparas también se desarrollan en áreas específicas del cuerpo.

b) Cambios en las mujeres

En las chicas el primer acontecimiento físico es el aumento repentino en la altura, seguido de la menarquía (la primera menstruación) que marca el final del período de crecimiento rápido. Supone el momento que señala el inicio de la madurez sexual cuando los ovarios empiezan a producir óvulos.

Las caderas se ensanchan y la cintura se acentúa. La grasa empieza a acumularse en el estómago, las piernas y las nalgas. Esto hace que tenga las curvas de una mujer, de igual manera empieza la aparición de vello tanto en las axilas como en sus órganos sexuales.

El desarrollo de los pechos indica una compleja interacción de las hormonas durante la pubertad. Aumentan de tamaño los senos y el pezón se hace más oscuro y redondo, el crecimiento del útero y de la vagina ocurre simultáneamente con el desarrollo del seno.

1.2.3. Efectos de la pubertad

Todo cambio denota un efecto directo dentro de la compleja dinámica biológica, psicológica y social; es decir que los cambios hormonales producidos durante esta fase de vida ejercen un efecto directo en la conducta, personalidad y adaptación del adolescente.

Estos cambios biológicos radicales relacionados con el crecimiento corporal, la maduración sexual, la eyaculación de los chicos, el crecimiento de los pechos y la menstruación en las chicas, han de conducir a un período de transición y cambios significativos, siendo la adolescencia un período de tensión y turbulencia. (Kimmel, 1998)

Este aumento relativo de los niveles hormonales es capaz de alterar el equilibrio emocional de una persona y dar lugar a una conducta imprevisible, a una falta de control y a un estado psicológico general desequilibrado.

Estos cambios en la dimensión individual-biológica del modelo de Riegel (1976), plantean un equilibrio relativo entre las cuatro dimensiones (biológico, social, psicológico y cognitivo), entonces el adolescente trata de que se sincronicen las demás dimensiones con la biológica que es cambiante.

En conclusión, el efecto que tendrá el factor biológico dentro del adolescente dependerá directamente de su capacidad para comprender, conceptualizar y analizar la situación social cambiante provocada por el crecimiento físico de su cuerpo, es decir, el momento en que aparecen cambios físicos dentro de un ambiente social afectará a medida del significado que este le atribuya.

1.3. La personalidad, grandes cambios psicológicos.

Se conoce que la adolescencia es una de las más complicadas etapas en el ciclo de la vida humana. Pues los adolescentes son conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, dentro de una sociedad que los limita, y les exige ser más responsables, asociados con el cambio constante de su cuerpo que genera en ellos una crisis.

No se sabe por qué la maduración comienza cuando lo hace, no se puede explicar tampoco cuál es el mecanismo exacto que la desencadena, sólo se sabe que a cierta edad, determinada por factores biológicos esta ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.

Desde una perspectiva psicoanalítica se considera que la personalidad de un sujeto se forma durante los primeros cinco o seis años de vida bajo la dirección de impulsos o fuentes innatas de energía (libido).

En la teoría de Freud (1905) estos impulsos sexuales empiezan en la pubertad (etapa genital), que constituye una fase diferenciada de adaptación originada por la pulsión sexual biológicamente incrementada en la adolescencia alterando el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia).

Quiere decir que este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo y da lugar a procesos de desajuste y crisis, en los cuales están implicados mecanismos de defensa psicológicos en ocasiones inadaptativos.

Esta energía sexual conduce al sujeto a buscar objetos amorosos fuera del ámbito familiar y a modificar los vínculos establecidos hasta ese momento con los padres, como proceso de individuación. Así, el adolescente está impulsado por una búsqueda de independencia, de índole afectiva, esperando romper los vínculos afectivos de dependencias anteriores.

El adolescente va construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual, además de integrar estos cambios sufridos en los distintos aspectos del yo (autoimagen y auto concepto) y establecer procesos de identificación y compromiso respecto a valores, actitudes y proyectos de vida que guíen en su camino a la vida adulta. En este proceso, generalmente el sujeto experimenta una crisis de difusión de identidad (expresada en el esfuerzo de los adolescentes por definirse a sí mismos) con resultados inciertos.

Por tanto, desde el psicoanálisis se puede valorar la importancia de los factores internos en el curso adolescente, que desencadenan en mayor o menor medida conflictos de integración social.

Resulta significativo complementar esta teoría determinista biogenética del psicoanálisis con otra perspectiva psicológica que intenta explicar el desarrollo de la personalidad en el adolescente.

Según Sullivan (1953) los individuos son seres sociales modelados por su entorno cultural e interpersonal, es decir que la personalidad evoluciona en gran medida a partir de la manera en que los adolescentes aprenden a adaptarse a su contexto sociocultural.

Relacionando ambas teorías surge la Epigenética integrando una perspectiva sociocultural con el psicoanálisis clásico, toma en cuenta los esfuerzos adaptativos más que los instintivos, es decir, el modo en que una persona afronta cualquier situación más que en lo que los impulsa; presta atención más equitativa al papel de las influencias ambientales e identifica y aborda un ciclo de desarrollo de la personalidad por etapas.

Erikson (2000) perfiló ocho fases del ciclo vital que se extienden desde el nacimiento hasta su muerte, cada fase representa un momento crucial en el que se afrontan y superan o a su vez se agravan o empeoran ciertos problemas psicológicos.

En la adolescencia según Erikson (2000) surgen dos etapas, una al inicio de la pubertad que se denomina “Identidad vs confusión de identidad” (Quinta etapa) en el que aumenta la necesidad social de encontrar en la vida el papel de un adulto sexual, productivo y responsable como un desarrollo positivo (sintónico), por lo contrario también existe un sentido de confusión sobre la identidad o el papel que desempeña en la vida, lo que significa el no saber cuál es el lugar en la sociedad y en el mundo, preguntándose “¿Quién soy?” (distónico).

La búsqueda de tener una identidad “yoica” significa saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad. Exige tomar todo lo que se ha aprendido acerca de la vida y de uno mismo y se lo moldee en una autoimagen unificada, una que la comunidad valore significativamente.

De igual manera plantea una etapa posterior a la de la identidad, la etapa de “Intimidad vs Aislamiento” (Erikson, 2000) y dice que un individuo no puede ser capaz de tener una relación íntima plena hasta que su sentido de identidad personal este totalmente construida. La intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros, como amantes, amigos; como un partícipe de la sociedad. Por lo contrario una tendencia de aislamiento máximo es cuando la persona se aísla de sus seres queridos o parejas, amigos y vecinos, desarrollando como compensación un sentimiento constante de cierta rabia o irritabilidad que le sirve de compañía.

1.4. Desarrollo cognitivo del adolescente.

La transición a la adolescencia puede caracterizarse por el descubrimiento de posibilidades de pensar sobre el mundo de un modo más fundamental, lo cual también implica renunciar a la certidumbre de la infancia. Este proceso de diferenciación puede observarse en muchos dominios además del académico, entre los que se cuentan el pensamiento sobre uno mismo, las relaciones con los demás, y la sociedad. (Keating. 1990, pág. 83-84).

Es así como el adolescente y su desarrollo cognitivo empieza a desarrollarse, la forma cómo piensa ya no es la misma, sus procesos cognitivos están más atentos a estímulos concretos, recopilando y procesando la información de experiencias anteriores almacenadas en la memoria, comprendiendo mejor el mundo físico y social, siendo capaces de resolver problemas, tomar decisiones, organizar actividades, afrontar situaciones cotidianas.

Para esta parte del estudio del desarrollo cognitivo se inicia desde la teoría de Jean Piaget y sus estadios de desarrollo cognitivo, el cual concibe a la inteligencia como: “La capacidad que tiene cada individuo de adaptarse al medio que le rodea, adaptación que requiere del equilibrio entre los mecanismos de acomodación y asimilación”. (Piaget, 1991, pág. 11)

Esta adaptación permite la construcción de nuevas estructuras cognitivas que son producidas a partir de los procesos simultáneos con los de asimilación y acomodación, en los cuales es necesaria la interacción con el medio.

La organización, al igual que la adaptación, es una función intelectual, pero a diferencia de ésta no se origina a partir de una interacción con el entorno, sino como resultado de la reacomodación e integración de los esquemas mentales existentes. Quiere decir que la combinación de esquemas mentales da paso al desarrollo de estructuras mentales ordenadas, integradas e interdependientes, que en su conjunto forman el sistema mental global.

Piaget (1991) descubrió que, a medida que los niños crecen, las capacidades cognitivas se desarrollan describiendo una secuencia constante de diferentes tipos de organización cognitiva dividida por cuatro etapas o períodos en el desarrollo de las estructuras del conocimiento.

Tomando en consideración que dentro de la adolescencia (11 años aproximadamente) empieza el tercer período denominado “Operaciones Formales” donde se desarrolla la capacidad de pensar sobre el pensamiento y otras ideas abstractas e hipotéticas, es decir poder prescindir del contenido concreto para situar lo actual en un más amplio esquema de posibilidades. (Piaget, 1991, pág. 86)

Igualmente el desarrollo cognitivo del adolescente suele verse afectado por las emociones. Y es que la adolescencia es una etapa difícil debido a que todavía es incapaz de tener en cuenta las contradicciones de la vida humana, personal y social, donde hay muchos cambios físicos y emocionales, razón por la que su plan de vida personal, su programa de vida y de reforma, suele ser utópico e ingenuo actuando muchas veces sin malicia. (Aguirre, 1994)

La confrontación de sus ideas con la realidad suele ser una causa de grandes conflictos y pasajeras perturbaciones afectivas, (crisis religiosa, ruptura brusca de sus relaciones afectivas con los padres, desilusiones, etc.).

1.5. El mundo afectivo y social del adolescente.

El peso de la globalización, los cambios en la pareja y en la familia, las representaciones de la sexualidad, y el impacto de la música, la televisión, el cine e Internet, afectan e influyen de manera particular en los adolescentes, que viven de manera más cercana la velocidad en el desarrollo de las comunicaciones, la información y las nuevas tecnologías. (Verán, 2008, pág. 5)

El adolescente se encuentra atravesando esta difícil etapa de la vida, dentro de un contexto donde estos cambios se entrelazan con los cambios socioculturales que se vive en estos tiempos, afectando en la experiencia del crecimiento y transformación del adolescente.

En el mundo afectivo del adolescente donde ocurre la “muerte de su infancia” (Dolto, 2004), estos establecen nuevos vínculos afectivos con otras personas, como una manera de afirmar su independencia afectiva hacia sus padres, con la necesidad de construir una nueva imagen corporal dentro una sociedad donde los adultos imponen sus reglas y valores materialistas promoviendo el tener antes que el ser, llevando muchas veces a la inestabilidad emocional, la sensibilidad extrema, las inhibiciones e idealizaciones.

Al hablar de idealizaciones se plantea que el adolescente necesita de un modelo a seguir, algo que se ha ido modificando en un contexto histórico social, generando confusión tanto en adolescentes como en adultos. Como lo cita Dolto (2004) en su libro La causa de los adolescentes:

Lo que más hace sufrir a los adolescentes es ver que los padres tratan de vivir a imagen de sus hijos y que quieren hacerles la competencia. Es un mundo al revés. (...) porque precisamente no vivieron su adolescencia. Están presos en la identificación con sus hijos. (pág. 56)

En este caso los adultos quieren parecer adolescentes, vestirse como ellos, escuchar y bailar su música, usar jergas juveniles, quedando la figura del adulto confusa como modelo de identificación, esto interfiere en la búsqueda de la propia identidad del adolescente.

El adolescente ya no tiene modelos de identificación dentro de la estructura familiar, las figuras y roles paternos y maternos ya no adquieren tanta significación como antes, donde el padre era la figura de autoridad y la madre asumía distintos roles de maternidad.

Es por ello que los adolescentes buscan sustitutos fuera de la familia, cobrando importancia los apoyos o referentes que la sociedad les brinda. Este cambio en sus vidas donde incrementa su independencia familiar, hace que busquen nuevas actividades desplazándose hacia los amigos, a pertenecer dentro de un grupo, los novios/as.

Dolto menciona (2004) “creo que existe en los adolescentes, algo que no ha cambiado: su preferencia por la amistad. La creencia por la amistad existe, y creo q si la pierden ya no les queda nada. Solo la amistad les hace la vida soportable”. (pág. 56)

En esta etapa surge la amistad entre dos o más personas que se ocupan una de otra y comparten partes importantes de sus vidas, que con el pasar del tiempo se vuelven cada vez más íntimas.

El grupo de amigos y compañeros se convierte en un punto de apoyo para el adolescente, buscando en ellos comunicación, liberación, satisfacción de deseos y necesidades, influenciados muchas veces en los gustos, el lenguaje, la vestimenta, el

peinado, la música, solo por pertenecer a un grupo que comparta intereses y actitudes comunes, donde “el colectivo puede ser un refugio y un sustituto de la confianza en uno mismo” (Dolto, 2004, pág. 58)

En esta compleja dinámica grupal donde el adolescente trata de encajar e identificarse con otras personas de su misma edad, lo hace para conformar su identidad del “Yo” generando un sentido de pertenencia a un ser amado, o a un amigo y compañeros, implicando también identificarse con un conjunto de valores, ideologías, la religión, o grupo étnico.

Es decir que todo grupo social establece sus propias normas y pautas, donde el adolescente vive una etapa transitoria. Como sostiene Erickson “el adolescente se encuentra en un Moratorio Psicosocial” (2000) donde se ensayan muchos papeles o roles sociales antes de hacer elecciones permanentes y de saber cuáles se acomodan más adecuadamente a sus recursos.

1.6. Descubriendo la sexualidad adolescente.

La sexualidad humana es una parte integral en la vida de cada persona, en la que a partir que el niño nace siente ya la necesidad de afecto, cuidado y de cercanía física.

Freud en la obra “Tres ensayos para una teoría de la sexualidad afirma que:

De la concepción popular del instinto sexual forma parte la creencia de que falta durante la infancia, no apareciendo hasta el período de la pubertad. Constituye esta creencia un error de consecuencias graves, pues a ella se debe principalmente nuestro desconocimiento de las circunstancias fundamentales de la vida sexual. (1905, pág. 35)

La sexualidad está relacionada con la capacidad de sentir placer y que involucra aspectos físicos, sentimentales y emocionales. Es decir que la sexualidad es nuestra forma de ser, de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarnos con otras personas y con uno mismo.

La sexualidad rodea todo nuestro ser, donde factores como la crianza y la educación, la edad, la cultura, la región geográfica, la familia y la época histórica inciden directamente en la forma en que cada persona vive su sexualidad.

En este estudio no se profundizará en las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, sino se abarcará directamente la etapa genital propia de la adolescencia.

Esta fase empieza en la pubertad, y se relaciona con los cambios físicos y psíquicos propios de la adolescencia y se centraliza en los genitales. Siendo estos los responsables de la aparición del instinto sexual. “Este despertar sexual crece en intensidad por la mayor cantidad de hormonas sexuales que circulan por el cuerpo” (Udry, Billy, Morris, Groff, 1985) (en Kimmel y Weiner, 1998, pág. 349).

