

**ELABORACION, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE UN
PROGRAMA DE EDUCACION PARA EL AUTOCUIDADO SALUDABLE,
SEGÚN EL MODELO TRANSTEORICO EN ADOLESCENTES GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DIVINO NIÑO DETUMACO.**

ROCIO DEL PILAR MEJIA CORTES

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO 2008**

**ELABORACION, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE UN
PROGRAMA DE EDUCACION PARA EL AUTOCUIDADO SALUDABLE,
SEGÚN EL MODELO TRANSTEORICO EN ADOLESCENTES GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DIVINO NIÑO DE TUMACO**

ROCIO DEL PILAR MEJIA CORTES

**ASESOR
PS. LEONIDAS ORTIZ**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO 2008**

“Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado, son responsabilidad exclusiva de la autora”.

Artículo 1º del acuerdo N° 32 de octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
Tema	155
Descripción del problema	155
Formulación del problema	23
Sistematización	23
Justificación	25
OBJETIVOS	27
Objetivo general	27
Objetivos específicos	27
MARCO DE ANTECEDENTES	28
MARCO CONTEXTUAL	32
Misión	32
Visión	32
Estructura Institucional	32
MARCO TEÓRICO	34
Adolescencia	34
Desarrollo físico	35
Desarrollo sexual	36
Comportamiento sexual	36
Desarrollo cognitivo	38
Razonamiento moral	40
Desarrollo psicosocial	41
Embarazo en la adolescencia	43
Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos adolescentes	43
Factores predisponentes	44

Autocuidado saludable en adolescentes gestantes	5
Factores determinantes	46
Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes	46
Actitudes hacia la maternidad	47
Consecuencias de la maternidad –adolescente	48
Autocuidado	49
Concepto de salud	52
Salud mental	53
Conductas de salud	54
Promoción de la salud (PS)	54
Determinantes de la salud	56
Educación para la salud	56
Psicología de la salud	59
Psicología del embarazo	60
Modelo transteórico	61
Antecedentes del modelo	62
Premisas del modelo	63
Variables del MT	64
Etapas del MT	65
Precontemplación	65
Contemplación	66
Preparación	66
Acción	66
Mantenimiento	67
Terminación	67
Variables del MT	67
Desarrollo personal	69
Nutrición	69
Actividad Física	72
Efectos del ejercicio en el embarazo	72
Beneficios	72
Ejercicio moderado	73

Autocuidado saludable en adolescentes gestantes	6
Relaciones interpersonales	74
Estrés	76
Evaluación cognitiva	78
Evaluación cognitiva Primaria	80
Evaluación cognitiva Secundaria	82
El Estrés durante el embarazo	83
Adherencia al tratamiento	84
MARCO CONCEPTUAL	88
ASPECTOS METODOLÓGICOS	90
Enfoque	90
Tipo de Diseño	90
Población	91
Sujetos	91
Variables	91
Independiente	91
Dependiente	91
Hipótesis	91
Hipótesis de trabajo.	91
Hipótesis nula.	91
Hipótesis estadísticas	92
Primera hipótesis de trabajo	92
Primera hipótesis nula	92
Segunda hipótesis de trabajo	92
Segunda hipótesis nula	92
Procedimiento	92
Instrumento de recolección de Información	94
Conceptualización de las categorías	95
Plan de análisis de datos	97
ANALISIS Y RESULTOS	98
Modelo Transteórico y Cambios Cognitivos Comportamental	101
Indicadores de Comportamientos de Autocuidado Saludable	103

Autocuidado saludable en adolescentes gestantes	7
Evaluación de los Resultados de la Preprueba CEVS para los Grupos Experimental y Control	103
Evaluación de los Resultados de la Postprueba CEVS para los Grupos Experimental y Control	104
Comparación de los Indicadores Preprueba yPostprueba	106
DISCUSIÓN	109
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	114
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	117
ANEXOS	123

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representación de las etapas del cambio del MT	65
Figura 2. Fotografía de la socialización del proyecto	93
Figura 3. Medias de grupo experimental para la preprueba y postprueba del CEVS	106
Figura 4. Medias del grupo control para la preprueba y postprueba Del CEVS	108

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Diagrama de diseño	90
Tabla 2. Resultado de la preprueba CEVS en el grupo experimental	104
Tabla 3. Resultado de la preprueba CEVS en el grupo control	104
Tabla 4. Resultado de la postprueba CEVS en el grupo experimental	105
Tabla 5. Resultado de la postprueba CEVS en el grupo control	105
Tabla 6. Prueba T para la preprueba y postprueba del CEVS en el grupo experimental	107

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Programa para el desarrollo del autocuidado saludable en adolescentes gestantes	124
Anexo B. contrato de participacion	145
Anexo C. Cuestionario de estilo de vida promotor de la salud	146
Anexo D. Proyecto de vida	150
Anexo E. Ejercicio de construcción de saberes: matriz SQA autoevaluación – proyecto de vida	152
Anexo F. Formato del registro de alimentación diario	154
Anexo G. Ejercicio de construcción de saberes: matriz SQA nutrición	155
Anexo H. Autorregistro con los grupos de alimentacion	156
Anexo I. Grupos de alimentos	157
Anexo J. Formato de registro	158
Anexo K. Formato de preguntas sobre estrés	159
Anexo L. Formato del registro de la técnica de relajación	160
Anexo M. Casos de adherencia al tratamiento.	161
Anexo N. Adherencia al tratamiento	165

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar los efectos que tiene la aplicación de un programa de educación para el autocuidado saludable, programa, diseñado según el modelo transteórico, sobre los comportamientos de autocuidado en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Divino Niño de Tumaco; la importancia de este estudio, se sustenta en la necesidad real de la región, caracterizada por el aumento del número de adolescentes gestantes y la carencia de políticas claras que las protejan

Para contribuir en el afrontamiento de la anterior problemática se tomaron como elementos teóricos: el Modelo Transteórico de Prochaska y Declemente (1970), así como otros elementos propios de la psicología de la salud y psicología cognitivo conductual incluidos en la implementación del programa. La investigación se trabajó con metodología de enfoque cuantitativo y un diseño de experimento verdadero con preprueba, postprueba y grupo control (Hernández, Fernández y Batista, 2003). Como resultados de la investigación, el programa de intervención fue efectivo en el incremento de comportamientos de autocuidado saludable, puesto que el grupo experimental, mostró considerables cambios respecto al grupo control.

ABSTRACT

The present investigation had as main objective to determine the main effects of the implementation of a program of education for self-care healthy, program which was designed according to the trans-theoretical model on behaviors of self-care among pregnant adolescents assisted at the Hospital Divine Child in Tumaco; The importance of this study is based on the real necessity of the region, characterized by the increase of the number of pregnant adolescents and the lack of clear policies that protect them.

To help in the confrontation of the above-mentioned problem were taken as theoretical elements: the Model Trans-theoretical of Prochaska and Declemente (1970), as well as other elements characteristic of health psychology and cognitive behavioral psychology included in the program implementation. The research work was done with quantitative approach methodology and design of real experiment with pre-test, post-test and control group (Hernandez, Fernandez and Batista, 2003). As results of the investigation, the intervention program was effective in increasing behaviors of self-care healthy, since the experimental group showed significant changes compared to the control group.

ELABORACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO SALUDABLE SEGÚN EL MODELO TRANSTEÓRICO EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DIVINO NIÑO DE TUMACO

INTRODUCCION

La adolescencia constituye en el mundo el grupo social en que se torna cada vez más grave el problema del embarazo; en efecto la mujer durante la adolescencia enfrenta difíciles problemas psicológicos, corporales y sociales que se incrementan con la aparición de fenómenos importantes que producen impacto psicológico como lo es un embarazo prematuro, causando un desajuste emocional mayor con la falta de aprobación y rechazo por parte de la familia y la sociedad (Ramón, 2001)

Las altas tasas de adolescentes embarazadas y la escasa e inadecuada educación sexual son una realidad y un problema para los servicios de salud y para las gestantes y sus hijos.

Como resultado del incremento en las relaciones sexuales, las que se desarrollan cada vez a edades más tempranas y sin el uso adecuado de medidas anticonceptivas, los embarazos en las adolescentes han aumentado notablemente en épocas recientes.

Teniendo en cuenta la problemática de salud pública en la región, situación que hace parte de la realidad que se presenta a nivel mundial, es necesario que todas las áreas del conocimiento participen en la generación de alternativas encaminadas a afrontarla. En este sentido la psicología tiene la responsabilidad y el compromiso de generar estrategias de prevención e intervención de manera interdisciplinaria e intersectorial

De acuerdo a lo anterior se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar qué efectos tiene la aplicación de un programa de educación para el auto cuidado saludable, diseñado según el modelo

transteórico, sobre los comportamientos de auto cuidado de adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco.

Para la realización de este estudio se incluyó en el marco teórico los principios de la psicología de la salud y psicología cognitivo comportamental, junto con el modelo transteórico de Prochaska y Declemente (1970). La utilización del modelo permitió ofrecer una orientación oportuna para la mejoría, al pasar por las diferentes etapas previamente estudiadas y aceptadas

La investigación se trabajó con metodología de enfoque cuantitativo y un diseño de experimento verdadero con preprueba, postprueba y grupo control (Hernández, Fernández y Batista, 2003). Para la elaboración del programa se tuvo en cuenta los componentes del cuestionario “Estilo de vida promotor de la salud Walker, Pender (1990) adaptado por Flores (1994)” que consta de seis categorías: desarrollo personal, nutrición, actividad física, manejo del estrés, adherencia al tratamiento y relaciones interpersonales; enmarcadas en las etapas del modelo transteórico.

Dichas categorías además de orientar el análisis y la interpretación de los resultados, contribuyeron de manera coherente a la organización del mismo y permitieron la comprensión de la dinámica expuesta.

Finalmente, se puede concluir que el programa de intervención fue efectivo en el incremento de comportamientos de autocuidado saludable, puesto que el grupo experimental mostró considerables y significativos cambios respecto al grupo control, en el cual los indicadores de la postprueba tienden a permanecer estables, lo que indica que el autocuidado saludable en este grupo no se incrementa; así, es preciso anotar que por la efectividad del programa de intervención en el grupo experimental y la permanencia de la problemática en el grupo control se justifica realizar la intervención con este grupo; por tal razón se sugirió al comitec administrativo del hospital gestionar para que este programa tenga continuidad

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tema

Programa de educación para el autocuidado saludable en adolescentes gestantes.

Descripción del problema

La adolescencia constituye en el mundo el grupo social en que se torna cada vez más grave el problema del embarazo; en efecto la mujer durante la adolescencia enfrenta difíciles problemas psicológicos, corporales y sociales que se incrementan con la aparición de fenómenos importantes que producen impacto psicológico como lo es un embarazo prematuro, causando un desajuste emocional mayor con la falta de aprobación y rechazo por parte de la familia y la sociedad (Ramón, 2001).

Freitez y Zúñiga (2003) afirman que el embarazo en adolescentes conduce a que la joven afronte diversas dificultades que interrumpen el desarrollo bio-psico social que necesita para alcanzar una adultez responsable, sana, armónica con ella y su entorno.

Dentro de los riesgos del desarrollo psicológico está el aspecto sexual, debido a que estas jóvenes inician sus prácticas sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas cuando aún carecen de madurez psico – afectiva (García y Silva, 2005). Esta es una de las razones que cobra mayor fuerza para dar respuesta al problema del embarazo en adolescentes planteadas por Pulsomed (2003) cuando sugiere que las adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduras siendo este un periodo de rápido crecimiento físico, donde la madurez sexual en contraposición al desarrollo de los procesos mentales y control emocional, no maduran al mismo ritmo de los cambios físicos.

Silva y Rodríguez (2001) afirman que el desarrollo de la madurez está unido a factores internos como el proceso senso- perceptivo que se desarrolla en el adolescente y a factores externos conformados por la

capacidad adquirida que depende del aprendizaje proporcionado por el medio ambiente donde se desenvuelve; tales como la orientación y comprensión de los padres y personas que lo rodean, la adecuada preparación de los educadores, una atención apropiada en la niñez.

Ahora bién, como toda conducta es influída, las prácticas sexuales en los adolescentes, están mediadas por factores internos como sus deseos, necesidades, valores, expectativas, actitudes, ajuste emocional, antecedentes culturales y muy especialmente las condiciones del entorno (Silva y Rodríguez, 2001).

En este sentido, los profesionales de salud que trabajan en las consultas prenatales juegan un rol importante contribuyendo en la ampliación de planes educativos dirigidos a la madre adolescente y a su núcleo familiar en el fortalecimiento del autoconcepto y el apoyo permanente de manera individual, dado que en esta edad la adolescente se enfrenta a diversas influencias socioculturales y biológicas que se intensifican por la situación de un embarazo, ya que surgen otros intereses como preocuparse por el niño que se está desarrollando, relaciones con la pareja, y adaptarse al entorno y condiciones de sus padres (García y Silva, 2005) .

Respecto al apoyo familiar, según estudio citado por García y Silva (2005), se ha observado que las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta de ginecología, durante la entrevista clínica algunas comentan que fueron abandonadas por su pareja y ésta no se ocupa de ellas, la mayoría son acompañadas por amigas, o algún familiar. Otras comentan que los padres también las rechazan, unos las aceptan en el hogar pero las oprimen, las humillan y les hacen la vida imposible y en otros casos las corren del hogar, no quieren saber nada de ellas y es allí, donde el sufrimiento comienza el bloqueo del proceso emocional - afectivo de la adolescente (García y Silva, 2005).