Los adolescentes muestran curiosidad por la sexualidad genital y es cuando el instinto sexual se orienta hacia la satisfacción y atracción hacia el otro sexo, empieza a interesarse por el cuidado de su cuerpo y el propio atractivo, aparecen conductas relacionadas con la obtención de placer ya sea en relación con el otro, o en uno mismo con la auto estimulación. La masturbación, los sueños y las fantasías sexuales son conductas sexuales de exploración que ocurren en esta etapa. El adolescente ya está capacitado física y biológicamente para procrear, aunque no haya alcanzado una madurez psicológica, emocional, ni social.

Los adolescentes experimentan, viven e inician su actividad sexual (coital) estableciendo relaciones más íntimas con una o varias personas heterosexuales, y raras ocasiones con personas del mismo sexo (como una práctica que aún no está establecida como tendencia).

En esta búsqueda de identidad sexual que vive el adolescente, ocurre la etapa de enamoramiento esperando establecer una relación más íntima que incluye atracción sexual, deseo y pasión.

Para el adolescente es fácil confundir enamoramiento con amor, en donde las relaciones sexuales llevan un papel preponderante al momento de “amar”, llevadas por la atracción física, es una prueba de la intensidad de amor, se une el deseo sexual a la idea de amor y creen que aman cuando solo se desean físicamente.

En este camino, donde experimentan y viven su sexualidad, o bien los ayuda en su desarrollo personal estableciendo relaciones amorosas equilibradas y profundas, o bien manifestarán confusión, inseguridad y desconfianza.

Los jóvenes de hoy están influenciados por una sociedad donde las relaciones cada vez son más superficiales, como lo dice Bauman (2012):

En una cultura de consumo como la nuestra, partidaria de los productos listos para uso inmediato, las soluciones rápidas, la satisfacción instantánea, los resultados que no requieran esfuerzos prolongados, las recetas infalibles, los seguros contra todo riesgo y las garantías de devolución del dinero. La promesa de aprender el arte de amar es la promesa (falsa, engañosa, pero inspiradora del profundo deseo de que resulte verdadera) de lograr "experiencia en el amor" como si se tratara de cualquier otra mercancía. (pág. 12)

Es decir que el desarrollo sexual del adolescente está influenciado enormemente por factores psicosociales, dejando a un lado al amor y dando realce al deseo inmediato. Resultado de esto los adolescentes viven relaciones pasajeras, carentes de afecto, donde no existe un ambiente de intimidad, teniendo un mínimo contacto casual, impulsivo, que solo busca el placer momentáneo.

En conclusión la sexualidad en la adolescencia constituye una parte esencial en el desarrollo integral de la persona, donde intervienen cambios y procesos biológicos fisiológicos, cognitivos, sociales, culturales, familiares y grupales.

CAPÍTULO 2.

EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

La adolescencia es una edad ambigua, un período paradójico. Paradoja la de poder alumbrar y tener que educar tempranamente un niño, cuando no se tiene aún el reconocimiento de la capacidad para ejercer una función social. Paradoja de tener que ser un adulto, siendo todavía un niño...la de ser adolescente simplemente; pero en una situación básicamente más difícil que la mayoría de los adolescentes. Paradoja en fin de ser madre antes de ser mujer... (Del castillo, 1988, pág. 37)

Una de las mayores preocupaciones para la sociedad hoy en día es el incremento del embarazo en adolescentes, como consecuencia de una actividad sexual no planificada, que se da por múltiples factores que más adelante se profundizará.

El embarazo en la adolescencia es una etapa que se sobrepone a la crisis de la adolescencia y que presenta características diferentes según la etapa de desarrollo del adolescente.

Tomas J. Silber (1992) y colaboradores definen el embarazo en la adolescencia como: “Aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental” (pág. 76-88)

El embarazo adolescente suele ser un evento inesperado, en la mayoría de los casos “no deseado” y generador de crisis psicológicas y sociales, donde el entorno familiar, escolar, social y económico se ve afectada por el cambio que este genera.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos.

El Ecuador ocupa el primer lugar en la región andina de embarazos en adolescentes, en América Latina ocupa el segundo lugar después de Venezuela según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2008)

Según el INEC (2010)

El 17.2 % de las adolescentes de 15 a 19 años son madres, esto es 172 de cada 1.000 adolescentes; los grupos más pobres, de menor educación, rurales e indígenas, presen tan mayor fecundidad. Y en efecto, 705.163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, de la población adolescente ha sido madre.

El embarazo adolescente en el Ecuador, en menores de 17 años aumentó el 74% desde el 2000 al 2010, y a los 14 años los jóvenes inician su vida sexual según cifras del Ministerio de Salud (INEC, 2010).

Con estas cifras está claro que el Embarazo Adolescente en el Ecuador es una problemática social de la cual ningún adolescente se encuentra exento. A pesar de los intentos del Estado con programas de prevención, educación e información acerca de la planificación familiar, métodos anticonceptivos, sigue existiendo embarazos adolescentes, por lo que se cuestiona si realmente el problema es la falta de comunicación e información, o más bien será el desconocimiento de la etapa de vulnerabilidad que el adolescente vive en ese momento, a pesar de los intentos de los adultos por educar y aconsejar bien a los adolescentes.

Este capítulo está dedicado a analizar el tema del embarazo como un acontecimiento biológico y social, que ocurre no solo dentro del vientre materno, e involucra a toda una familia, en el cuidado y protección del mismo, desde los hábitos de salud, costumbres culturales, ritos de bienvenida, etc.

Igualmente se enmarca a todo este camino del embarazo y lo que conlleva después, dentro de una situación difícil y compleja que es un embarazo dentro de la adolescencia.

2.1. Concepción y desarrollo intrauterino madre-bebé

Todo inicia con la concepción donde una sucesión de acontecimientos ayudan al espermatozoide a fecundar el óvulo y a que el embrión se implante, con éxito, en el útero.

Para facilitar el estudio del desarrollo prenatal, se divide el crecimiento humano en tres períodos principales: el período celular que comprende las dos primeras semanas de desarrollo, el período embrionario que va desde la tercera hasta la octava semana, y el período fetal que va desde la novena semana hasta el nacimiento.

Igualmente en la madre hay múltiples cambios fisiológicos, biológicos, corporales, psicológicos que también se describirán en este capítulo.

a) Período celular

Después de la fecundación, el óvulo fertilizado se desplaza desde el ovario hasta el útero, en el transcurso del viaje ocurre el proceso de división y diferenciación celular, que comprende las dos primeras semanas de desarrollo, y se caracteriza por la división rápida de las células, que se van multiplicando con rapidez (Mórula) dividiéndose a su vez en dos grupos distintos. Las células externas forman un círculo protector que se convertirá en la placenta, y las células internas que forman el núcleo se convertirá en el embrión (blastocito).

Alrededor de la segunda semana de la concepción el nuevo organismo se inserta en el endometrio donde empieza a ser alimentado y protegido mientras crece, proceso conocido como implantación.

b) Período embrionario

Al principio de la primera semana se inicia el período embrionario durante el cual la masa de células se multiplican y su tamaño es cien veces mayor que el ovulo fecundado. Para la tercera semana se convierte en un ser distinto que aún no es reconocible en forma humana, donde las células de la cara interna del blastocito se organizan en un disco embrionario que originan los tejidos del nuevo ser, a través de tres capas conocidas como: Ectodermo, Mesodermo y Endodermo.

- Ectodermo. En esta capa se encuentra el tubo neural, de este se forma el sistema nervioso central, el cerebro y la médula espinal, también se forma tejido nervioso, piel, uñas, pelo, boca, nariz, córnea y retina.

- Mesodermo. Es la capa media donde se desarrolla el corazón, músculos, huesos, vasos sanguíneos, aparato cardiovascular y renal.

-Endodermo. Es la capa interna que da lugar a formar el estómago, intestinos, hígado, páncreas, vejiga, parte del aparato digestivo, respiratorio, y la cavidad timpánica.

Dentro de la semana cuarta, el embrión crece muy rápido al igual que el cordón umbilical, se empieza a formar los ojos, las orejas y la boca, el corazón empieza a bombear sangre y los órganos se encuentran más avanzados en su desarrollo.

En la semana quinta, aparecen algunos esbozos que se convertirán posteriormente en los brazos y las piernas, el embrión tiene aproximadamente 8 mm, y un apéndice en forma de cola se extiende desde la espina dorsal.

En la sexta semana el embrión ya tiene la cara la cual sigue cambiando según se desarrollan los ojos, las orejas y la nariz. Pierde su pequeña cola y pasa a formar el cóccix. Aparecen los brazos y luego los antebrazos, las palmas y los dedos de las manos unidas. Las piernas, los pies y los dedos de los pies surgen en ese orden. La mayor parte de los órganos internos ya están formados.

En la séptima semana los huesos y cartílagos comienzan a formarse, se forma la lengua, los intestinos se separan del cordón umbilical hacia el abdomen y el cuerpo crece rápidamente para hacer espacio.

En la octava semana el embrión pesa casi un gramo y mide 2.5 cm de largo. Tiene ya todos los órganos básicos y partes del cuerpo del ser humano. El embrión nada y se mueve libremente en un medio acuoso envuelto en líquido amniótico dentro del útero.

c) Período fetal

Es en este período que comprende desde la novena semana o comienzos del tercer mes desde la concepción hasta que nace, donde el embrión se encuentra formado y toma otro nombre llamado feto.

A pesar de que el cigoto desde el comienzo tiene ya un par de cromosomas que determinan el sexo, los órganos sexuales recién empiezan a desarrollarse en este período, a pesar de que todavía no adquieren una forma reconocible. Pueden crecer hasta 9 o 10 cm. Ha concluido la organogénesis, que de ahora en adelante solo debe perfeccionarse. La placenta tiene un buen funcionamiento uniendo al bebé y su madre, el feto está más seguro y resistente.

En el cuarto mes, el feto mide ya 18 cm y pesa 25 gramos, los órganos y sistemas orgánicos están mejor conectados, los rasgos faciales empiezan a perfilarse, los brazos son suficientemente largos como para que las manos puedan unirse la una con la otra. Su cuerpo está cubierto de lanugo que lo protege del líquido amniótico para no arrugar la piel.

En el quinto mes el feto cada vez es más expresivo, gira la cabeza, mueve la cara, las piernas y brazos, esto es posible ya que existe un crecimiento notable del cerebro que aumenta casi seis veces su tamaño, comenzando a reaccionar a los estímulos entrando en contacto con el mundo exterior. El feto empieza a oír en algún momento entre el cuarto

y quinto mes y puede ser estimulado e irritado por los sonidos, y la madre puede ya sentir los primeros puntapiés del feto; también se endurecen las uñas y los huesos, sus pulmones están completamente formados.

En el sexto mes el bebé crece hasta 30 cms. y su peso aumenta hasta llegar a 800 gramos. Sus párpados se empiezan a separar y ocasionalmente abrirá los ojos, se desarrolla los sentidos del oído, el olfato y el gusto. Los músculos y los órganos crecen rápidamente y empieza a tener el ciclo de estar despierto y dormido. Cae el lanugo y es reemplazado por el cabello, su cuerpo se protege con una sustancia blanca y grasosa llamada *vermix caseosa*.

Un feto nacido prematuro durante el sexto mes tendrá gran dificultad de sobrevivir por si solo aunque puedan funcionar varios sistemas de órganos, el aparato respiratorio y el sistema nervioso central no han madurado lo suficiente y aún no se ha establecido la coordinación entre ambos.

En el séptimo mes el feto llegará a pesar 1.5 kgs. Y su estatura será de 35 a 37 cms. Sus probabilidades de sobrevivir son mayores si inesperadamente el nacimiento se diera, denominándose bebé prematuro.

Este es el inicio de los últimos tres meses de embarazo, y cada día que pase supone una mejora de sus posibilidades hasta que se maduren los sistemas respiratorio y cardiovascular.

Para el octavo mes las patadas del bebé son mucho más fuertes y todos pueden notarlo. El bebé crecerá hasta los 45 cms y su peso alcanzará 2 kgs. El bebe está casi completo a excepción de los pulmones, el útero llena casi totalmente la cavidad abdominal.

El bebé puede asumir ya su posición para el parto (de cabeza), los huesos del bebé se endurecen, pero el cráneo se mantiene blando y flexible para facilitar su paso por el canal del parto.

Es conocido como el mes del embellecimiento, donde la piel que antes estaba arrugada, se destiende, el color se torna más rosado, y sus formas toman un matiz de redondez.

En el noveno mes, el bebé ya está listo para salir, alcanzando un peso promedio de 3.100 kgs. y midiendo unos 50 cms. Los pulmones del bebé y la placenta se sincronizan ya que cuando los pulmones están maduros, segregan una proteína al líquido amniótico que altera la producción de hormonas. Este cambio hace que la placenta reduzca la emisión de progesterona y fomente la producción de la oxitocina, la cual regula las contracciones del útero e indica si hay parto.

En la madre los ligamentos de la pelvis han llegado a su flexibilidad máxima, el útero se extiende hacia las costillas hasta que la cabeza haya encajado y continúa contrayéndose, hasta que el bebé salga.

El bebé está posicionado, preparándose para el nacimiento y la mayor parte de vérmix (grasa que lo cubre) ha desaparecido. (Berger, K. 2007, págs. 97-109)

d) Cambios en la mujer embarazada

El embarazo es un milagro de la vida que la mayoría de las mujeres experimenta, su proceso no es nada fácil ya que la madre experimenta nuevas sensaciones, emociones y transformaciones físicas propias del desarrollo de un nuevo ser, como procesos complejos que involucran aspectos biológicos, sociales y psicológicos estrechamente relacionados. Estos cambios que presentan están influenciados en gran medida por las hormonas propias con el crecimiento del feto dentro del útero.

e) Cambios corporales

El peso aumenta gradualmente a lo largo de los nueve meses de gestación. Las glándulas mamarias se preparan durante el embarazo para la lactancia aumentando de tamaño, volviéndose más sensibles y las venas superficiales son más visibles, los pezones y las

areolas sobresalen a partir del quinto mes segrega por el pezón un líquido amarillo que se llama calostro.

El útero también crece para albergar al niño hasta que esté preparado para salir. La vagina durante el embarazo se adapta para el parto, se vuelve más elástica, la mucosa se oscurece y aumenta el flujo vaginal. Hay un aumento considerable de las ganas de orinar debido a la presión que el útero ejerce sobre la vejiga. El metabolismo del cuerpo trabaja más, el corazón, los riñones, los pulmones. Todos los órganos colaboran y ayudan a que el feto crezca. La piel también cambia, sobre todo la de las mamas y el vientre, y el aumento del tamaño puede hacer que aparezcan estrías. La piel se oscurece en determinadas zonas como: los pezones y areolas, el abdomen (línea alba) y los genitales. Muchas veces aparecen “paños”.

El embarazo también influye sobre el pelo, pues las hormonas actúan sobre las glándulas sebáceas y el folículo piloso. Existen variaciones individuales de unas embarazadas a otras, tanto en la pérdida como el aumento del cabello y vello.

Los sentidos se agudizan, descubriendo sabores y olores nuevos y sobre todo más intensos, teniendo lo que se llama “antojos” o a su vez “repulsión” a determinados alimentos u olores.