Por otra parte el embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí (Ramón, 2001).

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado aproximaciones.

En Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS (Cabrera, 2000) registró que un número significativo de las adolescentes entre los 15 y 19 años de edad ya eran madres, estaban embarazadas o habían estado alguna vez embarazadas, esta situación alarmó al país y puso en boga el tema del embarazo a temprana edad, no sólo por las consecuencias físicas para la mujer, sino por lo efectos sociales, económicos, y de salud que conlleva (Profamilia, 2005).

Entonces, se hizo evidente la problemática y la necesidad de adoptar medidas de prevención, así como revisar el tema de la educación sexual, el acceso a la información y a servicios de salud para jóvenes.

El propósito era disminuir los embarazos en mujeres menores de 19 años, tal y como quedó consignado en la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva emitida por el Ministerio de Protección Social en el año 2003.

Sin embargo, la ENDS (Cabrera, 2005) revela que el embarazo adolescente sigue en aumento entre el año 2000 y el 2005. Lo anterior significa que una de cada cinco adolescentes entre los 15 y 19 años de edad está o ha estado alguna vez embarazada, evidenciando así que son las mujeres jóvenes, quienes tienen más dificultades para controlar su

fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna y adecuada sobre salud sexual y reproductiva.

La encuesta señala que el nivel educativo y el índice de riqueza, así como el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente ENDS (2005).

La zona urbana registra menor índice de adolescentes embarazadas, mientras que en la zona rural la cifra es más alta, con respecto al año 2000, aunque en ambas zonas presentan aumento.

ENDS (2005) el mayor índice de embarazo adolescente se presenta en las subregiones de Orinoquia, Amazonia, Litoral Pacífico, Antioquia, Guajira, Cesar, Magdalena, Bogotá, Tolima, Huila, Caquetá y Medellín.

“Los niveles aumentaron considerablemente con relación al 2000 especialmente en las subregiones de Medellín, Bogotá, Santanderes, Caldas, Risaralda y Quindío” (Cabrera, 2005 p. 27).

Las adolescentes en embarazo, son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas que conlleva la gestación, sino porque a nivel físico su cuerpo aún está en proceso de formación. La mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas, 25 defunciones por cada mil nacimientos, sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años. Cerca del 40 por ciento de las adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer (Florez, 2001).

En el departamento de Nariño para el año 2005 se registraron 7.480 casos de adolescentes embarazadas y para el año 2006 se registraron 334 casos de menores de 15 años en embarazo y entre 15 y 19 años de edad 5172 casos (Instituto departamental en salud – Pasto, 2006).

En Tumaco municipio de Nariño (Colombia) la dirección local de salud, reportó para el año 2006, 1.281 adolescentes gestantes que asistieron a control prenatal.

El hospital Divino Niño de la ciudad de Tumaco en el 2004 registró 199 casos de adolescentes gestantes que asistieron a control prenatal, 218 casos en el 2005 y 230 casos de adolescentes gestantes en el 2006.

Es frecuente en las adolescentes el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección (García y Silva, 2005).

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. Los hijos de las adolescentes tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional (García y Silva, 2005).

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de “extramatrimoniales” o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

Es frecuente la deserción escolar para conseguir trabajos aunque sean mal remunerados, para de esta forma atender a su hijo, viéndose sometida la madre adolescente a estrés inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una maternidad feliz (García y Silva, 2005).

Según Silva (2001) se ha comprobado que las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de tener

en general más hijos. Estas mujeres tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios y de establecer una independencia y estabilidad financiera adecuada que les permita sostenerse a sí mismas y a sus hijos sin necesidad de recursos externos.

Aunque en muchos casos el embarazo en las adolescentes puede responder a los deseos de las mismas, en otros puede tener efectos devastadores, (OPS, 1985 citado en Florez, 2004) porque: a) hay pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de sus padres, cuando ya creían que iniciaban el camino hacia su independencia, b) hay una interrupción de sus relaciones grupales, porque generalmente se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales normales. Las adolescentes dejan de crecer con su grupo y pierden así un elemento de apoyo afectivo muy importante en sus vidas, y c) hay una demora o un cese de su desarrollo personal generando tensión emocional, ya que la capacidad biológica y psicológica de la niña se ve fuertemente exigida, más aún si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja.

La respuesta a esta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor, culpa, rabia, pena, angustia y podría llegar hasta la depresión. Los efectos traumáticos del embarazo no deseado en una adolescente, dependerán de su personalidad y madurez, de algunas patologías previas, de la condición biológica, edad, condición social y significado de este hijo para ella (Lobel, 1994 citado en Florez, 2004).

La adolescente y su familia generalmente tienen dificultad para aceptar el hecho del embarazo. Algunas adolescentes solteras inician su embarazo con una actitud de rechazo, la que se transforma en aceptación en el transcurso de la gestación. La actitud de la familia es, muchas veces, negativa al comienzo del embarazo, cambiando a positiva en menor proporción que las adolescentes.

En el ámbito familiar, si es aceptada con su hijo, se puede producir una desorganización de funciones cuando los padres de origen continúan su función de crianza en circunstancias que la hija adolescente se transformó en madre. Estos ajustes no siempre son fáciles, aunque esta situación es preferible a la de rechazo, puesto que la familia de origen es el refugio más significativo para la madre soltera. La joven tiene que conciliar de algún modo dos papeles opuestos, expresar sus necesidades de adolescente, al mismo tiempo que avanzar hacia un papel adulto y responsable. La primera reacción de los padres, hermanos y parientes siempre es negativa. En casos extremos, la joven es arrojada del hogar; en la mayoría es agredida verbal y/o físicamente, recluida y encerrada para evitar la vergüenza y la deshonra.

De todas maneras, las relaciones afectivas intrafamiliares se afectan, en muchos casos de forma irreversible. La joven experimenta un rechazo de parientes, amigos, vecinos, que luego se traducirá en formas abiertas o sutiles de discriminación hacia el hijo "ilegítimo" (Florez, 2004).

Los riesgos de salud más frecuentes durante el periodo gestacional son:

Riesgos Médico-obstétricos: patología hipertensiva, anemia, bajo peso neonatal, parto prematuro, nutrición insuficiente, mayor probabilidad de muerte infantil y materna respecto a otros grupos de edad, aborto, preeclampsia. Es decir la madre adolescente y su hijo enfrentan mayores riesgos médicos que la mayoría de las mujeres embarazadas, debido a su inmadurez física y psicológica; además tienen mayores probabilidades de volver a ser madres en un corto plazo (Botero, 2004).

Existe una relación entre el corto intervalo de nacimientos y los altos riesgos de un resultado poco satisfactorio del siguiente embarazo, la mortalidad infantil y la desnutrición. La salud y el desarrollo deficiente del niño también están asociados con el intervalo que lo separa del nacimiento posterior, con el consiguiente efecto dañino, tanto para el niño desplazado como para el desplazante (Estévez y Suárez, 1998).

Riesgos Psicosociales: Altera su dinámica familiar, abandono de su pareja, explotación laboral, deserción escolar, dificultad para tomar decisiones que afectan el proyecto de vida, poca o ninguna solvencia económica para educar y criar a su hijo (Florez, 2004).

Riesgos afectivos: Temor, rechazo de su embarazo, estados de angustia y a veces depresión, inestabilidad emocional, abandono de su pareja, negación de la paternidad. En una etapa de formación y búsqueda de su propia identidad, como lo es la adolescencia, combinado su crecimiento biológico y el cambio psicológico brusco que se presenta ante la situación de embarazo, ellas enfrentan su maternidad en condiciones muy desfavorables (Florez, 2004).

Para el hijo también se aumentan los riesgos de salud tales como una mayor morbi-mortalidad, prematurez, e incidencia de anomalías congénitas, el rechazo social y familiar, sentido de ilegitimidad, discriminación por “mala” conducta de la madre, desconocimiento del padre o presentación de una figura negativa de un padre que los abandonó, que no los quiere, y la alteración en la formación de patrones de identificación con el sexo masculino, la sobreprotección materna, o su expresión inversa: abandono, violencia, agresión, la dependencia de los abuelos y exposición a patrones de autoridad en muchos casos contradictorios y conflictivos; escasez o insuficiencia de recursos económicos y bajos niveles de vida (Florez, 2004).

El hecho existe, no se puede ocultar, contamos con un alto porcentaje de adolescentes embarazadas que no acuden oportunamente a los servicios de salud y atención prenatal, debido a los factores de orden psicosocial asociados con su maternidad, potenciando así el desarrollo de los factores de riesgos de salud propios de su estado con la particularidad del momento del ciclo vital que están viviendo.

A todo esto se suma la ausencia de programas y proyectos específicos para la atención de la adolescente embarazada en la ciudad de

Tumaco ya que en los hospitales y centros de salud son atendidas en las mismas condiciones que se atienden a las embarazadas de cualquier edad.

Para contribuir en el afrontamiento de la anterior problemática se propone este proyecto que busca evaluar la efectividad de un programa de educación para el autocuidado, orientado a promover comportamientos saludables de las adolescentes embarazadas.

Formulación del problema

¿Qué efectos tiene un programa de educación para el autocuidado saludable, diseñado y aplicado según el modelo transteórico de modificación de comportamientos de salud, sobre los comportamientos de autocuidado de adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco?

Sistematización

¿Cuáles son los indicadores de los comportamientos de autocuidado de las adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco?

¿Qué elementos deben integrar un programa de educación para el autocuidado saludable según el modelo transteórico en adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco?

¿Cuáles son los indicadores de los comportamientos de autocuidado de las adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco posteriores a la aplicación del programa de educación para promover el autocuidado saludable según el modelo transteórico?

¿Existen diferencias significativas entre los indicadores de los comportamientos de autocuidado iniciales y los indicadores de los comportamientos de autocuidado saludables posteriores a la aplicación del programa de educación para el autocuidado, tanto en el grupo experimental como en el grupo de control?

¿Existen diferencias significativas entre los indicadores de los comportamientos de autocuidado, posteriores a la aplicación del programa, del grupo experimental y del grupo de control?

Justificación

Ante la problemática de las madres adolescentes es necesario intervenir de manera eficaz y a fondo, porque la responsabilidad no es de unos, sino de todos los que pertenecen a una comunidad, puesto que, el embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuídos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (Padilla, 2000).

El presente estudio se propone brindar una oportunidad a las adolescentes gestantes para aprender comportamientos saludables que disminuyan al máximo los riesgos biológicos y psicosociales que amenazan su salud y la del niño en gestación. Por este motivo es un aporte al mejoramiento de la salud comunitaria en el contexto sociocultural en que se efectuará la investigación.

La importancia de esta investigación se fundamenta, en que diseña, implementa y evalúa un programa de intervención dedicado al proceso de gestación de madres adolescentes, para quienes no existen políticas claras que las protejan en el proceso de afrontar diversidad de nuevas situaciones psicológicas, familiares, sociales y de aceptar su nuevo rol, como el de ser madre a temprana edad y evitar un desenlace fatal como puede ser el aborto, donde se pone en riesgo la vida del feto como la de la madre.

El aporte novedoso de esta investigación radica en que en el municipio de Tumaco no se ha implementado programas de este tipo, siendo la primera vez, en la que se desarrolle un programa que contemple los aspectos psicológicos, nutricionales, físicos y de relaciones interpersonales, dedicado al trabajo con madres gestantes, que busca concretar el compromiso de la psicología de la salud, enseñar estilos de vida saludables

a la población de mayor vulnerabilidad, desde tempranas edades, en diferentes contextos: adolescentes, grupos familiares y comunidad.

La contribución académica de este trabajo consiste en ser una síntesis de conocimientos derivados de diversas subdisciplinas psicológicas, encauzada hacia el mejor afrontamiento de un problema grave de salud pública como es la gestación en adolescentes. De esta manera contribuye a la formación investigativa aplicada de la autora y es un medio de proyección social de ella y del programa de psicología.

El proceso de adquisición y ejecución de comportamientos saludables se llevará a cabo mediante el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1970) porque ofrece una orientación para la mejoría oportuna al pasar por las diferentes etapas previamente estudiadas y aceptadas.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar qué efectos tiene la aplicación de un programa de educación para el autocuidado saludable, diseñado según el modelo transteórico, sobre los comportamientos de autocuidado de adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco.

Objetivos específicos

Precisar cuáles son los indicadores de los comportamientos de autocuidado de las adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco.

Establecer qué elementos integran un programa de educación para el autocuidado saludable, según el modelo transteórico, en adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco.

Precisar cuáles son los indicadores de los comportamientos de autocuidado de las adolescentes gestantes atendidas en el hospital Divino Niño de Tumaco, posteriores a la aplicación del programa de educación para promover el autocuidado saludable según el modelo transteórico.

Determinar si existen diferencias significativas entre los indicadores de los comportamientos de autocuidado iniciales y los indicadores de los comportamientos de autocuidado saludable posteriores a la aplicación del programa de educación para el autocuidado.

Determinar si existe diferencias significativas entre los indicadores de los comportamientos de autocuidado, posteriores a la aplicación del programa, del grupo experimental y del grupo de control.