En la columna vertebral, también se producen cambios que van a influir en las posturas cotidianas y en la marcha.

f) Cambios emocionales

Al principio del embarazo surgen una serie de sentimientos de sorpresa y desconcierto, inquietud y preocupación, como una reacción normal.

Los cambios de humor son frecuentes, donde las mujeres tienden a sentirse irritadas, sentirse necesitada de compañía y atención de los demás.

También aparecen temores sobre la pérdida del bebé, la vulnerabilidad de este a enfermedades y el proceso del parto, donde la experiencia de sentir cómo se mueve el bebé ayudará a que esas inquietudes y temores vayan quedando atrás.

Cuando se acerca el momento del parto, hay sentimientos de inquietud, impaciencia, deseado que todo acabe para por fin tener en sus brazos a su hijo/a. Si la madre está feliz para tal acontecimiento, todo le resultará más fácil. (Stoppard, 2008 pág. 102-108)

2.2. Sexualidad y embarazo.

La UNESCO (1972), define la sexualidad como: “La expresión del ser humano como ser sexuado, en la que se consignan factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, éticos y espirituales”.

Desde que nace la persona, la sexualidad se expresa de diferentes formas, influenciada culturalmente por el género, las costumbres y estereotipos dentro de una sociedad cambiante, y un sinnúmero de procesos biológicos que finalmente desembocan en la pubertad donde el impulso adquiere gran importancia y es orientado a la búsqueda de satisfacción, en el encuentro con el otro sexo, y que hoy en día la fecundidad como parte de la iniciación sexual en los adolescentes queda en segundo plano, a pesar de que pueda darse.

Al abreviarse, en la sociedad actual, el periodo de la infancia con una entrada más precoz en la fase adolescente, al niño se le reduce el tiempo de su maduración efectiva infantil, al mismo se le iniciará prematuramente en la vida y las relaciones sexuales, para las cuales no se encontraría afectivamente maduro (Sánchez J. 2004, pág. 216).

Esto da lugar a un desfase entre el desarrollo afectivo, con respecto al modelo de sociedad anterior, donde la vida sexual es mucho más precoz. Antes se vivía en una sociedad más tradicional, donde el adolescente debía quedar preservando su sexualidad

el mayor tiempo posible, ya que estaba reservado estrictamente a los adultos, y esto precisamente por las responsabilidades que acarrea (condiciones materiales y personales para mantener una familia de manera independiente).

Hemos generado a través de los medios de comunicación un erotismo de consumo, que ha dirigido en forma preferente sus esfuerzos mercantilistas hacia los jóvenes. Estudios demuestran que la TV. y otros medios se han convertido en los principales educadores sexuales. La adolescente actual, si bien, tiene acceso a mayor información externa en el área de la sexualidad, mientras que la educación formal del colegio e informal de la familia sigue siendo insuficiente (analfabetismo sexual) (Naranjo, 2000) (Sacado de Trujillo M. 2013, pág. 121).

El tema de la sexualidad es un tabú, lo cual dificulta el diálogo entre padres y sus hijos con respecto al tema. Ahora los medios masivos de información y la tecnología hacen que los adolescentes conozcan por otros medios, como una curiosidad sobre sexo, sobre tener relaciones y experimentar cosas nuevas.

Los anticonceptivos modernos están de moda, y la sociedad no sólo hace de la sexualidad un derecho, prescindiendo de los deberes y obligaciones que tal derecho entraña, sino que ha liberado y ha hecho tan pública a la sexualidad que las relaciones sexuales alcanzan niveles de edad cada vez más tempranas. El deseo de experimentar lo desconocido y el placer es propio de esta edad, pero sin información adecuada, ni profesional ni apoyo emocional, el inicio de la sexualidad expone a los y las adolescentes a enfermedades y al embarazo precoz.

La información, el conocimiento, el libre albedrío que se vive dentro de la sociedad modifica el comportamiento sexual de los adolescentes, y son ellos los que más conocen del tema, pero existen otros factores sociales, económicos, familiares que influyen, que van más allá de las políticas represivas y censoras limitadas en la prevención del embarazo precoz y que al momento de vivir las consecuencias no se sienten preparados

para afrontarlas, por el simple hecho de estar en una edad donde asumir una paternidad o maternidad no es el rol que le corresponde vivir.

2.3. Adolescencia, embarazo y familia

Necesitaríamos sentir el interés del ambiente familiar hacia esta evolución increíble que pasa en nosotros pero, cuando dicho interés se manifiesta, puede retenernos en la infancia o, al contrario, empujarnos con demasiada rapidez a convertirnos en adultos. En ambos sentidos, uno se encuentra acorralado por esa tensión, cuando hubiera querido ser sostenido por ella. (Dolto F, 2004, pág. 12).

Dentro del ámbito familiar es innegable que un acontecimiento como el embarazo adolescente, cambie sustancialmente su funcionamiento, y que desequilibre su homeostasis como lo menciona Valdivia (2003):

La aparición de un embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose encontrar una homeostasis del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. (pág. 88).

La familia es el soporte principal del adolescente, definiendo a la familia como: La institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana.

Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater/maternalidad (Jelin, 2001).

El adolescente tiene en la familia un espacio de apoyo, afecto, comprensión, cuidado dando un equilibrio y seguridad aunque no siempre sea así, pues también existe rechazo, frustración y abnegación en uno o algunos miembros de la familia.

Todo el grupo familiar se adapta para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las y los adolescentes suelen ser más complejas y que probablemente no estén esperando la llegada de un nuevo integrante.

Una gran parte de los jóvenes se embarazan por esa búsqueda de afecto y apoyo que no encuentran en su relación familiar, encontrando un soporte afectivo en la relación amorosa sin importar a veces las consecuencias.

Otros jóvenes en cambio buscan embarazarse para lograr salir del hogar a través de su pareja, ya sea cuando hay violencia intrafamiliar, maltrato hacia los hijos, o cuando intervienen nuevas parejas en la relación familiar.

La adolescente busca en la maternidad una forma de seguridad y autonomía personal dentro de la propia familia y aún de la sociedad (Sánchez Parga, 2004) (citado en Trujillo M. 2013, pág. 110).

Muchas familias que no tienen la oportunidad de prevenir el embarazo de su hijo/a deben enfrentar lo que significa una nueva vida familiar.

Los hombres sufren las dificultades de ser padres muy tempranamente, por lo general sus familias participan menos del problema, y muchas veces no se hacen cargo del futuro hijo.

La familia que asuma esta responsabilidad es la que debe aprender a reorganizarse y a mejorar la relación familiar de modo que puedan llevar juntos esta experiencia, que a pesar de lo dura que es, tiene grandes satisfacciones y recompensas.

El nacimiento de un nuevo niño en la familia puede ser visto como algo hermoso, un desafío que tiene muchos aspectos, y que finalmente traerá alegría a la familia, si es aceptado. Incluso hay veces en que reunifica a familias que tenían poca comunicación,

mejorando también la expresión de afectos y cariño en todos los integrantes de la familia.

En conclusión una de las causas de los embarazos adolescentes tiene que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes.

2.4. Actitud frente al embarazo y maternidad

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la etapa de la adolescencia y comprende profundos cambios somáticos y psicosociales de acuerdo a las características según cada etapa de desarrollo de la adolescente en que se presente.

La maternidad es un rol de la edad adulta que cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñarse adecuadamente el proceso se perturba, las adolescentes embarazadas asumen responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre".

Muchas veces el embarazo adolescente no es planificado, por lo que puede adoptar diferentes actitudes que van a depender de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana (menores de 14 años) el foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de su madre, no existe aún el concepto de desarrollo de una vida individual, mucho menos una vida en pareja, en esta edad no son capaces de pensar en el embarazo como un hecho que las transformará en madres, la maternidad temprana provoca en ellas depresión y aislamiento, y negación de lo que están viviendo, generalmente identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, quedando muchas veces a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media (entre 14 y 16 años) el foco de desarrollo es el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Son frecuentes los cambios de estado de ánimo que con facilidad pasan de la euforia a la quietud; se siente aislada, no querida, rechazada siendo para ella el embarazo una amenaza, un peligro y a la vez lo percibe como algo muy especial, beneficioso, que le brinda oportunidades.

Aparecen nuevos temores como los dolores del parto y la salud de su hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo.

La vida en pareja se toma en cuenta en este periodo, el padre es considerado importante como una esperanza en el futuro.

En la adolescencia tardía (después de los 16 años), el foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales. En este período la adolescente embarazada se proyecta con su pareja con la esperanza de conformar una relación que perdure en el tiempo, sea o no familia.

En esta etapa las futuras gestantes desarrollan gran preocupación por su rol de madre, se preocupan de su embarazo, el vínculo madre-hijo es más estrecho y se tornan más perceptivas.

En conclusión se puede decir que la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, que necesita mucho apoyo y cuidado por parte de la familia, la sociedad y la pareja.

2.5. Factores predisponentes y determinantes en el embarazo adolescente

La maternidad temprana trastorna la vida de las jóvenes madres, pero mucho menos de lo que la gente cree [...] la particularidad del asunto tiene más que ver con cómo nuestra cultura política ha respondido a los

problemas asociados con la pobreza, la sexualidad, las relaciones de género y cosas parecidas, que con la amenaza planteada por adolescentes teniendo bebés antes de que ellos o sus familias lo deseen, o antes de que la sociedad se pregunte si eso es bueno para su bienestar y el de su descendencia (Furstenberg, 2003, pág. 23-29).

El embarazo adolescente se lo ve como un problema social, y de salud pública considerando que “el embarazo precoz provoca afectaciones de la salud física, psíquica y social de la madre, en su pareja, en el niño, e involucra a la estructura familiar y social” (Naranjo, 2000) (citado en Trujillo M. 2013, pág. 104)

En este sentido se puede afirmar que el grupo de mayor riesgo social, es el grupo poblacional de los adolescentes, quienes no han sido considerados entre las prioridades para el diseño de políticas públicas de desarrollo, apareciendo socialmente llenos de estigmas y temores, con confusiones de cómo actuar y comprender sus problemáticas.

Existen diversos factores que predisponen al adolescente a experimentar un embarazo temprano y que debido a su complejidad se desarrolla por algunos de estos elementos incidentes como son los factores biológicos, psicológicos, culturales, familiares y socioeconómicos que se describen a continuación.

a) Factores biológicos y psicológicos

En la actualidad la edad de la menarquia ha descendido, estando la media entre los 12-13 años de edad, acelerando los procesos de crecimiento y maduración sexual, donde la adolescente es capaz de concebir de forma fisiológica.

Por otra parte, el inicio de la pubertad y la conducta sexual dominada por los cambios fisiológicos y hormonales permite la posibilidad de iniciar su vida sexual a temprana edad, influenciados por la sociedad que día a día promueve y estimula, el uso de métodos anticonceptivos, el placer y la satisfacción como un derecho, lo que hace que los adolescentes vivan un hedonismo cuando aún no manejan las situaciones de riesgo.

Tal vez decir deseo sea demasiado. Lleva tiempo (un tiempo insoportablemente largo según los parámetros de una cultura que aborrece la procrastinación y promueve en cambio la "satisfacción instantánea") (...) En el caso de las parejas, y especialmente de las parejas sexuales, satisfacer las ganas en vez de un deseo implica dejar la puerta abierta a otras posibilidades románticas. (Bauman, 2012, pág. 43)

La frecuencia de contactos sexuales entre semejantes y el desconocimiento del uso de anticonceptivos, es un factor que condiciona el embarazo adolescente, modifica sus conductas sexuales, y genera placer sin responsabilidad, se tiene relaciones sexuales con una menor carga emocional frecuentando contactos con más de una persona.

La pulsión sexual del adolescente que estuvo latente ahora es intensa, su fuerza es imprevisible, aunque hay diferencias de género, en las mujeres la pulsión sexual no parece ser tan indispensable como en los hombres y generalmente originan sentimientos confusos, son capaces de frenar o reprimir tales impulsos sexuales, con el fin de conseguir una mejor adaptación psicosocial.

Según Klein (1984) la mayor parte de las adolescentes no comienzan su actividad sexual con la finalidad de quedar embarazadas, sino que piensan que el sexo es necesario para lograr los beneficios sociales de los contactos.

El sexo se considera muchas veces como un requisito para ser popular y no discriminada, ya que la presión que ejercen los grupos es excluyente. Las mujeres sin actividad sexual y sin contactos se consideran socialmente descartadas.

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo en la adolescencia, no es capaz de ver las consecuencias que trae consigo el inicio de la actividad sexual, pues no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Para la adolescente mujer son más trascendentes las necesidades psicológicas, la seguridad, el afecto y el amor, que la propia satisfacción del comportamiento sexual, siendo esta experiencia sexual un interés de ser aceptada, cuidada, mimada, deseada y protegida.

Por otra parte, las mujeres jóvenes con poca confianza en sí mismas, dependientes, confusas, con baja autoestima, e insuficiente comunicación con sus padres, están generalmente expuestas a un inicio sexual temprano y por consiguiente al riesgo de quedar embarazadas. Muchas adolescentes experimentan la soledad de su aislamiento y encuentran en la pareja un medio de apoyo de correspondencia emocional en las relaciones sexuales.

A esto se incluye el problema socioeconómico que está relacionado con el embarazo adolescente, que según los datos de la División de la Población de las Naciones Unidas, indican que “la fecundidad adolescente en los países de América Latina se correlaciona positivamente con la pobreza y la desigualdad” (2010).

b) Factores culturales

Estos factores inciden en cuanto al conocimiento que tienen con respecto a la sexualidad, pues hay una diferencia existente en los índices de escolarización entre unos y otros países, que según los datos de la División de la Población de las Naciones Unidas afirman que “existe una mayor incidencia de embarazos adolescentes en países en desarrollo que en los países subdesarrollados” (2010).

Esto se refiere a que hay mayor frecuencia de embarazos en grupos sociales de menor grado cultural, donde la falta de una educación sexual adecuada contribuye en gran medida al aumento de embarazos en adolescentes.

Según un estudio de la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) “Los adolescentes que tienen más educación, viven en zonas urbanas y provienen de familias más acomodadas tienen una menor probabilidad de quedar embarazadas” (2010).

En países como Suecia u Holanda toman como prioridad los programas de educación sexual, donde hay servicios especiales de anticoncepción para jóvenes, la incidencia de estas gestaciones son realmente bajas.

Por otra parte se resalta la pérdida, por una parte de la sociedad actual, de los valores morales y religiosos que pueden tener influencia en los jóvenes, igualmente en el momento actual se cuestiona a la familia como institución y se pone en duda, con frecuencia, el valor de la fidelidad matrimonial. La adolescente, sin formación adecuada en determinados principios, en este ambiente en el que se desarrolla, se marca una idea particular como un modelo para agradar, siendo la actividad sexual el camino adecuado para conseguir la popularidad y el éxito.

c) Factores familiares

La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás. (Satir, 1991).