MARCO DE ANTECEDENTES

La Consejería Presidencial de Programas Especiales (CPPE) tiene como propósito contribuir al logro de las metas de política social del Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario”. Para el período comprendido entre el 2003-2006, priorizó como uno de sus ejes de actuación, una línea de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva formulada por el Ministerio de Protección Social, la cual plantea “la prevención de embarazos en adolescentes y la promoción de los derechos de salud sexual y reproductiva” para lo cual formuló el Programa “Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz; teniendo como objetivo principal Contribuir a la prevención del embarazo en niñas y adolescentes, y a la promoción de los derechos de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR) a nivel departamental y municipal, mediante acciones de movilización social, fortalecimiento institucional y mejoramiento de las condiciones de vida (Ministerio de Protección Social, 2001).

El embarazo en adolescentes ha despertado el interés de los investigadores quienes se han dedicado a indagar sobre los elementos que caracterizan este fenómeno.

Della y Landoni (2005) investigaron si existen diferencias significativas en la manera de afrontar la situación de estrés entre las adolescentes embarazadas y las jóvenes no embarazadas de la Ciudad de Buenos Aires. Concluyeron que el proceso del embarazo podría haber estado confrontando a las jóvenes de este Grupo con la importancia de este hecho y la consecuente responsabilidad de la misma. Con frecuencia los adolescentes actúan más en términos de consecuencias próximas o inmediatas que distantes o mediatas. Es probable que a partir de la manifestación de la gestación hayan desarrollado conductas que indiquen culpabilidad o responsabilidad frente a la situación. El hecho de autoinculparse las sumiría probablemente en una posición pasiva, limitando las capacidades para

afrontar. Probablemente el sentimiento de culpa y responsabilidad podría haber inhibido las tendencias más activas de afrontamiento. El estado de gestación evidenciaría el evento estresante que las inclinaría a la búsqueda de apoyo profesional.

Florez (2004) investigó si un programa educativo genera cambios en el comportamiento de las adolescentes gestantes produciendo un incremento en los hábitos de autocuidado y una disminución en el estrés prenatal. Concluyó que las gestantes participantes se apropiaron y desarrollaron el proceso de toma de decisiones aplicándolo en algunas situaciones de su vida, logrando transformar la intención en acción.

En Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) En el año 2000 registró que el 19 por ciento de las adolescentes entre los 15 y 19 años de edad ya eran madres, estaban embarazadas o habían estado alguna vez embarazadas, La cifra alarmó al país y puso en boga el tema del embarazo a temprana edad, no sólo por las consecuencias físicas para la mujer, sino por lo efectos sociales, económicos, y de salud que conlleva (Profamilia, 2005).

Ortiz y Sepúlveda (2005) estudiaron las características demográficas, socioculturales y familiares de las adolescentes embarazadas que consultan a una institución de primer nivel de atención de la ciudad de Bucaramanga. En los resultados se analizaron datos de 336 embarazadas adolescentes. La edad promedio fue de 17 años, la mayoría en su primer embarazo. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue 15 años; 65.6% afirmó haber tenido solo un compañero sexual, 62.2% viven en unión libre; 52.15% cursaba o había terminado la secundaria, y el 51.8% pertenecían al estrato bajo. El 61.6% recibió información sobre planificación, siendo el colegio el mayor sitio de suministro de información (31.44%); 66.2% manifestó no usar ninguno. El 59.0% afirmó haber deseado quedar embarazada; 26.1% refieren violencia intrafamiliar y 33.8% tiene una hermana con historia de gestación

durante la adolescencia. Se concluyó que un número importante de adolescentes desea su gestación con el fin de formar un nuevo hogar, tratando de escapar del suyo propio por violencia intrafamiliar. Sus compañeros son algo mayores, quienes en su mayoría aceptan y se preocupan por la evolución del embarazo, llevando una buena relación de pareja. El estudio recomienda ejercer un mayor control en la eficacia de programas de planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual y citología cérvico-uterina que incluya a la población de mujeres adolescentes.

Argote, Álvarez y Montes (2005) investigaron sobre la falta de compromiso en las adolescentes grávida frente a su maternidad y a su bebe. La Investigación fue llevada a cabo con el propósito de aplicar un modelo teórico, que tiene como concepto central: el amor con el fin de contribuir al fortalecimiento de la autoestima de un grupo de adolescentes, y se llegó a la conclusión de que la aplicación del modelo del desafío amoroso para sembrar en las adolescentes gestantes actitudes positivas frente a su embarazo influyó en el incremento de la autoestima de este grupo, lo cual influye en sus comportamientos, generando compromiso y amor frente a su maternidad y a su bebé e interviene en la toma de decisiones para el autocuidado de su salud.

En el departamento de Nariño para el año 2005 se registraron 7480 casos de adolescentes embarazadas y para el año 2006 se registraron 334 casos de menores de 15 años en embarazo y entre 15 y 19 años de edad 5172 casos (Instituto departamental en salud – Pasto,2001).

En Tumaco municipio de Nariño (Colombia) la Dirección Local De Salud (2007), reportó para el año 2006, 1281 adolescentes gestantes que asistieron a control prenatal y para el año 2007 van 465 hasta el momento.

El hospital Divino Niño de la ciudad de Tumaco en el 2004 registró 199 casos de adolescentes gestantes que asistieron a control prenatal, 218 casos en el 2005 y 230 casos de adolescentes gestantes en el 2006.

Es de anotar que las cifras ascenderían si todas las adolescentes embarazadas acudieran a los centros de salud, como lo refiere la gerente científica del Hospital Divino Niño, debido a que la mayoría deciden ocultar su embarazo por prejuicios sociales y no asisten a controles prenatales, en otros casos emigran a otros lugares y solo regresan cuando ya han tenido el bebé. Estas situaciones se dan por lo general en adolescentes estudiantiles ya que existe un promedio aproximado de 8 estudiantes por cada una de las diferentes instituciones educativas del casco urbano de la ciudad de Tumaco.

MARCO CONTEXTUAL

Este estudio se va a llevar a cabo en el municipio de San Andrés de Tumaco, ubicado al sur occidente del Departamento de Nariño, cuenta con una población de 161.490 habitantes de los cuales 80.816 son hombres y 80.674 son mujeres.

La presente investigación se desarrollará en el centro Hospital Divino Niño, ubicado en el barrio Unión Victoria, su fundación que fue realizada por el acuerdo 004 de 1999 por el alcalde conjuntamente con el Concejo Municipal

Misión

La misión del Centro hospital Divino Niño E.S.E, es ofrecer servicios de primer nivel de atención de conformidad con las políticas del sector, con base en la capacidad de resolución garantizando la calidad, eficacia y rentabilidad social de los servicios teniendo en cuenta la satisfacción de necesidades de promoción, prevención, atención de las enfermedades de interés en salud pública y recuperación de la salud.

Visión

Desarrollar actividades en el área de la salud a nivel intramural y extramural, proyectándose como una empresa gerencial hacia un crecimiento tecnológico, de infraestructura y de recursos disponibles en toda su red pública, constituyéndose en un equipo al servicio humano con lineamientos estratégicos que permitirán el éxito y desarrollo de la empresa.

Estructura institucional

El Centro Hospital Divino Niño E.S.E. tiene una estructura que se adapta a los grupos de servicios tendientes a garantizar el cumplimiento de su misión y visión.

Esta estructura cumple con dos objetivos básicos:

Prestar en forma coordinada los servicios de promoción y prevención y de recuperación de la salud a través de la Subgerencia Científica.

Contar con un equipo ejecutivo, administrativo y financiero altamente capacitado a través de la Subgerencia Administrativa y Financiera.

Área Gerencial: Encargada de direccionar y orientar los procesos y toma de decisiones en la empresa en función del cumplimiento de la misión y sus objetivos corporativos.

Subgerencia Administrativa Y Financiera: Se encarga de ejecutar los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, físicos.

Subgerencia Científica: Encargada de la coordinación de todo el proceso para la prestación de los servicios de salud del primer nivel de acuerdo con la demanda de usuarios y conformada así:

Promoción Y Prevención

Consulta médica, consulta odontológica, laboratorio clínico, farmacia

MARCO TEÓRICO

En esta sección se hace una revisión de conceptos, principios y conclusiones relacionados con los temas necesarios para entender la problemática estudiada, formular los objetivos, seleccionar el instrumento de medición del cambio comportamental, diseñar el programa de educación en autocuidado saludable, instrumentarlo y evaluarlo.

Los temas esenciales son desarrollo psicológico de la adolescente, aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes, autocuidado saludable en gestantes, modelo transteórico sobre el cambio de comportamiento en salud, autoestima, nutrición, actividad física, relaciones interpersonales, manejo del estrés y adherencia al tratamiento

Adolescencia

La palabra adolescencia proviene del verbo latino *adoléscere* que significa crecer o llegar a la madurez. Según Papalia y Wendkos (1999) “la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que trae consigo cambios relevantes en las diferentes áreas de la vida” (p. 530).

En esta etapa, el joven alcanza plenitud en su desarrollo físico y psicológico, la adolescencia entonces, se concibe como un proceso biológico, emocional y social que inicia alrededor de los 12 años y termina a los 20 con el ingreso a la vida adulta, Tradicionalmente la noción de adultez ha sido de carácter sociológico porque la cultura establece los parámetros con los que se accede a ella, factores que por lo general responden a complejas necesidades, principalmente de carácter económico (Proyecto Atlántida, 1995).

Psicológicamente puede considerarse a una persona como adulta cuando ha alcanzado una madurez cognoscitiva y emocional que implica el descubrimiento de la identidad, el desarrollo de un sistema de valores y la capacidad de entablar relaciones afectivas con otras personas. Sin embargo,

la adolescencia es un periodo lleno de dificultades debido a las transformaciones presentes, pues las variaciones bio — psico- sociales se producen simultáneamente y se afectan de manera mútua en la vida del joven.

De esta manera, su cuerpo, intereses, actitudes y comportamientos se transforman de modo radical; estas variaciones provocan inquietud en los jóvenes y la tendencia a compararse con compañeros del mismo sexo en los signos del despertar sexual.

Desarrollo físico

La pubertad comienza por un incremento agudo en la producción de hormonas sexuales. Primero, en algún momento entre los cinco y los nueve años, las glándulas adrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos, que cumplen una función importante en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial. Unos cuantos años después, en las mujeres, los ovarios comienzan a producir estrógeno, que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. En las mujeres, la testosterona influye en el crecimiento del clítoris así como en el de los huesos y el vello púbico y axilar (Papalia, 2001).

Los cambios físicos observados en mujeres durante la pubertad incluyen el crecimiento adolescente repentino que es un crecimiento acelerado en la estatura y el peso, que generalmente comienza en las mujeres entre los 9 años y los 14 años; típicamente dura cerca de dos años; tan pronto finaliza, la joven alcanza la madurez sexual, el desarrollo del vello púbico, el cambio de la voz y el crecimiento muscular. La madurez de los órganos reproductores marca el comienzo de la primera menstruación (menarca) en las mujeres ocurriendo casi dos años después de que los senos hayan comenzado a desarrollarse y el útero haya empezado a crecer, y poco después que haya comenzado el crecimiento repentino (Papalia, 2001).

Desarrollo sexual

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición o pulsión sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década del 60, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Por otro lado algunos adolescentes no tienen interés o información acerca de los métodos de control de natalidad o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas está aumentando (Papalia, 2001).

Comportamiento sexual

Con frecuencia las mujeres adolescentes se sienten presionadas a comprometerse en actividades para las que aún no están listas. En un estudio realizado en Estados Unidos la presión social fue la principal razón dada por 73% de las mujeres y 50% los varones cuando se preguntó por qué muchos adolescentes no esperaban ser un poco mayores para tener relaciones sexuales (Harris y Associates, 1996). Algunas mujeres que comienzan precozmente las relaciones sexuales son obligadas por hombres mayores. El 16% de las mujeres cuya primera relación tuvo lugar antes de los 16 años y 22% de aquellas cuya experiencia ocurrió antes de los 15 años informaron no fue voluntaria (Abma, 1997 citado por Papalia, 2001).

Los adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos formas: como vía de procreación y lo que les resulta más importante como vía de disfrute sexual y de atracción física erótica para otras personas (González, 2005).

Sus manifestaciones pueden clasificarse en fantasías y deseos, caricias, atracción y búsqueda de pareja.

1. Fantasías y deseos. Se dice que casi todos los adolescentes varones tienen fantasías sexuales mientras se auto-estimulan, imaginan

juegos sexuales; en tanto las mujeres adolescentes también experimentan fantasías, pero no son tan específicamente eróticas como las de los chicos o de las mujeres adultas, más bien tienden a contener ideas románticas y de índole sentimental

2. Caricias. Las caricias se dan con mucho ímpetu dada la curiosidad por el cuerpo de la pareja, cabe destacar que tienen gran relevancia el autoerotismo y la masturbación o auto-estimulación debido a que los adolescentes experimentan la necesidad de experiencias sexuales (González, 2005).

3. Atracción y búsqueda de pareja en esta etapa surge el impulso al iniciar relaciones de pareja, originando un conjunto de emociones y sentimientos que se expresan en los llamados enamoramientos fugaces (González, 2005).

En la adolescencia se tiende a la actividad sexual precoz y son varios los factores incluida la entrada precoz a la pubertad, la pobreza, el desempeño deficiente en la escuela, la carencia de objetivos académicos y de carrera, una historia de abuso sexual u olvido de los padres y patrones familiares o culturales de experiencia sexual precoz que influyen en la probabilidad de una actividad sexual temprana (Ramon, 2001).

En Colombia, pocos estudios publicados informan el comportamiento sexual de adolescentes que asisten a instituciones de educación secundaria. Sin embargo, dos investigaciones realizadas en estudiantes de Bucaramanga documentaron prevalencia de relaciones sexuales de 19% y 58% respectivamente.