Desde este punto se puede considerar según la investigación sobre “Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe” (2012), el aumento de incidencia del embarazo en adolescentes, proviene del poco contacto y comunicación familiar, de la carencia de afecto y apoyo, teniendo una disfunción familiar (falta de comunicación con los padres, soledad, abandono, padres separados, hijas de solteras, antecedentes en su madre o hermana que quedó embarazada en la adolescencia, enfermedades crónicas en progenitores).

d) Factores socio-económicos

El embarazo adolescente ocurre en todos los grupos socio-económicos, raciales y étnicos. Sin embargo, la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, las drogas, el alcohol, favorecen de forma notable el incremento del índice de embarazos en las mujeres jóvenes.

El embarazo adolescente es relevante desde una perspectiva de política de desarrollo ya que la maternidad temprana puede tener importantes repercusiones intra e intergeneracionales que pueden desencadenar trampas de pobreza intergeneracional (Azevedo, Favara, Haddock, López. 2012, pág. 6)

Desde esta perspectiva el embarazo adolescente es un mecanismo que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza, reproduciendo la misma condición, la misma que reduce las oportunidades de independencia, autonomía laboral y social.

Los adolescentes de estratos sociales bajos son más propensos a tener menos aspiraciones y metas a alcanzar (Acevedo, 2012).

La mujer puede quedar embarazada porque no tiene un plan de vida, aspiraciones ni metas para su porvenir. En la adolescencia, etapa donde se construye la identidad y la seguridad de sí mismo, su proyecto de vida es parte de su crecimiento, muchas veces coartado por los problemas sociales, familiares y económicos existentes en su entorno.

Según la lógica de Furstenberg (2003), los pobres tienen un sistema de valores que los condena a perpetuar su condición y prefieren vivir de la asistencia pública antes que progresar por sus propios medios, y por ello no posponen la maternidad.

Por otro lado Irvine (1994) argumentaba que “la maternidad durante la adolescencia era muy costosa para los pobres, y que por ello el Estado debía proporcionar los medios para ayudar a las jóvenes a posponerla” (pág. 3).

2.6. Afecto y autoestima

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima, ya que se manifiestan ciertos cambios a nivel socio-afectivo, físico y cognoscitivo; es la etapa donde el adolescente empieza a reafirmar su identidad, como un individuo distinto a los demás, consciente de sus posibilidades, su talento, siendo valioso como persona, donde se desarrolla además la capacidad de reflexionar y pensar sobre uno/a mismo/a y de aceptar una nueva imagen corporal.

De acuerdo con los estudios revisados por Cole, plantea una relación entre el embarazo adolescente y una baja autoestima, a medida que el nivel de autoestima aumenta, la práctica de comportamientos sexuales inseguros disminuye”. (1997, pág. 197)

Por lo que el inicio de la actividad sexual está asociada a la búsqueda de valoración de sí mismos como parte de su desarrollo psicosocial asociadas a las necesidades emocionales, que en este caso son insatisfechas, como lo plantea Hoffman, Paris y Hall (1997) “Las adolescentes que presentan carencias afectivas intentarían sentirse valoradas a través de la maternidad”.

La adolescente que vive un embarazo, se inserta en el complejo proceso de estructuración de su identidad, que es algo que todavía no está definida, donde su proyecto de vida, las relaciones con el mundo, la redefinición de sus lazos familiares, sus roles y el reconocimiento de las opciones y restricciones que la sociedad les brinda están en juego. La baja autoestima en la adolescente embarazada empieza por la no aceptación del mismo, donde surgen pensamientos de confusión y negación, y que generalmente provoca sentimientos negativos, y de rechazo hacia el bebé, inseguridad en sí mismas e incremento de temores.

CAPÍTULO 3.

MUSICOTERAPIA PSICOPROFILÁCTICA PRENATAL

3.1. La Psicoprofilaxis del embarazo

“La verdadera educación empieza antes del nacimiento y comienza por la educación de los padres para una mejor comprensión del amor y así poder atraer un espíritu excepcional a su familia. De esta manera se habrán esforzado por concebir a este bebé en la mayor luminosidad y pureza” (Maestro Omraam, MikhaelAivanhov, 1981, pág. 3)

La maternidad y el nacimiento han significado a lo largo del tiempo la formación de una serie de concepciones y prácticas con respecto al miedo y el rechazo al sufrimiento en el proceso de parto.

El parto es un acontecimiento natural, desde la creación y a través de generaciones se asocia con el dolor que acompaña en todo el trabajo de parto. Es una de las mayores preocupaciones de la embarazada y llega en algunos casos a producir tensiones que se intensifican a medida que se acerca el parto.

Es por ello por lo cual surge la Psicoprofilaxis, como una educación de la madre durante la gestación, para poder enfrentar los fenómenos fisiológicos del embarazo y del parto, y disminuir el dolor que lo acompaña.

“La historia de la preparación del parto empieza en el año 1908 en Estados Unidos, cuando la cruz roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebé como parte de los cursos de salud en el hogar”. (Barsallo. 1993, pág. 26)

A principios del siglo XX empezaron las primeras experiencias en búsqueda del alivio del dolor durante el parto, donde el médico Grantly Read en 1914 realizó sus primeras investigaciones que dieron inicio a la explicación científica de la psicoprofilaxis.

Read se fundamenta en que el dolor del parto se ha magnificado en la mujer como fruto de la civilización que con sus prejuicios y falsas concepciones ha desvirtuado el sentido de la maternidad (1956).

Read fue el médico que inventó el método “Read”, siendo el precursor en el método psicoprofiláctico, sin embargo durante 20 años pasó ignorado, ya que no existía una base científica que explicara el mecanismo de acción, y los fundamentos fisiológicos del método.

El temor producido por la gestante hace que en ella se produzca un estado de tensión produciendo dolores más intensos, formándose un círculo Temor - Tensión - Dolor.

El método Read se encamina a romper ese círculo, interviniendo en los temores de la gestante, liberándola de sus falsos temores, educándola en los procesos del parto y preparando con ejercicios físicos todos los músculos que intervienen en el parto.

Read tomó en cuenta los trabajos de Pavlov, sobre la fisiología de la corteza cerebral y los reflejos condicionados. Los rusos en 1923 basados en filosofías pavlovianas concluyen que el dolor es una reacción condicionada por estímulos sociológicos, religiosos y culturales.

Se pretende el descondicionamiento intentando separar el miedo al parto, a las contracciones; mediante la información, ideas positivas sobre la maternidad, técnicas activas de respiración que precisen esfuerzo y concentración, y la lucha contra la sensación de dolor a través de la relajación.

Lazame, (1958) en Francia, a través de una información adecuada a la gestante, busca eliminar los miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor.

Este autor habla sobre una preparación intelectual, física y psíquica. Como un método que permite a la mujer colaborar activamente en el parto y brinda a su pareja la oportunidad de participar en sesiones de preparación lo que facilitará una relación más positiva con su hijo.

Se ha creído que la Psicoprofilaxis ayuda únicamente a disminuir el dolor durante el parto, pero en realidad otorga otros beneficios que son más importantes para la madre y el bebé, previo al parto y durante el crecimiento del bebé. “Un niño que ha recibido desde el vientre la Psicoprofilaxis, tiene mayor seguridad y menos temores “(Barsallo J, 1993)

3.1.1. Definición de Psicoprofilaxis

“La Psicoprofilaxis del embarazo es un proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos, focalizado en la preparación psíquica y física de la madre/o pareja para la llegada del bebé, es el método de entrenamiento físico y psicológico, con el fin de conseguir un parto feliz y fortalecer el vínculo prenatal” (Federico, 2000).

La Psicoprofilaxis en sus orígenes fue utilizada para eliminar los dolores del parto pero hoy en día es más profundo, lo que busca esta preparación educativa es que los fenómenos dolorosos que se producen no se transformen en sufrimiento.

Se basa en tres elementos importantes: una preparación teórica encaminada a proporcionar la información necesaria de embarazo y parto, rompiendo estereotipos, falsas creencias e ideas preconcebidas negativamente.

Una preparación física que es el conjunto de ejercicios suaves y seguros que capacitan a la gestante a manejar su postura, movimiento, respiración, relajación, y dominio del dolor.

Y una preparación Psicológica basada en la superación de temores, angustias, y así recobrar la autoconfianza para asumir de manera natural y positiva el proceso de parto.

3.1.2. Importancia de la Psicoprofilaxis en el embarazo

La Psicoprofilaxis dirigido hacia las adolescentes, es con fines preventivos, que permitan incidir favorablemente en la reducción de la muerte materno-infantil. Igualmente es brindar a las madres embarazadas las herramientas necesarias a través de un entrenamiento a nivel físico y mental, que permita vivir el parto como una experiencia placentera a través del cambio de esquemas, actitudes y conductas en relación a la percepción del Parto como un proceso gineco-obstétrico traumático.

La Organización Mundial de la Salud (2000) recomienda la Psicoprofilaxis Obstétrica por sus efectos positivos y beneficiosos tanto para la madre como para el gestante; (tomado de Solís H. Morales S, 2012, pág. 49) ya que la embarazada adquiere aprendizajes sobre ejercicios físicos y técnicas de respiración que favorecen las funciones de su cuerpo y que facilitan el momento del parto.

Cuando la madre vive una experiencia de Psicoprofilaxis sabe qué hacer, cómo respirar y cómo relajarse, permite que el nacimiento de su bebé evite los anestésicos. La pareja se involucra en el proceso de embarazo y se refuerza la unión que hay entre ellos.

El hombre no se siente excluido, y la mujer siente, en él, un gran apoyo. Igualmente se logra disminuir ansiedades en la pareja ya que se trabaja los temores y preocupaciones comunes.

Las madres logran disminuir las emergencias durante el parto, como las hemorragias, desprendimiento de placenta, inadecuada ubicación del bebé en el útero, infecciones y posibles abortos, logra disminuir la morbilidad y mortalidad del neonato, da seguridad y confianza a la madre, hace un manejo psicológico del estrés y el miedo, disminuye el dolor de las contracciones. (Gavensky, 1971, pág. 48)

3.1.3. Preparación física de la madre para el momento del parto

El llegar a ser madre, para muchas mujeres es una parte importante en su vida, como una etapa única y especial de crecimiento y plenitud que se vive con alegría, ilusión y tranquilidad; y que al mismo tiempo se está llena de dudas, preguntas, e inclusive miedos.

Es muy importante que la mujer conozca cómo funciona su cuerpo, cuales son los cambios se producen, para prevenir, es decir para saber qué hacer, para estar más segura, para reducir los estragos y llevar un embarazo consiente y placentero. La preparación del parto no solamente es del parto en sí, sino de lo que viene antes y después.

A continuación se describirá todo el proceso de Psicoprofilaxis tanto en la parte física como en lo psíquica y emocional. Las técnicas de relajación y respiración, ejercicios preparatorios para el parto.

a. Ejercicios de relajación

En el libro de ejercicios Terapéuticos, Sweeney (1978) define el término relajación como: un estado o respuesta percibidos positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión o del agotamiento. (citado en Payne, 2005, pág. 13)

Es decir que la relajación es una técnica de liberación de tensiones físicas, musculares así como también psicológicas, cuyo fin es lograr en la persona una sensación de serenidad, despojando la mente de pensamientos estresantes o molestos.

La relajación va a disminuir la tensión proporcionando un autocontrol y confianza haciendo cambiar positivamente su estado emocional.

En el caso de la mujer embarazada esta debe aprender a relajarse ya que se encuentra en una etapa especial llena de miedos, temores, molestias, y conseguir auto controlar su mente, y que esto le ayude a sentirse más segura y tranquila.

Algunos de los beneficios de la relajación durante la gestación son:

- Conocer y aceptar su propio esquema corporal como una transformación de su cuerpo tomando conciencia de los cambios.
- Mejorar su actitud y comunicación con el bebé, con pensamientos positivos acerca de su maternidad.
- Mejorar las posturas de descanso y combatir el insomnio, y la fatiga propia del embarazo como el aumento de peso, el cambio hormonal, etc.
- Ayuda a controlar la sensibilidad del cuerpo, y conseguir que la sensación dolorosa de la contracción sea menor.

Existen algunos métodos de relajación, pero se abordarán dos técnicas que favorecen a una relajación completa; la relajación progresiva de Jacobson y la relajación autógena de Shultz.

- Relajación progresiva de Jacobson

Es una técnica de entrenamiento de relajación cuyo objetivo es lograr un estado de pasividad y distensión mental, a nivel neuro muscular, ya que ambos planos se pueden influenciar, esto debido a que estudió cómo influye la mente en el cuerpo y viceversa. .

Jacobson (1970) descubrió que el pensamiento tenía conexión con el estado de músculos, y que las imágenes mentales, especialmente asociadas con el movimiento,

iban acompañadas por pequeños niveles de actividad en los músculos correspondientes. (citado en Payne, 2005. pág. 55)

En esta técnica para combatir la tensión, la aplicación empieza en que la persona pueda percibir la sensación del músculo contraído, para tomar conciencia de su ubicación y relajar dicha tensión localizada.

Esta tensión mental está asociada con nuestro estado mental, si los músculos están tensos, reflejan también nuestra tensión mental; por el contrario si se libera esa tensión muscular, igualmente la mente se libera.

Para la aplicación de esta técnica se sigue una serie de pasos sistemáticos, donde la persona se encuentra recostada en un espacio silencioso; se hace que la persona mediante instrucción flexione o contraiga una parte específica de su cuerpo (antebrazo, hombros, cabeza, frente, ojos, labios, etc) para que perciba la tensión en esa zona, para posteriormente pedirle que relaje. Esto se lo repite varias veces hasta que deje de percibir la tensión.

El desarrollo de esta técnica se lo realiza progresivamente, y su objetivo es tensar y destensar todos y cada uno de los músculos. El procedimiento es por grupos musculares de tensión-relajación y es el siguiente:

Tabla 1.

PARTE DEL CUERPO	DESCRIPCIÓN
Brazos	-Sensación de pesadez en brazo dominante. - Contracción de brazo con puño hacia delante y atrás, relajación. - Tensión zona superior del brazo, relajación.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión zona inferior del brazo, relajación. - Contracción biceps y relajar. - Contracción triceps y relajar. - Estirar brazo adelante y arriba, aflojar.
Cara	<ul style="list-style-type: none"> - Tensar frente y cejas levantando y relajar. - Tensar frente y cejas frunciendo y relajar. - Tensar párpados. <p>Tensar Globos oculares, recorrido derecha-izquierda, arriba-abajo, con pausa.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tensar mejillas, labios estirado y relajar. - Tensar labios, beso, relajar. - Tensar mandíbulas, apretar y relajar.
Cuello, tronco	<ul style="list-style-type: none"> - Inclinar la cabeza derecha-izquierda, atrás adelante. - Levantar hombros lo que más se pueda, y dejarlos caer. - Hombros hacia atrás, dejar caer hacia delante. - Sacar el pecho hacia delante y reposar. - Curvar la espalda intentando topar los codos por detrás. - Tensar la parte anterior del tronco, metiendo el estómago, reposar. - Tensar la parte inferior de la espalda, arqueándola.
Piernas y pies	<ul style="list-style-type: none"> - Tensar ambos muslos y relajar.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tensar pantorrillas y pies, relajar. - Tensar los dedos de los pies, relajar.
--	--

Cuadro elaborado por Raúl Muñoz, tomado del Libro Psicoprofilaxis Obstétrica, Gavensky. 1971, pág. 147)

- Entrenamiento autógeno de Shultz.

Es un tipo de entrenamiento autógeno que consiste en “Producir una transformación general del individuo por un entrenamiento mediante el cual los pacientes puedan obtener por sí mismos los rendimientos típicos de los estados sugestivos puros” (Gavensky, 1971, pág. 147)

Se trata de un sistema de ejercicios fisiológicos y racionales, dirigidos a que cause una desconexión general del organismo, donde la relajación muscular es un medio para llegar a una relajación psíquica a través de la concentración.

Estos ejercicios sistemáticos se elaboran según las vivencias con fines específicos, por ejemplo la relajación muscular (sensación de peso), vascular (sensación de calor), la regulación cardíaca, respiratoria, abdominal (plexo solar) y cefálica.

b. Ejercicios de respiración.

A través de los ejercicios de respiración se procura mejorar el estado general durante todo el embarazo, se les enseña a las adolescentes los diferentes tipos de respiración indispensables para el Parto y se motiva a practicarlos de manera constante.

Algunos beneficios de la respiración son:

- Ayuda a una correcta oxigenación del bebé en las contracciones durante el Parto.
- Contribuye al control emocional y relajación en todo el embarazo.

- Desarrolla la capacidad de enfocar la atención en la respiración, exhalando e inhalando profundamente en cada contracción, pudiendo revertir el proceso y disminuir el dolor y el estrés.

Existen algunas técnicas de Respiración como son: La respiración consciente y la controlada, dada su importancia al momento de las contracciones y el Parto mismo. Estos son algunos tipos de respiración:

- Respiración abdominal o respiración profunda: Consiste en tomar aire por la nariz y sentir cómo se llenan los pulmones, al tiempo que se hincha poco a poco el abdomen. Después, se suelta progresivamente el aire por la boca mientras se contraen los músculos del diafragma. Este tipo de respiración se debe realizar cuando comienzan las contracciones más fuertes.
- Respiración jadeante: Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje, sucesivamente. Este tipo de respiración es muy útil durante la dilatación, impidiendo que durante las contracciones el fondo del útero y el diafragma entren en contacto.
- Respiración torácica: Consiste en realizar dos o tres respiraciones profundas y cortas desde el tórax. Antes de expulsar el aire, se contraen los músculos abdominales y relaja la parte baja de la pelvis.

Se mantiene respiración lo que más pueda y suelta el aire relajando el abdomen. Este ejercicio se puede realizar sentada o acostada y se utiliza durante el periodo de expulsión del feto. Es lo que se conoce como pujos, ya que la madre siente una gran necesidad de empujar, entre contracción y contracción. (Gavensky, 1971, pág. 79-81)

c. Gimnasia para madres gestantes.

Se denomina Gimnasia al conjunto de ejercicios aeróbicos de bajo impacto realizados con el fin de preparar a la mujer a tener un parto con el menor dolor y sin complicaciones, tienen algunos beneficios tales como:

- Acelerar los impulsos nerviosos, mejorando los reflejos y envían sangre oxigenada a los músculos.
- Aumentar la flexibilidad y la movilidad de las articulaciones, el calentamiento y reducir el riesgo de sufrir lesiones, especialmente en los tendones.
- Aumentar el ritmo cardíaco, preparando al cuerpo para el ejercicio físico.
- Soltar los músculos para que la mujer no se sienta rígida y/o tensa.

Dentro de la profilaxis se divide o diferencian algunos ejercicios de acuerdo a su objetivo o fin. Los ejercicios de Calentamiento que se realizan al comienzo de cada sesión, como también hay los de Estiramiento que sirven para preparar los músculos a un mayor esfuerzo y aumentar su rango de movimiento en las articulaciones, y finalmente los ejercicios de Flexibilización que sirven para alcanzar distintos grados de movimiento articular.

3.1.3. Preparación psíquica de la madre para el momento del parto.

“Es indudable que el embarazo, así como significa un sobre esfuerzo para todos los órganos, implica también una sobrecarga psicológica, un stress” (Gavensky, 1971, pág. 198)

El embarazo es un período de la vida que conlleva grandes cambios en la mujer, que de alguna manera se encuentra vinculado a las experiencias psicosexuales de la infancia y de la adolescencia; esto conlleva un cierto grado de desequilibrio a nivel fisiológico, psicológico, emocional, intelectual, al cual ninguna está lista.

Mucho menos está preparada una adolescente para asumir la llegada de un nuevo ser, el asumir un nuevo rol, nuevas responsabilidades, pasa de ser una etapa hermosa como un proyecto de vida a una etapa llena de incertidumbres, de aceptación, de miedo y rechazo.

A esto sumamos que este momento del embarazo depende también de las circunstancias individuales, sociales, económicas, y también la vinculación con la pareja, generando ansiedad y angustia extra, es decir este momento de la vida de una mujer embarazada no es fácil.

Dentro de la preparación psíquica de la madre resulta importante trabajar la parte intelectual que tiene que ver con el hecho de conocer los fenómenos fisiológicos del embarazo, sus cambios y lo que vendrá en el proceso del embarazo.

Como plantea B. Muldworf, hay un aprendizaje que está influido por contenidos culturales y científicos de la preparación en la que hay un esfuerzo pedagógico para elevar el nivel de conciencia de la embarazada (Citado en Gavensky, 1971, pág. 212)

Generalmente uno lleva consigo ciertos prejuicios que son infundados, y son indicios de temores y miedos a causa de la poca información que se conoce sobre el embarazo. Cuando la mujer sabe todo el camino que va a recorrer, va desapareciendo la angustia, y ese control del mismo debe ser parte de una preparación eficaz en el embarazo.

Por otro lado se trabaja la parte Emocional que tiene que ver con las expectativas del adolescente, los temores, las fantasías y los sueños como parte de su vida y que es posible conseguirlo.

De acuerdo con Sprague H. Gardiner (1966), existen tres tipos de recursos estabilizadores para trabajar con la mujer embarazada: aceptación del embarazo y el futuro niño, el grado razonable de estabilidad emocional y madurez, y la estabilidad ambiental.

El primero implica lograr una actitud positiva hacia el embarazo, que haya sido aceptado satisfactoriamente, expresar manifestaciones de orgullo en la auto identificación del rol como futura madre, y la aceptación de los cambios anatómicos y fisiológicos.

La segunda tiene que ver con la aceptación de su rol femenino, el mantener una actitud sin miedos exagerados acerca de ella misma y del niño, el desarrollar en ella una adaptación a nuevas situaciones vitales y la voluntad y experiencia para asumir responsabilidades.

La última se refiere a ser conscientes de lo que se tiene, de las oportunidades y limitaciones ambientales como condiciones de vida, la actitud y apoyo de la familia frente a su embarazo, la aceptación de la pareja y la familia como principal soporte emocional, económico de la embarazada.

Finalmente el objetivo de esta preparación psicológica de la madre es para que sea consciente de su situación y la afronte de la mejor manera como una mujer luchadora, priorizando su bienestar y el del bebé, transformándose, reeducando su afectividad, asumiendo esta nueva etapa como parte de su vida.

3.2. Musicoterapia.

“Sin música, la vida sería un error”

(Nietzsche Friedrich, 2000)

La musicoterapia es una disciplina relativamente nueva, pero que ha tenido grandes efectos en las personas, como una terapia donde se trabaja más lo no verbal, a través de la utilización de la música y sus elementos.

Para comprender los principios de intervención y prevención de la musicoterapia, en este capítulo se profundizará los fundamentos y efectos biológicos, psicológicos del sonido y la música. Se encontrará una definición clara de lo que es Musicoterapia, sus bases teóricas y los métodos, técnicas que se emplean en la Musicoterapia Psicoprofiláctica Prenatal

3.2.1. Definición de musicoterapia.

Definir el término musicoterapia es una tarea compleja, ya que la música es una ciencia transdisciplinaria, como plantea Bruscia (2007): “no es una disciplina sola, aislada, con límites claros e inmutables”. (pág. 5)

Es una combinación de muchas disciplinas entre el dinamismo de dos áreas principales: La música y la terapia.

Es por ello que la musicoterapia tiene muchas definiciones, que han sido construidas de acuerdo a la práctica y experiencia de terapeutas.

La Asociación Mundial de Musicoterapia la define como:

La utilización de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado, (...) en un

proceso para facilitar y promover la comunicación, la relación y el aprendizaje, (...) con el fin de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La Musicoterapia trata de desarrollar y/o restaurar las funciones potenciales del individuo para que ella o el puedan lograr una mejor integración intra e interpersonal, y por consiguiente, una mejor calidad de vida gracias a un proceso terapéutico de prevención o rehabilitación (Citado en Poch. 1999, pág. 8)

La Asociación Estadounidense de Musicoterapia define: “La musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, la conservación y mejoría de la salud mental y física” (Citado en Poch. 1999, pág. 8)

Bruscia la define como:

Proceso dirigido en el que el terapeuta ayuda al paciente o cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas como fuerzas dinámicas de cambio. Es un proceso que supone empatía e intimidad recíproca como en toda relación terapéutica. (2007 pág. 5)

Benenzon (2005) afirma que la musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano, para la utilización del movimiento, el sonido y la música en la apertura de canales de comunicación en busca de efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el ser humano y la sociedad. (pág. 25)

La definición del musicoterapeuta Rolando Benenzon encierra todos los aspectos bio-psico-sociales dentro de una intervención musicoterapéutica.

Gabriel Federico (2004) describe:

“La musicoterapia es la disciplina que estudia los aspectos sonoros de las personas a nivel receptivo, productivo y relacional. Utiliza como recurso

el material sonoro-musical en toda su dimensión, para favorecerlos procesos saludables en el ser humano. La presencia del deseo y de los vínculos es muy significativa en el espacio musicoterapéutico” (pág. 19)

Las definiciones expuestas anteriormente dan cuenta de tres elementos comunes: persona-sonido-terapia con objetivos, diagnósticos y técnicas específicas donde se utiliza a la música y sus elementos dentro de una relación terapéutica, con el propósito de mejorarla calidad de vida de las personas.

Desde los inicios más tempranos, la música era de gran ayuda para curar enfermedades, por otro lado y mucho después utilizan a la música como medio de prevención. Este último es el que se profundiza y se aplica en mujeres embarazadas, como un medio de estimulación, cuidado de la madre y el feto para evitar dificultades y promover su bienestar.

Se define musicoterapia preventiva como la: “Utilización de la música en cualquier situación personal o actividad humana a fin de ayudar al hombre a evitar los efectos negativos de las mismas o el que sean causa de enfermedad”. (Poch, 1999, pág. 591)

3.2.2. Principios de la musicoterapia

La autora Musicoterapeuta Serafina Poch (1999), plantea algunos principios básicos de la musicoterapia que dada su relevancia son una aportación valiosa para el estudio científico de la musicoterapia. Los principios son:

- Teoría griega del Ethos: Fueron los griegos en plantear de un modo científico la influencia de la música sobre el estado fisiológico y el estado anímico del ser humano.
- Principio homeostático de Altshuler: El organismo humano funciona como una entidad compacta, mente y cuerpo son inseparables e influyentes entre sí. Las artes como la música mueven al organismo en su totalidad, donde su respuesta u

efecto nunca será igual en las personas al igual que pueden ser impredecibles. Altshuler deriva dos conclusiones importantes:

- Homeostasis y principio masculino-femenino: Plantea que la música es dual y bisexual en su acción. La música provoca tanto en un hombre como en una mujer una emoción, pero cada uno lo hace de modo distinto. Es decir que culturalmente el ritmo se asocia con algunos rasgos de masculinidad mientras que la melodía está asociada con la femineidad buscando un equilibrio entre ambas.
- La música como factor homeostático: La música es un elemento que mantiene, hace como mediador entre las fuerzas instintivas y las fuerzas socioculturales. Es decir que la música tiende a liberar estas fuerzas y a equilibrarlas.
- Principio de Iso: Que significa Igual en griego. Es un principio que se le atribuye a música y sus elementos, a atribuir respuestas similares de acuerdo a un determinado estado de ánimo, a fin de facilitar una mejor respuesta emocional y mental.

La música ha evolucionado a lo largo de la historia, y cada civilización ha creado sus propias manifestaciones, como un fenómeno artístico, estético y social.

“La música se genera a partir de gritos ritmados, que servían de válvula de escape de sensaciones y emociones primarias. Estas producciones sonoras, de carácter colectivo, nos conducen al estudio de la ontogénesis. Algunos autores sitúan la génesis de la música al mismo momento de la gestación del ser humano” (Benenzon, 2000, pág. 26)

A partir de ese instante han sido y son muchos los modos cómo influye la música en la personas. Y es que la música tiene la capacidad de producir un efecto en el ser humano en todos los niveles: biológico, fisiológico, psicológico, intelectual, social, espiritual.

a. Efectos fisiológicos.

“La música manifiesta esquemas de excitación que ocurren en los tejidos nerviosos, que son la fuente física de la emoción” (Langer, 1951, pág. 227)

La música actúa sobre el funcionamiento bioquímico de nuestro organismo, ya sea de manera positiva o negativa, según el tipo de música que se escuche.

H. Rauscher y colegas (1993, citado en Campbell, 1999) realizó varios experimentos con música y sugiere que la música compleja facilita ciertos comportamientos neuronales complejos que intervienen en las actividades cerebrales superiores, como las matemáticas y el ajedrez. (pág. 41)

Serafina Poch (1999) resume diferentes experiencias de varios investigadores (págs. 58-60):

- Coleman (1920), Darner (1966), Jong /Van Morik (1973) y Landreth(1974) dicen que la música estimulante tiende a aumentar el ritmo y pulso cardiaco, mientras que la música sedante tiende a disminuirlo.

- Bierbaum (1958) y Sears (1954) dicen que la música sedante y estimulante causa cambios en el ritmo y pulso cardiaco, pero estos cambios son impredecibles.

- Ellis y Brithause (1952) Foster y Gamble (1906), entre otros, dicen que la música estimulante tiende a aumentar la respiración, mientras que la sedante la disminuye.

- Jong, Plutchic, y Rousey (1969), dicen que la música alegre tiende a aumentar la respiración.

- Poch (1999) menciona que la música influye en el reflejo pupilar a la luz, en los movimientos peristálticos del estómago, en aumentar el nivel de resistencia al dolor, e incrementar la actividad muscular.

b. Efectos psicológicos

La música y sus efectos en el ser humano, se perciben a través de respuestas psicológicas, y es capaz de despertar expresiones, liberar o dominar emociones y sentimientos.

La música actúa como un estimulante en el sistema nervioso, que puede provocar en el ser humano varios efectos, como sedantes, estimulantes. (Poch, 1999, pág. 70)

Según Juliette Alvin (2005) los efectos psicológicos de la música pueden dar origen a la comunicación, identificación, asociación, fantasía expresión corporal y el conocimiento de sí mismo. (pág. 106-119)

El hombre es un ser social, no puede desvincularse del mundo que le rodea, ya que su supervivencia y desarrollo depende de su integración y adaptabilidad. La música es un medio de comunicación el cual facilita comprender y actuar en el medio que le rodea.