En la ciudad de Santa Marta, un estudio realizado en tres colegios públicos informó una prevalencia de relaciones sexuales del 27,0%. Las relaciones sexuales fueron más frecuentes en los varones, en los adolescentes mayores y que aquellos que dijeron haber fumado cigarrillo o consumido alcohol.

Desarrollo cognitivo

Durante la adolescencia no se producen cambios súbitos en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. El psicólogo francés Jean Piaget determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. Piaget (1984) asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo, los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.

La adolescencia es el período durante el cual la capacidad de adquirir y de utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia. Para Piaget (1984, citado en Papalia y cols, 2001), los adolescentes logran el más alto nivel del desarrollo cognitivo (operaciones formales) cuando alcanzan la capacidad de producir pensamiento abstracto. Este desarrollo que se inicia cerca de los 11 años, les proporciona nuevas y más flexibles maneras de manejar la información. Ya no se limitan al aquí y al ahora, sino que pueden comprender el tiempo histórico y el espacio exterior. Pueden emplear símbolos para representar otros símbolos lo cual les permite aprender álgebra y cálculo; pueden apreciar mejor la metáfora y la alegoría y, de este modo, pueden encontrar significados más amplios en la literatura; pueden pensar en términos de lo que podría ser, y no sólo de lo que es; pueden imaginar posibilidades y elaborar y probar hipótesis.

Un teórico que nos habla respecto a esta transición entre el pensamiento concreto y el formal es el Psicólogo Elkind (1976 citado en Papalia y cols., 2001, p. 429), quien en trabajos clínicos identificó comportamientos y actitudes inmaduros en el pensamiento adolescente los

cuales hacen referencia a sus primeras aventuras en el pensamiento abstracto, caracterizándose por:

1. Tendencia a discutir: el adolescente busca constantemente la oportunidad de encontrar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento.

2. Indecisión: tiene dificultad para decidir sobre situaciones sencillas debido a diversidad de posibilidades que ofrece la vida.

3. Búsqueda de fallas en las figuras de autoridad: el adolescente ahora descubre que el adulto a quien una vez veneró y su mundo, se apartan de sus ideales y se siente obligado a expresarlo.

4. Hipocresía evidente: con frecuencia los adolescentes no reconocen la diferencia entre expresar un ideal y hacer los sacrificios necesarios para conseguirlo.

5 Autoconciencia: debido a la preocupación por su propio estado mental, con frecuencia los adolescentes suponen que los demás también están pensando en lo que ellos piensan en si mismos.

6. Suposición de invulnerabilidad: Elkind (1976, citado en Papalia y cols., 2001, p.430) emplea el término fábula personal para referirse a la creencia de los adolescentes según la cual ellos son especiales, su experiencia es única y no está sujetos a las reglas que gobiernan el resto del mundo. Esta forma especial de egocentrismo entraña mucho comportamiento peligroso y autodestructivo, por ejemplo: "otras personas pueden resultar involucradas en las drogas, yo no; yo no puedo quedar embarazada".

De esta manera el logro de un tipo de pensamiento lógico y formal, no solo le permite al adolescente evaluar el mundo exterior sino también su propio ser, cuestionando tanto su actuar como su pensar, frente a la nueva realidad que se le presenta, creando su propia filosofía de vida.

Al respecto es necesario retomar los planteamientos teóricos de Vygotski (1984, citado en Papalia y cols., 2001) quien afirma que esta es una edad de transición entre el pensamiento infantil y el pensamiento lógico del adulto, caracterizándose por la formación de conceptos que le permitirá introducirse al mundo de la conciencia social objetiva, el mundo de la ideología social.

El adolescente empieza a manifestar su espíritu crítico y está en la constante búsqueda de una demostración clara de los principios que rigen en la cotidianidad, se interesa en cuestiones filosóficas, políticas, y el arte más abstracto. Se presenta el espíritu de contradicción que se manifiesta también en el contenido de su pensamiento. “La contradicción se evidencia entre la lógica y el romanticismo de sus ideas” (Vygotski, 1984, p. 305).

Además, Vygotski (1984) afirma que en esta edad se llega al desarrollo intenso de la autopercepción, de la autoobservación, al conocimiento profundo de la realidad interna, del mundo de las propias vivencias, es así como el adolescente en esta etapa progresivamente se forma una idea de sí mismo, construyendo su propia identidad.

Razonamiento moral

Según la teoría de Kohlberg (1969) sobre razonamiento moral, la adolescencia se caracteriza por las reglas de los demás, pero las han interiorizado de algún modo. Desean que los consideren “buenos” aquellas personas cuyas opiniones son importantes para ellos. Son capaces de asumir suficientemente bien los papeles de las figuras de autoridad para decidir si una acción es buena con base en sus propias normas.

Moral postconvencional: es el nivel de comprensión y aceptación de los principios morales generales que inspiran las normas: los principios racionalmente escogidos pesan más que las normas. Se componen los derechos prioritarios y contrato social la cual es el estadio de la apertura al mundo. Se reconoce que además de la propia familia, grupo y país, todos los

seres humanos tienen el derecho a la vida y a la libertad, derechos que están por encima de todas las instituciones sociales o convenciones. La apertura al mundo lleva en segundo lugar, a reconocer la relatividad de normas y valores, pero se asume que las leyes legítimas son sólo aquellas obtenidas por consenso o contrato social. Ahora bien, si una norma va contra la vida o la libertad, se impone la obligación moral de no aceptarla y de enfrentarse a ella.

Desarrollo psicosocial

Para que el adolescente se convierta verdaderamente en adulto, y no únicamente en un individuo maduro físicamente, en los escasos años comprendidos entre la niñez y la edad adulta tiene que alcanzar gradualmente la independencia respecto a su familia, adaptarse a la maduración sexual, establecer relaciones viables y de cooperación con sus compañeros sin ser dominado por ellos, decidir cuál será su vocación y prepararse para cumplirla.

Así pues, tiene que formarse toda una filosofía de la vida, un conjunto de normas y creencias morales orientadoras que puedan prestar algún orden y consistencia a las múltiples decisiones que tendrá que hacer y a las acciones que habrá de emprender en un mundo diverso, cambiante y, a veces, caótico. Antes de que el adolescente pueda abandonar sin temor la seguridad de su dependencia infantil respecto a otros, ha de poseer alguna idea de lo que es él mismo, de dónde quiere ir y de cuáles son las posibilidades de llegar (Mussen y cols., 1976).

Para hacer referencia a la estructuración de la Identidad se encuentran diferentes posturas epistemológicas, entre ellas la Teoría del Desarrollo Psicosocial planteada por Erikson (citado en: Papalia y cols., 2001, p. 447) en la que se ubica a los adolescentes en la quinta etapa, denominada Identidad versus confusión de identidad, donde los adolescentes forman su identidad no solo tomando como modelo a otras personas, como

lo hacen los niños más jóvenes, sino también modificando y sintetizando identificaciones anteriores en “una nueva estructura psicológica, mayor que la suma de sus partes”. Para formar la identidad, los adolescentes deben determinar y organizar sus capacidades, necesidades, intereses y deseos, para expresarlos luego en un contexto social.

De igual manera la identidad se forma a medida que los jóvenes resuelven tres aspectos importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores en qué creer y por qué vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria que le otorga un rol específico en su familia, en su grupo y en la comunidad (Ericsson, citado en: Papalia y cols., 2001, p. 448).

Este proceso le permite al individuo percibirse como un ser autónomo capaz de asumir las riendas de su vida, orientándolas hacia la consecución de sus propios objetivos e ideales que darán sentido a su existencia.

En este proceso de identificación, la sexualidad ocupa un lugar importante en la vida del adolescente en la medida en que el ser humano se reconoce como un ser único y diferente de los demás, valora y estima aquellas características que ha construido como parte de sí mismo.

Si bien el proceso de construcción de identidad es individual no se puede dejar a un lado el contexto en el cual se desenvuelve el adolescente puesto que puede facilitar o entorpecer su consecución; así el papel de la familia es el de brindarle a sus hijos el aprendizaje y las experiencias que les permitan adaptarse al medio “los padres deben transitar una delgada línea situada entre el deseo de dar suficiente independencia a los adolescentes y protegerlos de los errores que puedan cometer debido a la inmadurez (Papalia y cols., 2001, p. 465).

Es importante tener en cuenta que aunque una de las principales actitudes del adolescente sea la de rechazar a su familia, en realidad la

necesita allí, al alcance de la mano para compararse y diferenciarse, para buscar activamente los elementos (creencias, valores, ideales, modos de resolver problemas, formas de expresión, etc.) que va a tomar para seguir adelante en la vida de forma autónoma.

Entre los diferentes agentes socializadores encontramos como parte de la cultura, la familia, la escuela, los medios de comunicación, los amigos y el contexto social en general.

El primer escenario es la familia, es allí donde niños y niñas desarrollan el lenguaje, empiezan a moldear su personalidad, conforman su identidad sexual y su identidad de género por medio de la interacción afectiva con la madre y el padre,

Embarazo en la adolescencia

Se lo define como: “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”. (OMS, citado por Ramón 2001).

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

Según Ramón (2001) el comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

1. Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

2. Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

3. Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

4. Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Factores predisponentes:

Según Ramón (2001) hay varios factores que predisponen a la adolescente al embarazo como son:

1. Menarquia temprana: otorga madurez reproductiva cuando la adolescente aún no maneja las situaciones de riesgo.

2. Inicio Precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia

continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

5. Migraciones recientes, con pérdida del vínculo familiar. Ocurren con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

6. Pensamiento mágico propio de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

7. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

8. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

9. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Factores determinantes:

1. Relaciones sin anticonceptivo: Se conoce como cualquier forma de contacto sexual anal, oral o vaginal en que no se utiliza condón masculino o femenino, ni cualquier otra barrera protectora similar.

2. Abuso sexual: es definido como cualquier actividad sexual entre dos personas sin consentimiento de una.

3. Violación: se entiende el delito de tener relaciones sexuales con otra persona sin su consentimiento empleando violencia en la acción, violencia física, psicológica, y/o emocional.

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman 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”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico (Molina, 1992).

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio), con modelos familiares de iniciación

sexual precoz, por estimulación de los medios inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias (Molina,1992).

Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente (Ramón, 2001).

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

Para Ramón (2001) la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo púberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales, no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que “dramaticen” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como “poderoso instrumento” que le

afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo (Ramón, 2000).

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes (Ramón, 2001).

Consecuencias de la maternidad –adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad en la segunda década de la vida.

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza (Ramón, 2001)

Según Routi (2000) los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

Primer trimestre: trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, embarazos extrauterinos.

Segundo y tercer trimestre: anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino, hipertensión arterial dravídica, mortalidad fetal, parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado, hemorragias en el alumbramiento

Autocuidado

El autocuidado parte de una concepción individual que tiene el sujeto de sí mismo y del estar sano o enfermo. Se define como la conducta o conductas de evaluación, toma de decisiones relacionadas con la salud en el contexto social normal de la vida cotidiana y de autocontrol y todos ellos como elementos para alcanzar la salud Llauger y Contijoch (1997 citado en Ruales y Robles, 1999).

La evaluación por parte del paciente va más allá del diagnóstico físico: “es construcción de la totalidad de acontecimientos determinantes de la conducta que reflejan los patrones culturales, la autoidentificación, las dificultades vitales o las actitudes hacia el valor de la atención hacia la salud” Llauger y Contijoch (1997 citado en Ruales y Robles, 1999, p.26).

Es importante anotar de acuerdo a lo anterior, que las medidas de autocuidado se presentan cuando como resultado de la evaluación se produce algo que se sale de la concepción de salud del individuo.

De todas formas, es preciso anotar que la evaluación es un proceso constante y se da incluso en los momentos en que no se percibe ningún desequilibrio, tensión o síntoma.

Se le puede facilitar más a la persona definir su problema de salud al tener un dolor o molestia física que cuando su estado emocional le causa sufrimiento. De todos modos, si este proceso de evaluación lleva a la idea de estar enfermo, sea por una dolencia, déficit o cambio físico o psíquico, este es vivido de forma diferente por cada persona, lo que desencadena ciertas respuestas o conductas que se han llamado “cultura de enfermar” y que se contraponen a la “cultura médica” que es la interpretación profesional de este proceso (Mechanic, 1983 citado en Ruales y Robles, 1999).

La conducta ante la enfermedad es un proceso dinámico a través del cual las personas definen sus problemas de salud, luchan con ellos e intentan su adaptación. Ciertamente, la evaluación es causa y efecto de esta conducta y lleva al próximo paso que es la toma de decisiones.

Dentro de la toma de decisiones se incluye la autoobservación, percepción de síntomas, identificación de cambios, valoración de severidad, elección de la respuesta u opción de tratamiento que puede ser el contacto con el servicio de profesionales de la salud.

Basándose en esta concepción Llauger y Contijoch (1997 citado en Ruales y Robles, 1999) consideran que la atención sanitaria debería enfocarse como un continuum que va desde las diferentes modalidades de autocuidado hasta la atención estrictamente profesional. De este modo, el autocuidado significa el nivel básico o primario de atención presente en todas las sociedades aunque es ocultado por la atención profesional que es más visible; de todas formas, parte del proceso de autocuidado es saber reconocer sus límites y cuando es necesario recurrir a los servicios profesionales.

Se han clasificado varias modalidades de autocuidado que comprenden muchas conductas individuales tendientes a mantener y reestablecer la salud (Segall y Goldstein, 1989 citado en Ruales y Robles, 1999).

1. Autocuidados rutinarios: hábitos alimentarios, de sueño, higiene.
2. Autocuidados preventivos: ejercicio, dieta, salud mental, exámenes preventivos, medidas preventivas de accidentes.
3. Autocuidados reactivos: medidas no farmacológicas, automedicación, consulta no profesional, consulta profesional.
4. Autocuidados de recuperación: cumplimiento terapéutico, medidas de autocontrol, rehabilitación.

Las tres primeras conductas nacen de la iniciativa del individuo en cuanto percibe o es consciente de la posibilidad de que puede enfermarse. Los autocuidados de recuperación significan la posibilidad de llevar acabo la indicación de un profesional una vez se solicita su asesoramiento.

En torno a los autocuidados, la OMS (1987) y posteriormente la Carta de Otawa (1987) hicieron un llamado a la potenciación de recursos humanos existentes en la comunidad como la autoayuda, el apoyo social y los grupos comunitarios que capacitan a las personas para ejercer mayor control sobre su propia salud y para la toma de decisiones más adecuadas en las diferentes etapas de la vida, sobretodo en caso de enfermedades crónicas o lesiones.

Es importante profundizar en la comprensión de las conductas de autocuidado para entender bien el fenómeno y para poder utilizarlas como un recurso para la salud. En esta línea, en un estudio reciente se identifica la capacidad de autoevaluación del estado de salud como un factor relacionado de forma importante con el "life control" (Pietila, 1994) Otros factores detectados han sido la situación económica, educativa y el estrés. Esto

plantea la posibilidad de trabajar a través - de la educación sanitaria las habilidades de evaluación de la salud.

Es también importante reconocer que los pacientes aprenden del profesional de la salud algunos conocimientos o habilidades, pero la aceptación, comprensión e interiorización de sus procesos las pueden aprender de otras personas que están o han pasado por su misma situación.

A nivel general, el autocuidado implica que el individuo, la familia o la comunidad asuman la responsabilidad y decisión en todo cuanto tiene que ver con la salud y esto se logra en la medida en que sean capacitados y cuenten con una estructura de creencias y sentimientos que les permita evaluar bien su salud.

Concepto de salud

El área de la salud ha evolucionado a lo largo de las últimas décadas y ha sido un tema de preocupación y controversia a nivel mundial. Anteriormente se definía la salud como ausencia total de enfermedad, pero esta concepción ha cambiado para considerarla como un derecho social básico e integral, en donde se incluyen procesos de promoción de salud y prevención y rehabilitación de la enfermedad.

La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo como ausencia total de enfermedad. Por otra parte agrega a este concepto la importancia de la ejecución de acciones tendientes a conseguirla mediante la actividad básica que es la educación (Álvarez, 1998).

En el proceso salud - enfermedad se ven implicados varios componentes personales, ambientales, sociales y culturales, esto significa que la salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de la vida personal, sino que acontecen como parte fundamental de una sociedad (Costa y López, 1986).

León (1988) afirma que la salud es el bienestar integral que representa un adecuado funcionamiento del individuo dentro de su contexto social.

Simón (1999, citado por Villota y Villota, 2000) propone un concepto novedoso sobre salud y la describe como un proceso de relaciones dinámicas y Bidireccionales entre las competencias individuales (biopsicosociales) y las características ambientales que da como resultado un estado de equilibrio y bienestar psicosocial.

Las definiciones dadas anteriormente coinciden en que la salud es uno de los valores fundamentales del ser humano y, por ende, los organismos de salud y la comunidad en general deben trabajar por ese completo estado de “bien - estar”, en el que cada persona logra un desarrollo integral.

Salud mental

De la salud en general de un individuo y de una comunidad se deriva también el concepto de salud mental o bienestar psicológico como un proceso causado por el aprendizaje, la comunicación y las relaciones interpersonales adecuadas que permiten el desempeño de un sujeto en un grupo específico (Sarmiento, 1997).

Este bienestar psicológico es el resultado de interacciones de diversos factores, dados a lo largo de todo el proceso de desarrollo y maduración del individuo, tales como la influencia familiar y social, las diferencias individuales y las experiencias de aprendizaje, entre otros.

Según Sarmiento (1997) la salud mental es la manera de vivir que permite observar diferentes logros:

1. Responder a dificultades o cambios del ambiente, adaptándose a él o intentando modificarlo.
2. Obtener crecimiento madurativo emocional.
3. Abrirse a nuevas maneras de pensar y crear.

4. Ejercer una conducta realista que establezca relaciones interpersonales adecuadas 'e integradoras.

5. Tener autonomía, asumiendo la responsabilidad del propio bienestar.

6. Disfrutar de las satisfacciones sobre los objetivos que cada persona se propone.

Phares (1996) enfatiza en la importancia de la promoción y la prevención en la salud mental como parte fundamental de la salud pública. Además, los programas que esta desarrolla deben ser acciones eficientes y efectivas para el logro de las metas propuestas.

Conductas de salud

Son aquellos comportamientos que potencian un estado de salud general y pueden convertirse en hábitos de salud. Para que sea hábito, debe ser una conducta firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo. Los hábitos de salud son muy resistentes al cambio (Latorre y Beneit, 1994).

Promoción de la salud (PS)

Según la carta de Ottawa (1986) la PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La OPS y OMS (1990) la definen como la sumas de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Un grupo o población específica a quién va dirigida la promoción de la salud debe ser la buscadora de sus propios hábitos y comportamientos inadecuados que posiblemente están generando estados de enfermedad con

el fin de modificarlos y adquirir hábitos mas saludables que mejoren la calidad de vida.

La promoción de la salud es un complejo sistema de factores donde cada factor juega un papel invaluable en el desempeño de este como unidad (León, 1998)

Entre los factores se encuentran:

1. Ambiente: Es todo aquello que rodea al ser humano y a la comunidad en general, y genera en ellos diferentes respuestas.
2. Herencia: Que es sin duda un factor predisponente para el desarrollo de la salud o la enfermedad, teniendo en cuenta las diferentes características individuales.
3. Servicios de salud: existen con el fin de influir positivamente en la salud y prevenir o intervenir en los estados de enfermedad
4. Comportamiento: Es el conjunto de todas las acciones que el individuo ejecuta ante una situación o estímulo determinados, los cuales pueden incidir o no de una manera adecuada en el mantenimiento y promoción de la salud.

Un programa de promoción se refiere a un conjunto de estrategias organizadas y estructuradas dentro de un plan, encaminadas a promover un bienestar integral a través de la modificación de factores que influyen en la vida de un individuo o comunidad.

Según Hancock (1994 citado en Perea, 2004) la promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder.

Poder a dos niveles: el primero como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política.

Para Nutbeam (1986 citado en Perea, 2004) la promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud

Determinantes de la salud

Para Muñoz (2003 citado en Perea, 2004) los determinantes de salud son aquellos dados por los estilos de vida y el ambiente que son los que tienen que ver con las condicionantes de la salud: alimentación, actividad física, factores protectores psicosociales y ambientales. Sin embargo, la capacidad de promocionar los estilos de vida saludables y un ecosistema que interactúa saludablemente con las personas, también depende en gran parte de otros determinantes de la salud como la cultura, el empleo, la educación y los ingresos. Además, también son determinantes de la salud el estatus socioeconómico y la presencia de otros factores socioeconómicos en una sociedad, como la desigualdad y la inequidad en salud.

Educación para la salud

Perea (2004) define la promoción de la salud - EPS como un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva.

Costa y López (1994) considera la necesidad de que la Educación para la Salud se contemple en una estrategia amplia de promoción de salud en donde la comunidad asuma un protagonismo efectivo y sus objetivos vayan más allá de lo estrictamente educativo.

Los objetivos principales de la estrategia de Educación para la Salud se resumen en dos: a) enseñar conocimientos adecuados de salud y, b) propiciar comportamientos facilitadores de salud, dentro de los cuales se pueden desarrollar objetivos secundarios como:

1. Desarrollar hábitos y costumbres sanas.
2. Modificar pautas de comportamientos cuando las costumbres o hábitos individuales y sociales son insanos y peligrosos para la salud.
3. Promover la modificación de factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud.
4. Lograr que el individuo y su grupo acepten la salud como un valor fundamental.

La educación para la salud es más que una información de conocimientos respecto de la salud, es la enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de conducta, para la aplicación de medios que le permitan la conservación y mejoramiento de su salud.

La Educación para la Salud puede aplicarse de forma individual o colectiva y está dirigida a la promoción, el fomento de la salud, la prevención, el tratamiento, etc. A nivel de grupo requiere de una preparación cuidadosa y un desarrollo diferente al individual, y su propósito es propiciar la realización de un programa, señalando objetivos, actividades, estrategias y metas, etc. (Álvarez, 1995).

Según Costa y López (1989) el proceso educativo debe cumplir con los siguientes pasos:

1. Análisis del problema realizando un diagnóstico de salud de la comunidad.
2. Sensibilización, informando de manera breve los temas a tratar.
3. Publicidad o propaganda mediante afiches, volantes, radio, televisión, etc.
4. Motivación con el propósito de incrementar el interés por las temáticas a trabajar.

5. Educación, que Incluye el cambio de actitudes y comportamientos en sí. Estos pasos deben tomarse en cuenta al diseñar el programa de salud para las gestantes, para planear diferentes acciones y ejecutarlas de acuerdo a las necesidades de la comunidad estudiada.

También, es necesario en el trabajo en una comunidad (en éste caso, adolescentes de 10 a 19 años), recordar una serie de aspectos que posibiliten la consecución de resultados óptimos. Entre estos aspectos según Costa y López (1989) tenemos:

1. Garantizar la continuidad de las acciones de salud después de terminar la aplicación del programa de promoción de salud.

2. Considerar los patrones culturales existentes para determinar qué acciones se deben ejecutar en relación a las prácticas de salud y las innovaciones tecnológicas.

3. Promover la responsabilidad de la comunidad en cuanto al cuidado del bienestar individual y grupal.

4. Facilitar el acceso a la información aún después de la culminación del programa de salud, permitiendo la retroalimentación y la adquisición de nuevas propuestas para un continuo cambio.

Galvez y Rodríguez (1997) proponen una estrategia comunitaria integrada de Información, Educación y Comunicación - IEC para la educación en población:

La información es el componente integral de los servicios y actividades de promoción y divulgación; es un conjunto de mensajes planificados para motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes y comportamientos.

La educación se refiere a la facilitación y construcción del proceso de aprendizaje para que todas las personas tomen decisiones libres y responsables.

La comunicación por su parte, busca fortalecer relaciones entre todos los integrantes de un grupo determinado, a través del diálogo permanente, la

participación y la retroalimentación en el estudio de temáticas y desarrollo de acciones.

Psicología de la salud

En la época actual se destaca cómo el estilo de vida afecta la salud y el sentido de bienestar. Esto ha hecho que la Psicología de la Salud se haya convertido en una especialidad de rápido crecimiento (Phares, 1996).

Según Matarazzo (1982 citado por Simón, 1999) define la Psicología de la Salud como “el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formulación de políticas sanitarias” (p. 4).

Reig, Rodríguez y Mira (1987, citados por Latorre y Beneit, 1994) señalan que la Psicología de la Salud se basa en 4 suposiciones básicas:

1. Determinados comportamientos aumentan el riesgo de ciertas enfermedades, o sea que la conducta puede ser un factor de riesgo.
2. La modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
3. El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad, siguiendo las leyes del aprendizaje.
4. Las intervenciones psicológicas pueden resistir (con balance favorable) un análisis de costo - utilidad/eficacia.

La Psicología de la Salud, según Godoy (1993, citado por Simón, 1999), es un conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) del área de la psicología relativas a la promoción de la salud, y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema

sanitario y de las políticas de salud; consistentes en la investigación de la importancia de los factores comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control y modificación de los mismos.

De acuerdo a la anterior definición la Psicología de la Salud se caracteriza por:

1. Dirigir su área de actuación tanto al individuo como al conjunto de instituciones y fuerzas que están relacionadas con la salud, en los niveles intraindividuales, interindividuales y sociales de la salud (Stone, 1983, citado en Simón, 1999).

2. Primar los aspectos de Promoción y Fomento de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

3. Potenciar la investigación destinada a conocer cómo contribuyen a la salud los factores comportamentales y a la elaboración de estrategias adecuadas para su evaluación, control o modificación.

4. Analizar y mejorar las políticas de salud y el sistema de atención a la salud

Psicología del embarazo

Desde un enfoque multifactorial el embarazo, el parto y el nacimiento son partes del proceso de crear vida, convirtiendo a la mujer en madre. Este proceso tiene aspectos profundamente interrelacionados y susceptibles de ser tenidos en cuenta, tanto en los estados de salud como en los de enfermedad, a saber: biológicos (el nacimiento de un niño sano sin detrimento físico para la madre), psicológicos (el crecimiento y la madurez de la mujer como madre) y sociales (cambio en el papel social de la madre, las interrelaciones con la pareja, otros hijos y los medios y soportes sociales con los que se cuenta (Latorre y Beneit, 1994).

El deseo de embarazo y la actitud hacia el mismo son el resumen de las cogniciones de la mujer adquiridas a lo largo de su vida: información, educación, modelo de los padres y otros familiares, tradición oral, creencias, etc.