La imitación e interpretación de los sonidos fueron adquiriendo significados y sentidos. La música expresa sentimientos, pero cada persona los percibe de diferente manera, no obstante el ser humano tiende a identificarse y a darle un sentido simbólico a base de una experiencia musical.

“El hombre absorbe los sonidos, a menudo en forma inconsciente, y retiene la música en la mente: (...) que pueden traerle a la memoria hechos, estados de ánimo o sensaciones asociadas con ella” (Alvin, 2005, pág. 112)

La música queda grabada en la memoria, y es asociada con las experiencias personales de cada ser. “Puede provocar sentimientos de éxito o de fracaso” (Alvin, 2005, pág. 113). Evocan recuerdos, vivencias que hayan sido experiencias gratificantes o desagradables, y que son relacionadas con la música.

Igualmente la música es un medio de autoexpresión y liberación emocional. Como lo plantea Langer (1951): “Usamos la música para extraer nuestras experiencias subjetivas y para restablecer nuestro equilibrio personal”. (pág. 217)

Es decir que la música proporciona una vía de escape, de descarga de la emoción, que trae a la conciencia.

3.2.3. Modelos de la musicoterapia

Dentro del abordaje de los métodos y técnicas de la musicoterapia, existen algunos modelos de abordaje. Toro B. (2000) plantea los siguientes:

- Modelo conductual. Se fundamenta en la teoría de la conducta, utilizando un método empírico y científico para analizar las conductas objetivamente observables y cuantificables. Esta teoría centra sus esfuerzos en las conductas, y en su modificación, ya sean positivas adaptativas o la extinción de las negativas e inadaptadas, analizando si el uso de la música es capaz de provocar los cambios conductuales deseados (págs. 310-316).

- Modelo analíticos: musicoterapia y psicoanálisis.- Fundamentado en la teorías psicoanalíticas de Freud. Su teoría de la psique que divide en 3 partes:

- Ello: Son los deseos primitivos y los impulsos reprimidos.
- Yo: Son los impulsos, que son aceptados socialmente, se dirigen al exterior.
- Superyó: Es la moralidad y valores prohibitivos y censuradores.

El objetivo es ayudar a la persona a que se descubra a sí misma, a través de diversas técnicas aplicadas por el psicoterapeuta, cuyos esfuerzos se centran en la relación de los estados de la persona, esto a través de la música y la voz, y así poder llegar a mejorar los canales de comunicación entre el mundo interno y externo de la persona y mostrar nuevas formas de expresión de su conciencia.

En conclusión la música es el vehículo que ayuda a llegar a niveles inconscientes (regresión), para poder llegar a situaciones pasadas que causan conflicto, y resolverlas. (págs. 318-327)

- El modelo GIM: imágenes guiadas con música. Es un método, en el que las imágenes se utilizan con fines terapéuticos. A través de las imágenes se altera el estado de la conciencia, para llegar al inconsciente de la persona; y así poder ayudar a enfrentar ciertos problemas y emociones que generan conflicto y malestar.

Este modelo usa la relajación y la audición musical, para llegar hasta estados de conciencia desconocidos para la persona, y permitir un mayor autoconocimiento, facilitar un crecimiento personal y aumentar su bienestar personal. (págs. 350-361)

- Modelo humanista transpersonal.- Este modelo parte de las teorías de la psicología humanista, a contraposición de las otras teorías que las considera incompletas. Tiene 5 postulados básicos respecto a las personas:

- Se considera a la persona como un todo.

- La persona se desarrolla en un entorno social, tomando importancia a las relaciones interpersonales y su potencial humano.

- La conciencia de la persona es permanente, en el aquí y el ahora.

- La persona tiene la capacidad de elegir, a través de la experiencia, se es consciente de las elecciones de los actos que se cometen.

- La persona realiza su elección en base a una intención, un sentido de vida.

La base de esta teoría es curar a la persona mejorando su auto identidad, guiándole en sus problemas existenciales, favoreciendo su relación con el resto de personas, desarrollando su percepción y sensibilidad. (págs. 364-367)

- Musicoterapia creativa. Modelo Nordoff-Robbins. Basada en el modelo humanista. Su teoría se basa en la improvisación musical terapéutica y en la composición musical, como parte de la existencia innata de la música dentro de toda persona.

En la práctica, se utiliza la música, mediante una improvisación musical, para iniciar un diálogo, persona-terapeuta, en el que el paciente revela su “Yo actual”, como inicio a trabajar nuevas formas de superación y desarrollo de su personalidad, facilitando un crecimiento personal. (págs. 367-369)

- Modelo plurimodal o integrativo. Tiene que ver al empleo de diversas teorías y prácticas, abierto a recibir técnicas y herramientas terapéuticas que den resultados.

“Es plurimodal, ya que, no está inscrito de manera indisoluble en ninguno de los denominados modelos teóricos musicoterapéuticos”. (Schapira. D. Ferrari K. Sánchez V. Hugo M, 2012, pág. 29)

Algunos de los fundamentos teóricos del abordaje plurimodal en musicoterapia lo menciona Oriola (2012):

- Considera al ser humano como una unidad bio-psico-social-espiritual.
- Toma en cuenta la noción del inconsciente.
- Considera que todo individuo tiene un registro total de su experiencia de vida, que condiciona su presente y su futuro.
- Adhiere a la concepción de “Ser en la música.”
- Considera que en el proceso musicoterapéutico se despliegan los mismos mecanismos de defensa que aparecen en un proceso psicoterapéutico analítico.
- Concibe el concepto de transferencia musicoterapéutica, que tiene características diferentes a la transferencia en términos psicoanalíticos.

- Toma en cuenta al encuadre como elemento básico para el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos. (pág. 21)

A nivel teórico existen diferentes planteamientos (conductismo, psicoanálisis, humanista, etc.), y teniendo sola esa referencia como paradigma. La flexibilidad del modelo Plurimodal radica en la utilización de lo mejor de cada teoría, para dar la mejor respuesta a la necesidad de la persona.

Por lo tanto, se puede decir que este se adapta a la persona, ya que al centrarse en la persona se toma en cuenta la experiencia personal (el individuo, tal y como es, con las personas que lo rodean y entorno al que pertenece), la reflexión individual (significado a las experiencias), para de ahí realizar una acción con prácticas concretas.

La flexibilidad de este modelo permite estar abiertos a múltiples teorías que permiten una mejor percepción sobre la persona y sus circunstancias. Este modelo concibe a la persona desde una visión global, mientras que otros modelos, sólo se centran en una faceta de la persona (conductual, emocional, pensamiento, etc.).

3.2.4. Técnicas de la musicoterapia

Las técnicas son los recursos que se van a utilizar y van a dar forma a una sesión musicoterapéutica.

No es posible tomar cualquier actividad musical como musicoterapia, ya que debe tener objetivos planteados dentro de un proceso terapéutico.

Desde una perspectiva general, Bruscia tiene una clasificación en función del tipo de experiencia musical de acuerdo al paciente en las sesiones de musicoterapia, estas son: experiencias de improvisación, experiencias recreativas, experiencias de composición y experiencias receptivas.

Por otro lado Serafina Poch, afirma que:

Todos son métodos humanistas, porque se dirigen a lo más profundo de la personalidad del ser humano, como son los sentimientos y las emociones. Al igual que los métodos activos, los pasivos tienen por objeto una acción psicoterapéutica a través de la audición musical. (Poch, 1999, pág. 131)

Para organizar las técnicas, se subdividen en dos grandes grupos: técnicas Activas – Expresivas o de Improvisación y las técnicas Pasivas – Receptivas o de Audición.

a) Técnicas activas – expresivas o de improvisación

Las técnicas activas son aquellas acciones visibles (tocar instrumento, cantar, bailar), que la persona participativa en la acción. Un ejemplo es cuando la persona aprende una canción, que incluye ritmo, melodía, armonía, y después la interpreta.

Algunas de las técnicas activas son:

- Técnicas de improvisación vocal y canto
- Técnicas de composición y creación de canciones.
- Técnicas de improvisación Instrumental y rítmica.
- Técnicas de creación de Instrumento.
- Técnicas de tocar instrumentos.
- Técnicas de improvisación corporal: movimiento, danza y expresión corporal.
- Técnicas de juegos, cuentos sonoros musicales.
- Psicodrama musical.

b) Técnicas pasivas – receptivas o de audición.

Las técnicas pasivas, son aquellas en el que la persona no parece participar, porque lo que es una actividad interna, que no muestra la acción que realmente está sucediendo.

Un ejemplo es cuando se realiza una audición musical, donde la persona escucha música, y esté provocando internamente cambios, sensaciones, y sentimientos, es más difícil visualizarlo.

Algunos de estas técnicas son:

- Técnicas de audición:

- Receptivas
- Activas

- Técnicas de relajación con la música como base para:

- Ejercicios de respiración
- Relajación muscular progresiva (Jacobson)
- Biofeedback
- Terapias cognitivas y terapia autogénica (Schultz)
- Imaginación Guiada y Música (GIM)
- Meditación

En la práctica, el modelo plurimodal no posee los recursos o técnicas concretas que lo representen, no existe una relación de jerarquía, entre los procedimientos, recursos y técnicas. La práctica plurimodal se sostiene bajo cuatro pilares, denominados ejes de acción:

- La improvisación musical terapéutica

Utilizado como recurso principal, algunos modelos de Abordaje es el de Nordoff Robbins o terapia creativa e improvisacional; el modelo de Juliete Alvin, o abordaje de improvisación libre.

- El trabajo con canciones.- Propone una serie de usos acerca de las canciones, a la posibilidad de cantar en sesión:

- Canto conjunto: musicoterapeuta y paciente, cantan conjuntamente.
- Creación de canciones: musicoterapeuta y el paciente o grupo de pacientes, conjuntamente crean y recrean una canción.
- Improvisación: musicoterapeuta y paciente, crean mensajes instantáneos.
- Inducción evocativa consiente: El paciente busca en el archivo de su memoria, una o varias canciones relativa al tema que se está trabajando en sesión.
- Inducción evocativa inconsciente: De manera repentina e inesperada se le pide al paciente que asocie una canción, la primera canción que se le venga a la mente, fragmento melódico o estrofa.
- Asociación libre cantada: Se le pide al paciente que trate de colocar palabras dentro de la música o colocar música dentro de las palabras.
- Cuestionario proyectivo de canciones: Mediante preguntas de un cuestionario el paciente asocia canciones con distintas facetas de su vida. Por ejemplo: una canción que le recuerde su infancia, una canción que le recuerde a su padre, un antiguo amor, etc.
- Cuestionario social de canciones: Mediante preguntas de un cuestionario el paciente asocia canciones con miembros de su vínculo social: una canción que recuerde a personas cercanas, una canción que te recuerde etapas vividas, con el fin de conocer su entorno social.
- Confección de cancioneros: Se le propone ir elaborando una recopilación de las canciones que van apareciendo durante el proceso terapéutico, q los pacientes les gustaría tener.

- El uso selectivo de la música editada.- Consiste en utilizar la música editada en función de las subjetividades de los pacientes:

- Canto con música editada: Audición conjunta donde el paciente o grupo cantan sobre la música.

- Acompañamiento instrumental de música editada: Utilización de diversos instrumentos musicales para acompañar la música conocida por el paciente o grupo y por el musicoterapeuta.
- Audición de música editada: Hay dos tipos de audición: la que acompaña una situación grupal, o un intercambio verbal entre usuario y musicoterapeuta, y la audición que posibilita la escucha, donde se comparte un clima de intimidad entre usuario y musicoterapeuta.
- Audición de música en movimiento: Es una forma de conexión entre cuerpo, mente y emoción en el usuario.
- Edición personalizada: Creación de un CD, con la música que ha ido surgiendo en las sesiones.

3.2.5. Procedimiento musicoterapéutico

Los principios básicos de intervención musicoterapéutica se describen como base para la elaboración de un proceso sistemático y organizado del trabajo. Agudo (2006) plantea que se parte de una evaluación inicial, para después realizar un plan de intervención o de tratamiento, paralelamente se hace un seguimiento continuo, para finalizar el tratamiento.

- Evaluación Inicial. Es la recogida de datos de la persona, su historia de vida, la información de su ser y la familia, su historia clínica; que en algunos casos son remitidos por otros profesionales de la salud mental y física, este incluye la historia vital y su desarrollo gineco obstétrico del proceso de embarazo.

Dentro del contexto en que se encuentra una adolescente embarazada, la evaluación inicial resulta clave para el proceso musicoterapéutico. En la evaluación inicial se parte de algunas áreas que son: el área musical que tiene que ver con la historia musical y el nivel de musicalidad de la persona, y el área médica, como un diagnóstico general y obstétrico de la mujer gestante, el área socioemocional, cognitiva, comunicacional y socio familiar de la mujer gestante para una mejor comprensión de la persona, y una

adecuada intervención, tomando en cuenta qué metodología utilizar, que tipo de abordaje y el desarrollo de las sesiones.

Las técnicas de evaluación y de recogida de datos al que se puede recurrir son variadas, partiendo de una entrevista inicial, la historia musical con una ficha musicoterapéutica, el intercambio de datos con profesionales de la salud.

- Plan de Tratamiento. En función de los datos recogidos durante el proceso de evaluación se realiza un plan de acción en el que consta:

1. Diseño de Objetivos. Tiene que ver con la meta que se propone a alcanzar, en función de la valoración inicial realizada.
2. Encuadre. Son los elementos que permanecen estables y permiten visualizar el proceso terapéutico. Son componentes que se establecen y son acordados en el principio de las sesiones.
3. Técnicas musicoterapéuticas. Son el medio para llegar a alcanzar los objetivos planteados en la práctica. Entre ellas destacan las técnicas activas o expresivas y las pasivas o receptivas.
4. El Gabinete. Es el espacio del cual se dispone para desarrollar el trabajo, no siempre es posible elegirlo, pero si adecuarlo de la mejor manera, con una buena iluminación, un lugar cálido, cómodo y sin el ruido de afuera.
5. Instrumentos y recursos materiales. Son los materiales que forman parte del taller y debe haber el número suficiente para todas las embarazadas.
6. Seguimiento o evaluación del proceso. A lo largo del tratamiento se realiza evaluaciones constantes antes, durante y después de cada intervención, al igual que al final del tratamiento.
7. Finalización del tratamiento. Es cuando termina el proceso cumpliendo los objetivos propuestos, se evalúa el mayor grado posible de alcance y beneficios para el paciente.

3. 3. Musicoterapia prenatal

Escucho la música, nuestra música. Me muevo, la dejo penetrar dentro de mí. La melodía me lleva de un lado al otro. Y hay vacío. Y hay recuerdos. Y hay alegría. Es largo el camino que llevamos recorrido, juntos, los tres, vos, papá y yo. (...) Por eso, cuando te miro y escucho esa música, la música con la que aprendí a sentirte, a respetarte, a saber que eras alguien dentro de mí y más allá de mí, seco mis lágrimas aceptando la belleza y el sentido. Carta de Ana a Sergi. (Federico, 2004, pág. 92)

La musicoterapia prenatal es la utilización de la música con objetivos terapéuticos en la etapa prenatal, a través de la escucha y la creación, ayudando a la mujer embarazada a sobrellevar de mejor manera sus problemas y llegar a tener un bebé saludable.