Entre las causas de la falta de planeamiento en los embarazos Derevaux, (1965 citado en Fuentes y Lobos 1999, p. 39) se encuentra la ambivalencia bastante generalizada hacia la contracepción y el embarazo. Miller (1973) encontró dos fases en la carrera reproductora en la que la mujer es más propicia a un embarazo no deseado, por una especie de vulnerabilidad psicológica: la adolescencia y el preclimaterio.

Según Hert (1983 citado en Fuentes y Lobos, 1999), en estudios de embarazos no deseados en adolescentes solteras, se encuentran cuatro patrones psicodinámicos subyacentes:

1. Una relación alterada con la madre, con sentimientos ambivalentes entre el deseo de separación y libertad y la necesidad de dependencia.
2. Una imagen negativa del padre.
3. Experiencias emocionales negativas durante la maduración sexual.
4. Problemas en el proceso de socialización, concretamente en la influencia del grupo de pares, con reacciones emocionales dirigidas a evitar la soledad y el rechazo.

Modelo Transteórico

En este trabajo se utilizará el modelo Transteórico (MT) de Prochaska y DiClemente (1979 citado en Cabrera, 2001) sobre cambio en comportamientos de salud, como un esquema de trabajo que orientará los objetivos, el proceso de cambio en los comportamientos de autocuidado, el procedimiento del programa que se investiga y su efectividad, ya que ha sido aplicado con éxitos en otros estudios.

Antecedentes del modelo

Un estudio analítico ejecutado por Prochaska (1979) en Estados Unidos de América, tuvo como meta sistematizar el campo de la psicoterapia de las dependencias, según ese autor y en ese entonces, fragmentado en más de 300 propuestas teóricas. El MT fue el producto central del análisis comparativo de veintinueve de las teorías relevantes y disponibles a fines de los años setenta para explicar cambios en el comportamiento de dependientes de drogas y consumidores de cigarrillo. El modelo derivó su nombre de la integración de los principios y componentes teóricos de los diferentes sistemas de intervención analizados (Prochaska, 1979 citado en Cabrera, 2001).

Otros análisis posteriores de teorías y modelos del comportamiento humano, así como observaciones del cambio espontáneo e inducido del comportamiento de consumidores de tabaco y validaciones empíricas de propuestas de intervención para facilitar el abandono del consumo de sustancias generadoras de dependencia, fueron reportados como evidencias de conclusiones preliminares sobre la naturaleza de las etapas y los procesos que subyacen al cambio comportamental (Prochaska y DiClemente, 1982 citado en Cabrera, 2001).

Estos reportes preliminares de la aplicación en la práctica del MT (especialmente con relación al consumo regular de tabaco y sobre cómo las personas cambiaban su comportamiento de fumar por voluntad propia o como consecuencia de intervenciones externas planeadas terapéuticamente) fueron los primeros esfuerzos por aislar y describir con mayor precisión los componentes y etapas básicas del aún parcialmente conocido proceso de cambio de este comportamiento de riesgo para la salud (Prochaska y DiClemente, 1984 citado en Cabrera, 2001).

A mediados de los años ochenta, nuevos avances en la teoría y práctica generados por diversos grupos de investigación con intereses en la

aplicación de modelos explicativos del comportamiento del consumo de tabaco y de los comportamientos relacionados con la salud, llevaron a la incorporación en el MT de los constructos de autoeficacia, tentación y balance decisorio. Esto ocurrió para reforzar la capacidad de las etapas y procesos de cambio para evaluar y predecir los cambios espontáneos e inducidos en el comportamiento de consumo de cigarrillo (Prochaska, Velicer, 1997 citado en Cabrera 2001).

Premisas del modelo

El MT está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación y de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que respondan a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio.

Las premisas orientadoras de la teoría, la investigación y la aplicación en la práctica del MT indican que (Prochaska y Velicer, 1997):

1. Ninguna teoría o modelo responde totalmente por la complejidad explicativa del cambio comportamental.
2. El cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas.
3. Las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental.
4. La mayoría de las poblaciones de riesgo no están preparadas para actuar y, por eso, no se benefician de los tradicionales programas informativos, educativos o preventivos orientados a los riesgos comportamentales.

5. Sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos e individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos.

6. La prevención en salud, la educación y la promoción de la salud pueden experimentar impactos nunca antes registrados, si incorporasen un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado paradigma de acción.

7. Es necesario aplicar procesos y principios específicos de cambio a etapas específicas de cambio; las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo o individuo.

8. Los comportamientos están dominados de alguna manera por factores biológicos, sociales y de autocontrol.

9. Las intervenciones requieren evolucionar de un reclutamiento reactivo de participantes a uno proactivo.

10. El reto es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental, de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas así como de estrategias que den soporte ambiental a los cambios esperados.

Variables del MT

El MT explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia (Prochaska y Velicer, 1997 citado en Cabrera, 2001).

Etapas del MT

El MT explica el cambio como la progresión a través de una serie de etapas, las cuales son presentadas en el siguiente esquema.

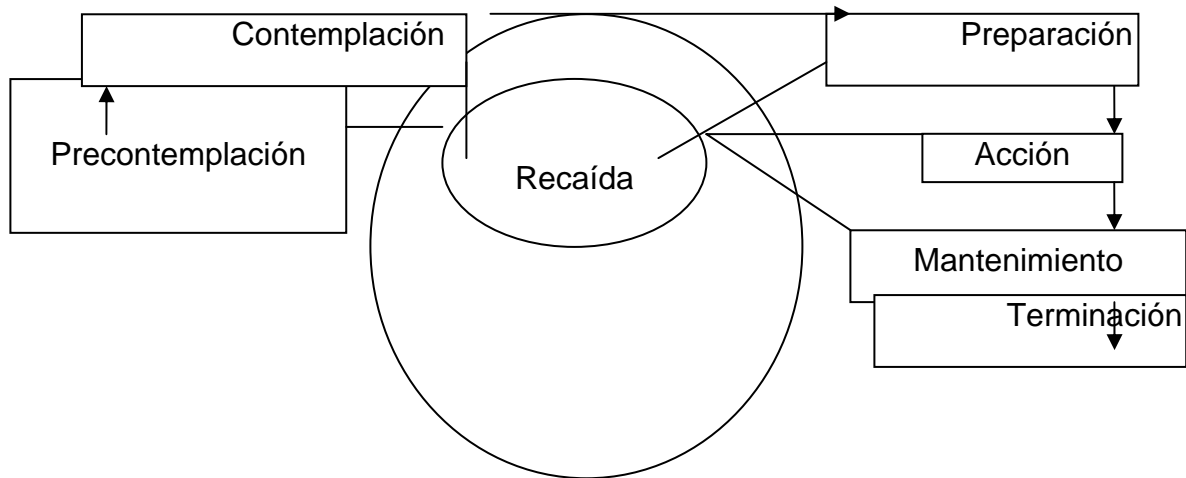


Figura 1. Representación de las etapas del cambio del MT

Precontemplación.

Es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en el lapso de los siguientes seis meses. Un subgrupo de las personas clasificadas dentro de la etapa de precontemplación, puede estar allí por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento. Otro subgrupo puede haber tenido intentos previos, fracasados, de cambiar y ahora están desmoralizados en cuanto a su capacidad de hacerlo. Es frecuente observar que en ambos subgrupos las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones de promoción o educación en salud. Estos programas no involucran a este tipo de personas, por la incoherencia entre

los propósitos de las intervenciones y de las necesidades particulares de los individuos.

Contemplación

Es la etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Los contempladores están conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy grande. Los contempladores comienzan a considerar el cambio pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la cual pueden permanecer por largos períodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, diciéndose a sí mismos que van a cambiar algún día. Individuos así clasificados tampoco son aptos para los propósitos de programas tradicionales orientados a la acción comportamental.

Preparación

Es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días. Personas en preparación, por lo general, ya tienen experiencias concretas con relación al cambio, principalmente en el último año calendario y, además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento. Estas personas tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción y son las típicamente reclutadas por las intervenciones.

Acción

Es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, mensurables y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un

período de tiempo que varía de uno a seis meses. Puesto que la etapa de acción es realmente observable, el cambio del comportamiento ha sido equiparado a la acción a pesar de que, como se describe aquí, es sólo una de las seis etapas del cambio. En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. Es en esta etapa en la que ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

Mantenimiento

Se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.

Terminación

Es la última etapa, en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras.

VARIABLES DEL MT

Prochaska y Velicer, (1997 citado en Cabrera 2001) proponen 4 variables del modelo transteórico:

1. Procesos de cambio: Son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan

regularmente para cambiar su comportamiento y, en la perspectiva de intervenciones promotoras de la salud, son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados. Representan los principios básicos que diversos y reconocidos sistemas de psicoterapia señalan como responsables de cambios comportamentales de los individuos. Son el elemento básico del MT para ser aplicado en el diseño de programas e intervenciones promotoras de la salud con impactos comportamentales directos e indirectos, puesto que catalizan las transiciones de una etapa a otra cualquiera en la secuencia.

2. Balance decisorio: Refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud. La investigación acumulada respecto de este constructo permitió la simplificación de las dimensiones del balance decisorio en pros o beneficios y contra o costos de cambiar.

3. Autoeficacia: Es la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud. Este componente del MT es incorporado específicamente de la teoría cognitiva social de Alberto Bandura. En el proceso de cambio, la autoeficacia demostró ser un factor predictor altamente confiable de la progresión en las etapas de acción y mantenimiento. Durante el cambio, la autoeficacia aumenta linealmente y los niveles de tentación disminuyen.

4. La tentación: Refleja la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores o estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos.

A continuación se presenta la información básica sobre cada uno de los componentes del programa de autocuidado, con base en la cual se diseñará el programa a efectuarse en cada sesión de su aplicación.

Desarrollo personal

El desarrollo personal consiste en una actividad constante del individuo consigo mismo y en relación con los demás para conseguir un óptimo estado de salud, mantener la vitalidad y motivación personal para modificar las conductas y costumbres, permitiendo vivir con éxito y satisfacción en un mundo en constante cambio (Valdivia, 2007).

El desarrollo personal implica desarrollar el autoconcepto, la autoestima, autoeficacia y el autocontrol.

Autoconcepto: proceso psicológico cuyos contenidos y dinamismos son determinados socialmente y que le permiten comprender el conjunto de percepciones, sentimientos, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

Autoestima: según Branden (sin fecha), definió la autoestima como "la disposición a experimentarse uno mismo como un ser competente para enfrentar los retos básicos de la vida y estar pleno de felicidad".

Autoeficacia: es la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud. Es la creencia que tiene el sujeto de que es capaz o no de realizar los actos que demanda una situación particular. Le va a permitir al sujeto predecir su conducta.

Autocontrol: según Goldiamond (1976) es la manipulación efectuada por el propio sujeto de las condiciones que él sabe controlan una determinada respuesta.

Nutrición

Se define como el proceso orgánico de introducción en el aparato digestivo de sustancia alimenticia destinada a proveer los materiales de reconstrucción y las fuentes de energía necesaria para el funcionamiento normal del organismo humano (Estévez y Suárez, 1998).

Alimentación es el proceso de tomar alimento del medio que nos rodea para poder cumplir con las funciones de nutrición

Se define alimento como toda sustancia que puede servir al organismo para recuperar la energía, incluidos el agua y el aire (Unicef, 1989, citado por Estévez y Suárez, 1998).

Proteínas: sirven para la formación de los huesos, músculos del niño y para mantener su cuerpo sano. Se encuentran en las carnes, la leche, el queso, los huevos, el pescado, frijoles y lenteja (Estevez y Suárez, 1998).

La mujer embarazada gasta mucha energía, por eso debe consumir alimentos que le van a dar calorías como arroz, maíz, yuca, papa, pan.

Evitar el consumo de condimentos y alimentos grasosos. Las vitaminas ayudan a que el bebé tenga un buen desarrollo de los glóbulos de la sangre y a que forme defensas contra las enfermedades.

Los alimentos ricos en estas son las frutas y verduras (guayaba, mango, moras, naranja, auyama, zanahoria, lechuga entre otras),

El hígado, las vísceras que son ricas en hierro es necesario para evitar la anemia, que tanto afecta a las mujeres en el embarazo.

Otros alimentos ricos en hierro son huevos, cereales como trigo y la leche y sus derivados (Estévez y Suárez, 1998).

Una alimentación equilibrada proporciona los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del bebé, la calidad de la placenta, mantener el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y postparto, prevenir anemias, activar la producción de la leche (Estévez y Suárez, 1998).

Hacer tres comidas balanceadas que contengan los alimentos básicos. Si resulta difícil ingerir tres comidas fuertes al día, probar comer cantidades pequeñas y con mayor frecuencia.

Siempre que se pueda se debe comer verduras sin pelar, para no perder su valor nutritivo. Para aprovechar al máximo las vitaminas dé las frutas comérselas crudas.

Antes de consumir un alimento empaquetado es importante leer su etiqueta analizando la fecha de vencimiento y el valor nutricional que le aporta.

Combinar alimentos ricos en hierro, con vitamina c para ayudar a la absorción del hierro así mismo se debe evitar tomar con la comida o inmediatamente después té o café porque inhibe la absorción del hierro.

Incluir ensaladas crudas todos los días es ideal. Se debe comer sentada en la mesa y masticar bien los alimentos. Tomar mucha agua contribuye a una buena función renal y evita el estreñimiento. Cada día se le ha dado mayor importancia a la alimentación de la mujer gestante.

Según Serra y Aranceta (2002.) Existen situaciones nutricionales que implican riesgo para el proceso gestacional:

Obesidad y sobrepeso: se asocia con mayor riesgo de hipertensión gestacional, diabetes y preeclampsia.

Hipomagnesemia: la baja del magnesio en el sistema nervioso central debido a su función reguladora intracelular del tono vascular es un factor precipitante del trastorno hipertensivo.

Déficit de calcio: la forma iónica intracelular influye en la contracción del músculo liso, vascular y uterino, el déficit de calcio en la gestante eleva la reactividad y disminuye la refractariedad a los vasopresores, influyendo en los niveles de prostaglandinas dilatadoras, especialmente la prostaciclina predisponiendo a la gestante a trastornos hipertensivos.

Beneficios de una buena nutrición durante el embarazo

El hecho de seguir una dieta nutricionalmente equilibrada y saludable podría mejorar las posibilidades de dar a luz a un bebé de peso normal, mejorar el desarrollo del cerebro del feto, y a la vez disminuir las posibilidades de que surjan complicaciones durante el embarazo. Además, la alimentación sana la beneficiará tanto a usted como a su bebé. Una dieta saludable disminuirá las complicaciones que podrían presentárseles a las futuras mamás durante el embarazo, tales como: anemia, preeclampsia, náuseas matinales, fatiga, y constipación. Una dieta equilibrada y nutritiva también la ayudará a moderar los cambios de humor y le asegurará una recuperación mucho más rápida luego de haber dado a luz a su bebé (Serra y Aranceta, 2002).

Actividad física

Efectos del ejercicio en el embarazo

El ejercicio y el embarazo inducen a la mujer efectos similares (aumento de la frecuencia respiratoria, de la frecuencia cardiaca y de la temperatura corporal), por lo cual la realización de ejercicio durante el embarazo se debe realizar con la autorización del obstetra que controla a la gestante (Palacios, 2000).

Según Palacios (2000). Haciendo ejercicios se pueden obtener beneficios en la condición aeróbica y muscular de la mujer gestante, lo cual facilita el parto, disminuye el tiempo de trabajo de parto, disminuye la cantidad de intervenciones obstétricas, disminuye los signos de compromiso cardiaco Fetal y facilita la recuperación del parto, ya que tiene un efecto psicológico favorable de bienestar.

Beneficios

Durante la adolescencia, el deporte es muy beneficioso porque disminuye el riesgo de sufrir obesidad y diabetes, junto con generar una

mayor capacidad cardiorrespiratoria y un mejor acondicionamiento muscular, todo esto redundando en un adecuado equilibrio metabólico.

Según Palacios (2000) se puede afirmar que las gestantes que realizaban ejercicio físico de mínimo 30 minutos 3 veces por semana, disminuían un promedio de 3-4 kilos que las que no lo hacían y se protegían en cierto grado de la necesidad de cesárea. De otro lado las mujeres que practican ejercicio tienen trabajos de parto más cortos y fáciles, al igual que una rápida recuperación posparto.

Hacer ejercicio regularmente puede traer satisfacciones desde el punto de vista físico y emocional ya que es una buena manera de prepararse para los cambios que sobrevienen durante la gestación.

El ejercicio disminuye los dolores relacionados con el embarazo, principalmente los dolores de espalda, fortalece el suelo pélvico (musculatura que rodea la pelvis) mejora la flexibilidad y la fuerza muscular e incrementa la resistencia y el vigor necesario para el parto (Palacios, 2000).

La preparación física y psicológica para la gestante ayudará a prevenir la depresión postparto y a disfrutar plenamente de la relación con el bebé.

Con un apropiado apoyo anímico y físico se puede disminuir el tiempo de trabajo de parto, la cantidad de intervenciones obstétricas, los signos de compromiso cardíaco fetal y facilitar la recuperación del parto, ya que tiene un efecto psicológico favorable de bienestar (Repullo, 2001).

Un buen grupo de apoyo, sumado a las técnicas de respiración y relajación, ayudará a la mujer gestante a aliviar su estrés.

Ejercicio moderado

Para Repullo (2001) el ejercicio moderado fortalece los músculos que se usarán en el parto, como los del abdomen, la pelvis y la parte baja de la espalda, y mantendrá a la madre en buena forma física y mental; la circulación rápida de la sangre durante el ejercicio, hace que el cuerpo y el

bebé se oxigenen bien. Es probable que el trabajo de parto sea más fácil y más tranquilo si los músculos tienen un tono adecuado.

Actividades sanas:

1. Natación: Este deporte tonifica los músculos y es excelente para vigorizar el cuerpo. Como el agua sostiene el peso, no causa un gran esfuerzo a los músculos y ligamentos por lo cual es difícil que se experimente daños físicos a partir de la práctica de este deporte.

2. Yoga: Aporta muchos beneficios como por ejemplo aumentar la elasticidad del cuerpo y reducir las tensiones. También enseña a controlar la respiración y a concentrarse durante el parto, ambas cosas muy útiles.

3. Caminatas: Aunque no sea habitualmente muy activa la madre puede de todos modos practicar caminatas regulares durante 45 minutos al día. Se debe tratar de caminar erguida con las nalgas firmes bajo la columna, los hombros hacia atrás y la cabeza erguida. Se lleva siempre calzado bajo y cómodo.

4. Danza: Puede ser una actividad muy agradable para tonificar el cuerpo. En tanto no se haga con demasiada fuerza se puede bailar todo lo que se quiera durante el embarazo

Relaciones Interpersonales

Según Olivares, Mendez y Ros (1996) las relaciones interpersonales como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonal, que expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, que conversa, que defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de problemas en las interacciones sociales

En cualquier relación interpersonal un sujeto persigue tres objetivos generales: a) alcanzar la meta que se ha marcado, b) fomentar una relación positiva con la otra persona, y c) mantener su autosatisfacción .

La importancia de los objetivos a y b varía según las situaciones sociales. El objetivo c debe conseguirse en toda interacción, por que si no el sujeto podrá experimentar depresión, ira u otra reacción negativa.

La conducta social puede agruparse en tres tipos:

1. Elementos expresivos: a). verbales o contenido del habla; b). paralinguístico o aspectos de la voz, como el volumen, el tono, la fluidez y c). no verbales o factores distintos de los de la comunicación verbal como la mirada, la expresión de la cara; los gestos de las manos la postura del cuerpo, la proximidad al interlocutor, la apariencia personal.

2. Elementos receptivos: a). atención prestada al interlocutor; b) percepción de los elementos expresivos del interlocutor y c). evaluación o valoración de las respuestas sociales del interlocutor

3. Elementos interactivos: a). duración de la respuesta o proporción de tiempo de habla del sujeto y del interlocutor y b). turno alternante regulado por ciertas señales como el contacto ocular, las variaciones en la entonación.

A su vez la conducta social se ve influida por los siguientes determinantes situacionales:

1. Los contextos sociales con los que habitualmente se desenvuelve el sujeto ya sea familiar, laboral, de amistades o servicios;

2. Las personas con las que se relaciona el sujeto, tanto sus características como su número, influyen también en la conducta social. Estas variables son: a). Edad: sujetos mayores, de la misma edad o menores; b). Sexo: personas del mismo sexo o del sexo contrario; c). Grado de conocimiento: individuos muy conocidos, conocidos o desconocidos; d). Nivel de autoridad: superiores, iguales o subordinados y e). Número de personas; una, varias o muchas.

La conducta social es diferente dependiendo de la situación interpersonal. El comportamiento con un extraño, ante un público o en una

situación de servicios es más formal que con un conocido, en una situación de pequeño grupo o en familia; así, al interlocutor se le suele tratar de usted en los primeros casos y tutear en los segundos.

Estrés

El término estrés fue utilizado en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. A finales del siglo XVIII, Hocke utilizó esta palabra en el contexto de la física, aunque este uso no se sistematizó hasta principios del siglo XIX. El concepto de estrés persistió y en la medicina del siglo XIX se consideró como antecedente de la pérdida de salud (Lazarus y Folkman, 1986), lo cual indica que se comenzó a identificar la relación existente entre esta problemática y los trastornos de tipo fisiológico.

En el siglo XX, el fisiólogo americano Cannon (citado por Lazarus y Folkman, 1986) consideró el estrés como una perturbación de la homeóstasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, entre otros, y aunque utilizó este concepto de manera fortuita, se aproximó a la medición del estrés, refiriéndose a éste en términos de grados.

Posteriormente, al analizar los datos de las investigaciones clásicas de Cannon sobre la estimulación del sistema nervioso simpático y la descarga de adrenalina que produce modificaciones cardiovasculares, preparando así al cuerpo para la defensa; el médico y científico Hans Selye observó que existe una respuesta estereotipada que se presenta frente a las tareas exigentes (Bensabat, 1984).

Así, Selye utilizó el término estrés desde un sentido técnico diferente, definiéndolo como “el estado manifestado por el síndrome general de adaptación (Selye, 1984, p. 24), lo cual implica un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estimulación nociva, incluidas las amenazas psicológicas. Esta conclusión se obtuvo al identificar que pacientes con diversas enfermedades presentaban señales similares, tales

como la pérdida de peso y de apetito, una disminución de la fuerza muscular y una carencia de ánimo para llevar a cabo cualquier actividad.

Posteriormente, Wolf (citado por Lazarus y Folkman, 1986), consideró el estrés como una reacción del organismo ejercida por la presión de las demandas del entorno y los agentes nocivos, resaltándose la importancia del ambiente dentro de la presentación de esta problemática.

Respecto a los hechos históricos que contribuyeron al desarrollo del concepto de estrés, Lazarus y Folkman (1986) plantean que la segunda guerra mundial movilizó las teorías e investigaciones sobre el estrés, dado que se produjo un importante interés por conocer el efecto de éste sobre el rendimiento en el combate, considerando que podría aumentar la vulnerabilidad de los soldados a las lesiones o a la muerte y debilitar el potencial de acción efectivo de combate de un grupo. La guerra de Corea permitió realizar nuevos y diversos estudios dirigidos a identificar el efecto del estrés sobre la secreción de hormonas adrenocorticales y sobre el rendimiento del individuo. De igual manera, la guerra de Vietnam contribuyó a la investigación sobre el estrés y sus consecuencias psicológicas y fisiológicas, bajo la influencia del modelo de Selye.

Teniendo en cuenta estos referentes, Lazarus y Folkman (1986) retoman la teoría de Wolf y la postura de Selye y resaltan la importancia que tienen cada uno de estos postulados, debido a las siguientes razones:

I. El término estrés como se utiliza en la física, se refiere a la deformación que sufre un cuerpo debido a la presión que sobre él ejercen fuerzas ambientales. Dentro del campo de la biología, indica un proceso activo de resistencia, demostrando que el cuerpo realiza esfuerzos adaptativos iniciales para el mantenimiento o devolución del equilibrio.

Lo anterior explica la influencia del ambiente dentro del mecanismo del estrés y permite compararlo desde la perspectiva del proceso biológico de defensa con el proceso psicológico denominado afrontamiento, debido a la existencia de similitudes entre los mismos.

2. El concepto de estado dinámico señala la importancia de contemplar diferentes aspectos de los procesos de estrés, tales como los recursos necesarios para el afrontamiento, su costo, incluyendo enfermedad y agotamiento, y sus beneficios.

Esta mirada sobre el estrés, dirige la atención hacia la relación existente entre el organismo y el entorno, la interacción y la retroalimentación, lo cual disminuye el riesgo de realizar definiciones incompletas e inadecuadas, basadas solamente en lo que ocurre dentro del organismo o fuera de él.

Por otra parte, desde la década de los sesenta se ha avanzado hacia la aceptación del estrés como un aspecto inherente a la condición humana, cuyas diferencias radican en las formas de afrontamiento que definen los procesos de adaptación y por ende, el tipo de funcionamiento social de los individuos (Lazarus y Folkman, 1986).

Es así como el interés por el estrés en sí mismo se desplazó en cierta medida hacia el afrontamiento; Lazarus y Folkman (1986) mencionan cinco hechos que estimularon éste interés: a) la importancia de las diferencias individuales, b) el resurgimiento del interés en materia psicosomática, c) el desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y de estilos de vida con elevado riesgo para la salud, d) el crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida y e) una tendencia cada vez mayor a considerar el papel del entorno en los problemas del hombre.

Evaluación cognitiva

Lazarus y Folkman (1986) afirman que existen diversos factores en el individuo y en el entorno cuya interacción define el estrés y sus posibles consecuencias, por lo cual deben considerarse para entender adecuadamente las reacciones psicológicas.

Los eventos que son estresantes para una persona en un momento dado, no necesariamente lo son para otra; por lo tanto, no se puede definir la

respuesta de estrés haciendo referencia únicamente a las condiciones ambientales, sin considerar la evaluación que el individuo realiza a cerca de las situaciones.

Es así como la evaluación cognitiva se define como un proceso evaluativo que determina por qué y en qué medida una relación específica o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es considerada estresante. Este proceso se realiza de manera constante frente a los diferentes estímulos ambientales a los que la persona debe enfrentarse y permite condiciones para la adaptación del ser humano, ya que facilita la distinción entre las situaciones favorables y las que amenazan el bienestar. Esta distinción es compleja, debido a que depende del sistema cognitivo de la persona y de la flexibilidad del mismo, obtenida a través de la experiencia (Lazarus y Folkman, 1986)

Por tanto, el concepto de valoración hace referencia a las consecuencias que puede provocar un acontecimiento dado en una persona, relacionadas tanto con la evaluación del significado personal de un evento, como con la adecuación de los recursos de afrontamiento que posee el individuo (Barra, 2003).