Son muchas las historias, las vivencias de las personas que han experimentado el poder de la música, que han beneficiado a tantas madres en gestación fortaleciendo vínculos, conectándose de una manera diferente, mejorando la calidad de su embarazo, en el proceso de parto y nacimiento del bebé.

La musicoterapia Psicoprofiláctica prenatal es una pequeña rama de la musicoterapia cuyo fin es la prevención de los procesos que surgen en el embarazo, para la reconstrucción, conservación y mejoría de la salud psicológica y mental de la gestante y su bebé. (Federico, 2000, pág. 15)

Desde la parte terapéutica Federico (2000) argumenta que la futura mamá se compenetra mucho más desde lo físico, lo psíquico y lo emocional; que influye directamente al feto; a través de la música el feto va relacionando las melodías que reconoce dentro del útero y que “estimulan su sistema neurovegetativo”. (pág. 23)

3.3.1. Efectos de la música en el feto

El bebé aprende y siente dentro de útero materno más de lo que imaginamos: memoriza, responde, reconoce, discrimina; y la música como un factor externo ayuda en la creación de un vínculo fuerte entre la madre y el bebé, actuando como un puente que le permite a la madre comunicarse con su niño/a por nacer. (Federico, 2003, pág. 78)

Según estudios científicos, el aparato auditivo de un feto se termina de desarrollar aproximadamente al tercer mes y medio, y empieza a captar los sonidos intrauterinos, y desde el cuarto mes empieza a captar los sonidos del exterior a tal punto que es capaz de aceptar o rechazar los sonidos externos. A medida que progresa el embarazo el feto puede discriminar cada vez mejor los sonidos ya que su cerebro puede interpretarlas.

El poder de la música y los efectos que tiene tanto en la madre como en el feto se pueden conseguir a través de 3 vías: Una auditiva, que es lo que llega a escuchar el feto; otra sensitiva, es lo que llega a través de las vibraciones y la sensorial, que es todo lo que la madre le transmite al escuchar música, esto es primordial para que adquiera sentido en el feto.

Como lo plantea el Dr. Alfred Tomatis (2012): "La absorción de la voz de la madre es el fenómeno más importante de toda la organización afectiva y emocional".

Las huellas que queden grabadas en el feto serán según lo que le transmita la madre, ya sea de forma positiva o negativa; el feto absorbe y siente lo que a la madre le afecte, su ansiedad, su angustia así como también su alegría y tranquilidad.

Por otro lado la música interviene como un fuerte medio facilitador de la comunicación entre madre y feto, Gabriel Federico y sus colaboradores (2000) observaron que cuando el feto está expuesto al estímulo de una música que ya conoce, este responde y se queda quieto como si estuviera disfrutando.

Igualmente parpadea, succiona y se mueve buscando la fuente sonora. Puede llegar a sonreír, estira sus dedos como queriendo tocar el estímulo, su ritmo cardiaco y respiratorio se regula, está más alerta y sensible a estímulos sonoros agradables como las voces de sus padres.

3.3.2. Estimulación y vínculo prenatal a través de la música.

El cerebro humano está formado por millones de neuronas, estas forman redes y conexiones y cada vez que son estimuladas de una manera adecuada se forman nuevas redes neuronales.

Se considera a la estimulación prenatal como el proceso que genera el aprendizaje en los bebés cuando están en el útero materno, que mejora su desarrollo cognitivo y sensorial, a través de un conjunto de actividades o estimulaciones que durante el periodo de gestación enriquecen al bebé en cuanto a lo físico, emocional y social.

La estimulación prenatal consigue una mayor relación de la mujer durante el trabajo del parto, reduciendo su nivel de ansiedad, dándole mayor autocontrol sobre el dolor y conciencia sobre las sensaciones físicas.

3.3.3. Desarrollo general de una sesión musicoterapéutica

En la praxis propiamente de la musicoterapia, se debe tener en cuenta anteriormente una estructura que organice y planifique qué es lo que se va a hacer en cada sesión, en función de los objetivos terapéuticos, a quién o qué grupo va destinado y las técnicas a implementarse.

Hay tres tipos de planificación que son de tipo estructurada, las cuales poseen una dirección y momentos que se van dando en el transcurso de la sesión; una no-estructurada, que es cuando fluye libremente en función de las necesidades del paciente,

y finalmente una semi-estructurada, que es la que más resulta conveniente para el trabajo con madres adolescentes, ya que contiene un inicio marcado, con fases estructuradas, pero igual contienen fases más libres en función del material musical o interpersonal que vaya surgiendo en el desarrollo de las sesiones.

De manera general las sesiones presentan la siguiente estructura:

a) Preparación o calentamiento. Es la fase donde se realizan ejercicios preparatorios, sean físicos psicológicos con un fin determinado, que a más de estimular cuerpo y mente, da un inicio de cómo obtener el material musical y sonoro para trabajar.

b) Desarrollo. Es el momento donde se abordan los contenidos específicos de la sesión, a través de actividades planteadas y planificadas. Aquí es donde se aplica la musicoterapia a través de diversas técnicas, conocida propiamente como la experiencia musical terapéutica.

c) Cierre. Es la culminación del desarrollo de las actividades, se realiza mediante técnicas de despedida, o de cierre, muchas de ellas son para también retroalimentar la experiencia vivida, a través de la verbalización común entre el grupo.

CAPÍTULO 4

DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PRODUCTO AUDIOVISUAL

4.1. Introducción

En el siguiente capítulo se detalla paso a paso la elaboración del producto audiovisual que se inicia a partir del diseño de las sesiones de Musicoterapia Psicoprofiláctica prenatal.

El objetivo principal del diseño, aplicación y evaluación del producto es promover la salud mental y psicológica en madres adolescentes embarazadas a través de los grandes beneficios que tiene la música, como un proceso de prevención y de desarrollo temprano en las gestantes.

El producto está destinado para adolescentes embarazadas desde el quinto de mes de gestación, debido a que es una etapa de vulnerabilidad y crisis.

4.2. Contexto.

4.2.1. Descripción del grupo de adolescentes embarazadas

El grupo con el que se trabajó reúne ciertas características comunes que eran necesarios para la elaboración del producto.

Se conforma por cinco adolescentes entre 16 y 19 años, con embarazos que van desde el quinto mes hasta el séptimo mes de gestación. Acompañados por sus parejas cuya edad oscila entre los 17 a los 20 años.

Todas son parte de la parroquia de Chilibulo al Sur oeste de Quito, son estudiantes que cursan el segundo y tercer curso de bachillerato, en el colegio Unidad Educativa “Réplica 24 de Mayo” y Unidad Educativa “Ángel Modesto Paredes” este último fue lugar donde se realizaron los talleres.

a) Características familiares y socioculturales

Las características del grupo de adolescentes embarazadas se describen a partir de las entrevistas realizadas al inicio de los talleres, para conocer, indagar su realidad social, afectiva y emocional que están íntimamente relacionados con la estructura y dinámica familiar. (véase Anexo 5)

Dentro del análisis socio familiar, en la constitución del grupo familiar, se pudo encontrar diferentes tipos de familias, las nucleares (que no significa que no sean disfuncionales), las monoparentales (una figura de autoridad que hace de madre y padre) y las extendidas (toma la parentela de otros miembros de familia consanguínea).

El número de integrantes oscila de 2 miembros hasta 6 miembros, la edad de los progenitores va desde los 36 años hasta los 48 años, el número de hijos es de 2 a 3 por familia, sin tomar en cuenta a otros miembros (familia extendida).

El nivel educativo de los padres está relacionado con la deserción escolar, de primaria y secundaria incompleta. Se suma a esto la situación económica que viven estas familias ubicándose dentro del estrato social bajo, con empleos inestables, de baja remuneración y con una carga horaria excesiva. El padre en la mayoría de los casos es la cabeza de hogar y el que provee económicamente.

La situación conyugal de los progenitores es diversa, hay casos de parejas casadas, separaciones, divorcio, viudez y unión libre. Hay hogares de padres represivos y castigadores, violencia intrafamiliar, padres en alcoholismo y drogadicción.

Las jóvenes dentro de este contexto familiar tienen que sobrellevar su embarazo, en 4 de los 5 casos todavía hay dependencia de las hijas hacia sus padres con respecto a la protección, educación y cuidado.

Las adolescentes tienen en la familia un espacio de apoyo, afecto y cuidado aunque manifiestan también que existe decepción, frustración y abnegación en uno o algunos miembros de la familia.

b) Características de la historia sexual y afectiva de las madres adolescentes

Las madres adolescentes provienen de familias disfuncionales, carentes de afecto de parte del padre. La situación económica, la violencia intrafamiliar influye en la falta de comunicación, en una ausencia de la figura paterna que le brinde cariño y protección.

Las madres son las que proveen de cuidado, atención y cariño, siendo un ejemplo de vida a seguir por su lucha, esfuerzo y amor en las cosas que hacen por sus hijos para salir adelante.

Esta realidad que viven las jóvenes motivó de alguna manera a buscar una pareja, que le cubra esa necesidad de cariño y cuidado. La mayoría de adolescentes iniciaron su sexualidad a edades tempranas, haya sido por curiosidad o por amor, teniendo su primera experiencia sexual con la pareja actual. Hubo un escaso conocimiento en la utilización de métodos anticonceptivos (información errónea, mal uso del método y superstición).

El 80% de las adolescentes se embarazaron de parejas mayores a ellas, y reciben apoyo de tipo afectivo y económico, la reacción ante la noticia del embarazo fue positiva, aunque eso no signifique que estuviesen preparados para asumir la paternidad, no hay casos de parejas que terminaron la relación existente por el embarazo.

c) Historia Musical de las adolescentes embarazadas

Se obtiene la información mediante la aplicación de la ficha musicoterapéutica donde se obtiene la historia sonoro-musical de las adolescentes embarazadas. (véase anexo 5). Se resume las siguientes generalidades:

- Ninguna tiene recuerdos sobre las vivencias sonoras durante el embarazo, el nacimiento y los primeros días de vida. Igualmente solo una tiene recuerdo de que su madre le haya cantado una canción de cuna.
- Las adolescentes recuerdan canciones de su primera infancia, mayoritariamente relacionadas con cantantes de la época de sus padres, más que con canciones infantiles a excepción de una adolescente que creció con música cristiana. Ritmos populares como baladas del recuerdo, música nacional, vallenatos. Las temáticas principales son el abandono, soledad, amores no correspondidos, música asociada como “música de borrachos” y frustración general de sus vidas.
- Escaso conocimiento musical en cuanto a ejecución, interpretación y apreciación. Sus preferencias instrumentales son la guitarra, el piano, el violín, saxofón, ukulele y la flauta. Les desagrada el sonido del triángulo, la trompeta, la tuba y la batería (sonidos fuertes).
- Sus preferencias musicales son: pop, baladas románticas, reggae, música folclórica, rap, música instrumental, cristiana y vallenatos. Sus rechazos musicales son: Rock, música chichera, reggaetón, rockolera y pasillos.
- Las adolescentes si escuchan música tanto por sus mensajes en las letras como por el ritmo y melodía de acuerdo a sus gustos e intereses. Una sobresale en las habilidades del baile folclórico.

4.3. Metodología de trabajo

La metodología que se utilizó para el producto final tuvo algunas fases en la elaboración que se describirán a continuación:

4.3.1. Planificación de talleres

A partir del marco teórico y la propuesta de realizar talleres de musicoterapia psicoprofiláctica prenatal se elaboró un esquema inicial de planificaciones de las 10 sesiones, las cuales contienen todas las actividades propuestas (véase anexo 2)

Las mamás que fueron presentadas para la promoción en las instituciones, como un diseño de la propuesta a elaborarse.

4.3.2. Promoción de los talleres y selección de las participantes

La difusión y promoción de los talleres fue a través de afiches y trípticos informativos (véase anexo 1) destinados a las adolescentes embarazadas dentro de la parroquia de Chilibulo, en los diferentes colegios fiscales de la zona. Hubo una buena apertura en el Colegio Fiscal “Ángel Modesto Paredes” por parte de la rectora y la trabajadora social. (véase anexo 4) En esta institución había 15 adolescentes, de las cuales fueron escogidas 5 de acuerdo a la edad y principalmente a la etapa de gestación.

Posteriormente se hizo una reunión en donde se promocionó los talleres de manera personal, explicando de qué se trata los talleres, qué es Musicoterapia, Psicoprofilaxis y estimulación, se estableció el primer encuadre, qué días serán, a qué hora, con qué tipo de ropa ir, etc. Se lo hizo a través de trípticos informativos.

La mayoría de las adolescentes desconocían la existencia de este tipo de asistencias o terapias, manifestando entusiasmo, les agradó la idea de poder estimular a su bebé, de poder comunicarse mejor y tener una preparación para el parto.

Igualmente se entregó una carta de consentimiento y permiso de los representantes legales para participar en los talleres y para ser grabadas en video como testimonio. (véase Anexo 3)

Se confirmó su asistencia y se les dio un cuestionario inicial con preguntas relacionadas al embarazo.

4.3.3. Entrevistas personales (elaboración de fichas psicológicas)

Antes de iniciar los talleres se realizó entrevistas individuales a cada participante para recoger datos, de la historia vital, familiar así como su desarrollo gineco obstétrico del proceso de embarazo. (véase anexo 5)

Las preguntas fueron de carácter semi estructuradas y abiertas, las adolescentes tuvieron la oportunidad de expresarse asertivamente. En las entrevistas se estableció un buen rapport, su comunicación fue pausada y en unos casos salieron hasta lágrimas por su malestar de aquellas situaciones que son difíciles.

Igualmente a través de una ficha musicoterapéutica se indagó la historia musical y el nivel de instrucción musical de la persona.

4.3.4. Realización de sesiones

Las sesiones iniciaron el 15 de Octubre de 2014, tuvieron la duración de un mes, los días miércoles en la Unidad Educativa “Ángel Modesto Paredes” y los sábados en la Unidad Educativa “INEPE” con un total de 10 talleres.

Se adecuaron dos lugares o settings para el desarrollo de los talleres, debido a que los días miércoles las participantes tenían clases, y no hubo el permiso para subir al INEPE, por lo que se optó como alternativa el hacer los talleres en el colegio donde estudian, en la Unidad Educativa “Ángel Modesto Paredes” habiendo una buena apertura por parte

de la Rectora y una enorme colaboración por parte de la trabajadora social y psicóloga de la institución. Se ajustó lo mejor posible a este espacio para hacerlo confortable, ya que era reducido y con muchos ruidos del exterior.

Debido a este percance se decidió trabajar los días miércoles todo lo que es conceptos, clases teóricas sobre el embarazo, entrevistas, testimonios. Y los días sábados trabajar en la Unidad Educativa INEPE y que gracias a la colaboración del Director General se preparó una sala con un espacio, confortable, caliente y sonora para la realización de los talleres con actividades como la gimnasia obstétrica, relajaciones, visualizaciones y demás técnicas.

De manera general hubo algunos imprevistos en el desarrollo de los talleres, factores externos como el mal clima, el ambiente sonoro rodeado de estímulos distractores y factores actitudinales como la falta de puntualidad de las participantes, la inasistencia de las embarazadas y de las parejas.

El desarrollo de los talleres fue en los días señalados y se presentaron con cierta normalidad y regularidad, a excepción del taller no. 3 debido a las intensas lluvias, habiendo un escaso número de participantes.

4.3.5. Cierre del proceso y Evaluación

Todo taller o actividad donde se muevan procesos psicológicos debe tener un momento que permita cerrar al paciente para que esto no quede suelto, o en el aire, ya que puede causar malestar en la persona.

Cada taller tuvo un cierre a través de actividades simbólicas y proyectivas, socializaciones, conversatorios que buscan procesos de identificación, apoyo, soporte entre el grupo y la pareja. (véase anexo 6)

Para finalizar se hizo un taller de cierre que sintetizó todo el proceso a través de actividades que demostraron un cambio, generaron una actitud diferente, un aprendizaje constructivo, una sonrisa de alegría, para lograr un bienestar integral en las participantes, sus bebés y la pareja.

Se hizo una encuesta de cierre para evaluar el trabajo realizado en los talleres, a los talleristas y si realmente cumplió con las expectativas de los y las participantes. (véase anexo 7)

4.3.6. Elaboración del producto (video testimonial)

Como parte de todo proceso que involucra a un grupo social, resulta significativo socializar, mostrar los resultados, evidenciar, validar la experiencia de lo que se ha realizado, como parte de la difusión y conocimiento hacia toda la comunidad educativa.

Al finalizar este trabajo el producto será difundido, expuesto en las instituciones educativas que contribuyeron y formaron parte del mismo, igualmente se entregará a las adolescentes que participaron una copia del video como recuerdo de su proceso.

En ese sentido, se ha previsto la realización de un producto audiovisual que detalle todo el proceso vivido en las sesiones de Musicoterapia Psicoprofiláctica Prenatal y de testimonio de los beneficios y el alcance que tuvo.

El video reflejará el trabajo realizado a partir de la experiencia vivencial de un grupo de adolescentes embarazadas y sus parejas, cuyo objetivo es mostrar, contar, testimoniar los resultados obtenidos, los beneficios, los alcances que tiene la musicoterapia psicoprofiláctica prenatal en el proceso de embarazo en adolescentes. (Véase anexo 9)

Vale la pena mencionar que todas las sesiones fueron grabadas bajo el consentimiento y aprobación de las participantes y sus representantes legales, que son utilizadas para fines educativos, de análisis y desarrollo del producto.

El video constará de tres partes principales:

- **Presentación.**- Es el título del video, donde se realizó y la presentación de las participantes.

- **Material explicativo.**- Se aborda los conceptos más importantes que den explicación y sentido al video. Igualmente se describe la importancia de la musicoterapia, la profilaxis y sus beneficios.

- **Metodología aplicada en los talleres.**- Se muestra un conjunto de técnicas, vivencias, experiencias a partir de los momentos o pasos de las sesiones que son:

- La Preparación o Calentamiento

- El Desarrollo

- Cierre o Resonancia

- **Testimonio de las participantes.**- En esta parte se muestran testimonios de las y los participantes sobre la experiencia vivida en los talleres, evidenciando su utilidad, beneficio y su proceso.

- **Créditos.**- Se elabora material de agradecimiento, autores del video y fotos del taller.

CONCLUSIONES

Soy plenamente consciente de que es imprescindible adquirir una buena formación teórica y una preparación en musicoterapia ya que es una disciplina bastante práctica y requiere el contacto directo con los pacientes.

Este trabajo para mí fue una experiencia importante como parte fundamental de mi formación, que aún falta un largo camino por recorrer. Pero todo camino comienza con pequeños pasos, con los que se puede avanzar en este tipo de terapias importantes y que a la vez son tan poco valoradas en el Ecuador.

En Ecuador existen escasos lugares en donde se promueva la musicoterapia en el ámbito prenatal, como terapia preventiva, y si hay son relativamente costosas, para gente de status económico medio y alto.

La Musicoterapia Psicoprofiláctica prenatal es una terapia paramédica joven que está en continuo crecimiento, comprobando cada vez más su eficacia e importancia, debido a los resultados que se obtienen.

En términos de análisis las sesiones contribuyeron en algunos aspectos como son:

- Apoyar en asumir el rol de madre, considerando su condición de adolescentes, en la formación de su identidad como madre adolescente.
- Construir lazos de comunicación y unión a través de diversas técnicas musicoterapéuticas como medio intermediario.
- La estimulación prenatal con música es un método que permitió a las madres adolescentes comprenderse más en el desarrollo y crecimiento de su bebé, ya que antes desconocían sobre el desarrollo físico, mental, sensorial y social desde la etapa prenatal.

- Contribuyó enormemente al mejoramiento de las relaciones de pareja, se notó en sus expresiones, en actitudes hacia la maternidad, sus proyectos a futuro, las ganas con la que venían a los talleres y el trato de la pareja hacia su hijo y la gestante.

- La Psicoprofilaxis brindó mayor seguridad, relajación y un sentido a través de consejos, ejercicios físicos, de respiración y de relajación. Las madres al finalizar el curso expresaron su alegría al saber que tienen ahora herramientas necesarias para enfrentar el embarazo de manera segura, tranquila y lo más importante que es el saber qué hacer ante alguna dificultad.

- En términos globales, la evaluación del trabajo realizado fue positiva, que es finalmente lo que fundamenta este producto. Las participantes en la sesión de cierre manifestaron su agradecimiento, pues les había servido mucho y su descontento porque ya se acababan los talleres, querían que continúen.

Una auto evaluación de esta experiencia, se pudo encontrar algunas fortalezas como la capacidad de establecer un buen vínculo con las participantes y sus parejas. Ser capaz de escuchar al otro y de respetar sus necesidades, ser flexible en el proceso e ir adaptando a los requerimientos de las diversas situaciones.

No obstante, también detecto algunas debilidades que se puede ir trabajando. Como es el nerviosismo, que influye principalmente en la expresión, y en el actuar con conductas cohibidas y poco expresivas. Otra debilidad es que como psicólogo le afecta las situaciones, problemas, realidades de las participantes que de alguna manera uno se siente reflejado, con tendencia a quererse hacer cargo de la situación, de dar consejos y de poder resolver el problema por el paciente, aconsejando como una especie de padre en vez de psicólogo.

Es importante como Psicólogo acudir a terapia para poder afrontar fenómenos trasferenciales y actuar en beneficio del paciente.

RECOMENDACIONES

Con respecto al diseño y creación del producto hay algunas recomendaciones:

- El diseño de las planificaciones no siempre se siguen al pie de la letra, tomar en cuenta su flexibilidad de acuerdo a las necesidades de las pacientes.
- Establecer tiempos en un cronograma que permita tener una organización efectiva en el trabajo a realizar.
- Realizar las sesiones no tan seguidas para que se pueda practicar en casa lo aprendido en los talleres.
- Iniciar con puntualidad y poner reglas y límites claros en las sesiones, y de igual manera terminar a la hora determinada.

Dentro del contexto global se recomienda:

- Tomar más en cuenta a las adolescentes embarazadas dentro del contexto de la salud, educativo y social como parte de una población que necesita apoyo, comprensión y cuidado.
- Promover en las instituciones Educativas y de Salud Pública, la importancia de terapias complementarias como un proceso de prevención en el proceso del embarazo en sectores que más lo necesiten. A través de la apertura de espacios que promuevan la integración de ellas a la sociedad.
- Capacitar a psicólogos, profesores de educación inicial y de cultura física, en técnicas de estimulación prenatal, ejercicios de profilaxis y parto para formar redes de apoyo a través de cursos que puedan responder a la necesidad de todas las madres adolescentes.

LISTA DE REFERENCIAS

- Abad, D. (2011). *Estimación Automática de la edad ósea mediante procesado y segmentación de radiografías. Proyecto de fin de carrera. Dept. de Teoría de la Señal y telecomunicaciones, Universidad Carlos III de Madrid.* Madrid: Leganés.
- Agudo, I. (2006). *Principios Básicos de la Musicoterapia.* Barcelona: ISEP.
- Aguirre, Á. (1994). *Psicología del adolescente.* Barcelona: Boixareu.
- Alvin, J. (2005). *Musicoterapia.* Barcelona: Paidós Educador.
- Azevedo, F. H. (2011). *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe.* México: Banco mundial LAC.
- Barsallo, J. (1993). *Parto Feliz. Niño Sano: Psicoprofilaxis del dolor en el parto.* Lima: Editores S.A. 1 Edición.
- Bauman, Z. (2012). *Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica.* Buenos Aires: Paidós.
- Berger, K. (2007). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia.* USA: Médica Panamericana.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia: Métodos y Prácticas.* México: PaxMéxico.
- Campbell, D. (1998). *El efecto Mozart.* Barcelona: Urano S.A.
- Coleman, J. Hendry, L. (2003). *Psicología de la Adolescencia.* Madrid: Ediciones Morata.
- Del Castillo, M., & ot. (1988). *Maternidad Adolescente en Medios Subprivilegiados.* Edit. Humanitas.
- Dolto, F. (1992). *Palabras para adolescentes o, complejo de la langosta.* Argentina: Atlántida.
- Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes.* Argentina : Paidós.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado.* Barcelona: Paidós Ibérica.

- F. Cole. (1997). El papel de la autoestima y el apoyo social percibido entre las adolescentes embarazadas y no embarazadas. *Western Journal of Nursing Research*, 20, págs. 195-209.
- Federico, G. (1999). *Musicoterapia y Embarazo*. Canadá: Kier.
- Federico, G. (2000). *Estimulación Prenatal Musical*. Buenos Aires: Kier.
- Federico, G. (2001). *La música como organizadora del vientre materno*. Buenos Aires: Kier.
- Federico, G. (2003). *Música Prenatal*. Buenos Aires: Kier.
- Federico, G. (2004). *El Embarazo Musical*. Buenos Aires : Kier.
- Ferrari K. Mayra H. Sánchez V. Schapira D. (2007). *Musicoterapia, Abordaje Plurimodal*. España: ADIM.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría de la sexualidad. Obras completas. Volumen VII*. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.
- Furstenberg, F. (2003). La maternidad adolescente como problema público y el interés privado. *En Revisión Anual de Sociología*, vol. 29, pág. 23-29.
- Gavensky, R. (1971). *Psicoprofilaxis Obstétrica: Técnicas y enseñanzas*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Hoffman, L. Paris, S. y Hall, E. (1997). *Psicología del Desarrollo Hoy. Vol 2. 6ª ed.* Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- INEC, I. N. (2010). Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-registra-122-301-madres-adolescentes-segun-censo-2010/>
- Irvine, J. (1994). La diferencia cultural y sexualidad adolescente. En (ed.) *Cultura Sexual y construcción de la identidad adolescente* (págs. 3-28.). Filadelfia: Temple University Press.
- Jelin, E. (2001). *¿De qué hablamos cuando hablamos de familia?, en Experiencia de un taller*. Buenos Aires: UNICEF .
- Keating, D. (1990). *Pensamiento Adolescente*, en S.S. Feldman y G. R. Elliot (eds). *En el umbral: el adolescente en desarrollo*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kimmel. D. Weiner, I. (1998). *La adolescencia: Una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.

- Klein, M. (1984). *Psicoanálisis del desarrollo temprano*. Barcelona: Paidós.
- Lamazze, F. (1958). *Análisis y prevención de la depresión postparto*. Madrid: Ministerio de cultura, Instituto de la mujer.
- Langer, S. (1951). *La filosofía en una nueva llave*. Harvard University Press.
- Martinez, J. (2013). *La Adolescencia: una etapa en la historia natural del hombre*. Obtenido de . <http://www.uv.es/ayala/jvmc/jvcap25.pdf>
- Nietzsche, F. (2000). *El ocaso de los Ídolos. Proyecto Espartaco*. . Obtenido de <http://www.espartaco.cjb.net>
- Omraam, M. (1996). El verdadero trabajo de la madre durante la gestación. *Volumen 318 de La enseñanza esotérica de la Fraternidad blanca universal*.
- Oriola, V. (2012). *El abordaje plurimodal en Musicoterapia, para el Desarrollo de Habilidades Comunicativas desde el Recurso de las canciones. Tesina del Máster en Musicoterapia*. Valencia: ISEP.
- Payne, R. (2005). *Técnicas de relajación. Manual práctico para el Cuidado de la Salud Profesional*. Edimburgo: Elsevier.
- Philip, F. (1997). *Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital*. USA: Pearson Educación.
- Piaget, J. (1991). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Ediciones Labor.
- Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia. Volumen I*. España: Herder.
- Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia. Volumen II*. España: Herder.
- Quintanilla, A. (2012). *La Adolescencia...Peter Blos, Jean Piaget y Robert Havighurst*. Obtenido de <http://maestriapsicologiaclinicaauadzacatecas.blogspot.com/2012/04/la-adolescenciapeter-blos-jean-piaget-y.html>
- Read, G. (1956). *Parto sin dolor. Principios y Práctica del Parto Natural*. Buenos Aires: Central.
- Sánchez, J. (2004). *Orfandades Infantiles y Adolescentes. Introducción a una sociología de la infancia*. . Quito, : Abya Yala.
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: PaxMéxico.
- Silber, T., Munist, M., Suárez, O., & Maddaleno, M. (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia. En O. P. Salud. Washington D.C.

- Soifer, R. (1973). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Kargieman.
- Solis , H., & Morales, S. (2012). Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Rev. Horiz Med Volumen 12(2) Abril-Junio de 2012*.
- Stoppard, M. (2008). *Nuevo libro del embarazo y nacimiento*. Bogotá: Norma S.A.
- Sullivan, H. (1953). *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Nueva York: Norton.
- Tomatis, A. (2012). *Tomatis y las mujeres embarazadas*. Obtenido de <http://www.altomtomatis.es/menu2/articulos/articulo7.html>
- Toro, B. (2000). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Morata.
- Trujillo, M. (2013). El embarazo precoz: no querido pero deseado. *Universitas. Revista de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Politecnica Salesiana del Ecuador, Año XI, No. 18.*, Pág. 121.
- UNICEF. (2011). *La adolescencia. Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York.
- UNICEF. (2011). *La adolescencia: Una época de oportunidades*. Obtenido de http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
- Valdivia, M. (2003). *Factores Psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años*. Obtenido de <http://www.semanaasemana.com/semana-35.html>
- Veran, J. (26 de Septiembre de 2013). *Adolescencia y sociedad actual*. *Revista Psicoanálisis 6*. Obtenido de <http://www.revistapsicoanalisis.com/adolescencia-y-sociedad-actual/>

ANEXOS

ANEXO 1. Material de promoción del taller

ANEXO 2. Diseño y planificación de las sesiones

ANEXO 3. Cartas de consentimiento de las participantes

ANEXO 4. Permiso de las instituciones educativas

ANEXO 5. Entrevista psicológica y ficha musicoterapéutica

ANEXO 6. Figuras (fotos del proceso, trabajos de cierre)

ANEXO 7. Encuesta de la evaluación final de las sesiones

ANEXO 8. Música utilizada en el taller

ANEXO 9. Material audiovisual (dvd)