A partir de lo anterior, Lazarus y Folkman (1986) afirman que se hace más evidente la necesidad de adoptar una perspectiva relacional, considerando particularmente importante identificar la naturaleza de la relación y sus consecuencias adaptativas.

Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas por Krantz y Lazarus y Folkman (citados por Lazarus y Folkman, 1986) sobre la relación existente entre la evaluación cognitiva, la emoción y las estrategias de afrontamiento, se concluye que la forma en la que los individuos evalúan un acontecimiento estresante ejerce una gran influencia sobre el proceso de afrontamiento que se desarrollará y sobre la reacción emocional. Por lo tanto, la evaluación cognitiva se establece como un proceso mediador fundamenta!

en la aparición de cogniciones, emociones y conductas subsiguientes a un acontecimiento estresante, lo cual permite entender las diferencias individuales y los modelos o patrones de reacción.

Por otra parte, al analizar que en la valoración se consideran tanto las demandas como la capacidad para afrontarlas, Lazarus y Folkman (1986) plantean dos tipos de evaluación: Primaria y secundaria. Folkman afirma que la valoración primaria de un evento involucra la valoración de su significado personal, mientras que la valoración secundaria tiene que ver con los recursos de afrontamiento; por lo tanto, estos tipos de valoración determinan el grado en que la situación es evaluada y la intensidad de las respuestas emocionales que acompañan esas evaluaciones (Barra, 2003).

Teniendo en cuenta las características de los dos tipos de evaluación, Dobson y Neufeld (citados por Lazarus y Folkman, 1986) respecto a la utilidad de separarlas, afirman que deben considerarse como procesos interdependientes y mutuamente influyentes, aunque se deriven de fuentes distintas dentro del mismo planteamiento. Lo anterior implica que el proceso de identificación de la evaluación cognitiva primaria y secundaria debe realizarse en un solo momento, considerando su relación directa. Esta relación es importante ya que determina el grado de estrés y la intensidad, calidad y contenido de la respuesta emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

Evaluación cognitiva primaria

Lazarus y Folkman (1986, citados por Caruano, 2003), definen la evaluación cognitiva primaria como un acto de evaluación en el cual el individuo juzga el significado de una transacción específica con el entorno, con respecto a su bienestar.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres clases de evaluación primaria: (a) irrelevante, (b) benigna-positiva y (c) estresante. Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, pertenece a la categoría irrelevante, ya que si no se presenta interés por las

posibles consecuencias o si el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso, la persona no pierde ni gana en la transacción.

Las evaluaciones benigno-positivas se realizan si las consecuencias de la interacción se valoran como positivas, es decir, si preservan el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Estas evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras tales como alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad. Sin embargo, los autores afirman que las evaluaciones totalmente benigno-positivas, sin cierto grado de aprehensión son poco frecuentes.

Por último, entre las evaluaciones estresantes, Lazarus y Folkman (1986) incluyen aquellas que significan daño/pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño/pérdida cuando el individuo se ha visto perjudicado, siendo los acontecimientos más perjudiciales aquellos en los que se pierden compromisos importantes, es decir, situaciones valoradas por el individuo como significativas o relevantes.

La valoración de amenaza hace referencia a aquellos daños o pérdidas que aunque no han ocurrido, se prevén. Si el evento ya ha tenido lugar, se puede considerar igualmente amenazante si se contemplan las implicaciones negativas que toda pérdida conlleva para el futuro. La importancia adaptativa primaria de la amenaza se distingue del daño/pérdida ya que permite el afrontamiento anticipatorio; en la medida en que el futuro es predecible, el ser humano puede planear y tratar por anticipado algunas de las dificultades que se espera encontrar (Lazarus y Folkman, 1986).

La tercera y última clase de evaluación corresponde al desafío, la cual según Lazarus y Folkman (1986) es una evaluación estresante en la que predomina la oportunidad de dominio o ganancia, pero en la que también hay cierto grado de riesgo. Es decir, aparece en situaciones que implican un gran esfuerzo para la persona y al mismo tiempo pueden generarle una gran satisfacción.

Esta valoración tiene mucho en común con la amenaza, en el sentido de que las dos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia principal radica en que el desafío requiere una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras; mientras que la amenaza produce principalmente una valoración del potencial lesivo, acompañado de emociones negativas. Si la amenaza asociada al riesgo es mínima, el individuo no tendrá motivos para emplear estrategias defensivas para regular la actividad emocional y cognitiva (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) respecto a la evaluación de esta variable, afirman que debe identificarse en un determinado contexto, solicitando al individuo que indique lo que se halla en juego y hasta que punto es importante para él. Es decir, la persona puede describir una determinada interacción estresante y luego evaluar en qué medida se hallan implicados cada uno de sus intereses.

Evaluación cognitiva secundaria

La evaluación cognitiva secundaria es un complejo proceso evaluativo que se realiza sobre las opciones de afrontamiento, el cual tiene como objetivo establecer si se puede modificar la situación y aplicar una estrategia particular de manera efectiva. Esta valoración debe ejecutarse ante cada confrontación estresante, ya que los resultados de la interacción dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo y de lo que está en juego (Lazarus y Folkman, 1986).

De igual manera, Latorre (1992) afirma que la evaluación secundaria es más que un simple ejercicio intelectual, ya que busca el reconocimiento de los recursos y opciones de afrontamiento frente al estresor, ya sean físicos, sociales, psicológicos o materiales.

Según Barra (2003) la valoración secundaria, además permite identificar si las habilidades y recursos son suficientes para enfrentar la

situación y combatir el desafío, la amenaza o el desafío que representa el evento. Estos recursos están determinados por la experiencia con situaciones similares, las habilidades adquiridas y la capacidad para planificar y llevar a cabo estrategias adecuadas; además determinan el tipo de respuesta que se aplicará para enfrentar la situación y las reacciones emocionales desencadenadas a partir del afrontamiento.

El estrés durante el embarazo

El embarazo es una etapa especial de la vida para la mujer y su familia. Es una época de muchos cambios: en el cuerpo de la mujer gestante, en sus emociones y en la vida familiar. Aunque estos cambios ocurren por un motivo feliz, a menudo representan un mayor estrés en la vida de las mujeres gestantes activas que ya enfrentan muchas exigencias en su casa y en su trabajo. Sin embargo, el estrés no es completamente negativo. Cuando se maneja adecuadamente, el estrés puede proporcionarnos la fuerza necesaria para enfrentar nuevos desafíos. Es probable que la mujer gestante (o cualquier otra persona) que siente que sabe manejar bien su estrés (que se cuida, que siente energía en lugar de cansancio y que funciona bien en casa y el trabajo) no se exponga a riesgos de salud a causa de su estrés (Bernardo, 2004).

Sin embargo, cuando el estrés físico o emocional se acumula y alcanza niveles excesivos, puede ser perjudicial para la mujer gestante. Los efectos a corto plazo del exceso de estrés incluyen fatiga, insomnio, ansiedad, poco o demasiado apetito y dolores de cabeza y de espalda. El sufrir mucho estrés durante un período de tiempo prolongado puede contribuir a provocar problemas de salud potencialmente graves, como una menor resistencia a las enfermedades infecciosas, alta presión arterial y enfermedades cardíacas. Los estudios también sugieren que los niveles elevados de estrés pueden suponer riesgos especiales durante el embarazo.

Adherencia al tratamiento

Es una necesidad básica reconocer que nosotros como psicólogos de la salud tenemos una gran responsabilidad con los diferentes pacientes y casos en general que se presenten en nuestro ejercicio profesional y no debemos olvidar que la salud física depende en gran manera de la salud mental de las personas, por tanto debemos reconocer que nuestra labor es un soporte fundamental para el éxito de cualquier tipo de tratamiento en el área de la salud; sabemos que uno de los problemas más graves en el ámbito de la salud es la falta de adhesión o compromiso de parte de los pacientes frente a un tratamiento; Encuestas realizadas a profesionales de la salud indican que uno de los rasgos identificados como más desalentadores en la práctica clínica es la escasa adherencia que muestran los pacientes a los tratamientos (Haynes, 1969, citado en Ruales y Robles, 1999). Conductas que ponen lo anterior de manifiesto son, por ejemplo el abandono prematuro de los tratamientos, la falta de disciplina en la toma de medicación, un fracaso para evitar las conductas prescritas o la falta de seguimiento de los consejos dados por los profesionales. Esta problemática está impidiendo un buen desarrollo en los tratamientos médicos en general provocando deterioro de las vidas humanas y además siendo un factor de pérdida de tiempo y dinero por parte de las entidades prestadoras de salud, es allí entonces donde se ve óptima la labor del psicólogo de la salud al ocuparse de promover las conductas y hábitos saludables y prevenir posibles dificultades graves que se puedan presentar por la falta de adhesión al tratamiento de cualquier tipo de enfermedad.

Antes de considerar con mayor detalle el problema, haremos referencia a dos términos que han sido empleados de manera intercambiable en numerosas ocasiones: Cumplimiento y adherencia. “Cumplimiento hace referencia normalmente a la obediencia del paciente para seguir las instrucciones y prescripciones de los profesionales de la salud; según

numerosos autores, el término cumplimiento denota un rol pasivo en el que el paciente sigue fielmente los consejos y directrices que se le marcan”

El término adherencia por el contrario, se emplea para hacer referencia a (Di Mateo y Di Nicolás, 1982, citado en Puerrez, 2001): “Una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado”

Los pacientes que se adhieren a las instrucciones recibidas son contemplados como sujetos que están de acuerdo con un plan consensuadamente aceptado, en cuya elaboración han podido contribuir, o donde al menos han aceptado la importancia de realizar las acciones concretas que conforman dicho programa. La adherencia cubre una variedad de conductas diversas en las que se incluyen (Meichenbaum y Turk, 1991 citado en Ruales y Robles, 1999):

1. Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
2. Mantener las horas de consulta y acudir a las revisiones.
3. Tomar correctamente la medicación prescrita.
4. Llevar a cabo conductas adecuadas en el estilo de vida (alimentación, ejercicio, manejo de estrés, etc.)
5. Realizar correctamente el régimen domiciliario.
6. Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (fumar, beber, etc.)”

Es desafortunado darnos cuenta que en la mayoría de casos de enfermedad esta serie de conductas no se cumplen ni siquiera en un 50% ; además se debe tener en cuenta que según la enfermedad las conductas suelen ser negativas o positivas; Por ejemplo en algunos casos de cáncer el paciente no quiere colaborar ni comprometerse con el tratamiento asignado, llegando en algunos caso a querer morir rápidamente para no tener que padecer el tratamiento, por que en realidad el paciente en muchos casos ve

el tratamiento como un padecimiento; Es indiscutible que en otros casos el paciente se siente comprometido con su tratamiento pero se observa claramente que se necesita un alto apoyo social y afectivo para llevarlo a cabo con éxito; estos eventos nos demuestran que la adhesión al tratamiento tiene un componente individual y un componente colectivo que permite gestionar y llevar a buen término el proceso de tratamiento asignado a una determinada enfermedad con un individuo o con una población identificada.

El paciente puede tener pensamientos inadecuados con respecto a su salud e inclusive en muchos casos ni siquiera reconoce la importancia que tiene el hecho de iniciar y cumplir con objetivos para la recuperación de su salud así que deciden desentenderse de su propio problema de salud llegando incluso a irrumpir su proceso de tratamiento y en otros casos ni siquiera lo comienzan argumentando que no es necesario y que están muy bien.

Como hemos visto, los pacientes tienen sus propias representaciones y creencias acerca de la salud, la enfermedad y también sobre la eficacia potencial de cualquier acción terapéutica. A veces, las creencias de los pacientes se basan en concepciones erróneas, informaciones equivocadas, distorsiones negativas y mitos culturales tales como:

1. "Únicamente se toma medicinas cuando sé esta enfermo y no cuando uno se siente bien.
2. De vez en cuando hay que dar un descanso al organismo y no tomar medicinas.
3. No siento que este fármaco me esté haciendo nada.
4. El señor curará mi enfermedad.
5. Mi dolor tiene que tener una causa orgánica; realizar los ejercicios no va a producir ninguna diferencia

6. Como sabré si sigo necesitando las pastillas si continuo tomándolas.”

Pero hay veces en que la decisión del paciente en no seguir el régimen terapéutico puede ser el resultado lógico y racional de un proceso de toma de decisiones activo, tal y como pone de manifiesto el modelo, de auto-regulación. Desde la perspectiva del profesional de la salud, la falta de adherencia puede contemplarse como el producto de alguna deficiencia por parte del paciente (por ejemplo, ignorancia, olvido, falta de voluntad o ausencia de motivación).

Ahora bien numerosos autores (Adelman y Taylor, 1986; Janis, 1984; Leventhal, Zimmerman y Gutmann, 1984) han definido que la falta de adhesión terapéutica no tiene que ser siempre necesaria y forzosamente inadaptativa, ya que en algunas circunstancias puede resultar incluso adaptativa. La falta de adherencia puede representar un intento del paciente por ganar algún control sobre su enfermedad y el tratamiento.

Por otra parte, los pacientes tienen en su mayoría, sus propias expectativas sobre los problemas que les aquejan y cómo deberían abordarse. Normalmente tienen un modelo explicativo sobre su enfermedad y sobre la etiología, curso, pronóstico y tratamiento de la misma. Teniendo en cuenta estos diversos factores que influyen en la no adherencia al tratamiento es necesario lograr que el paciente conozca su problemática, identifique sus debilidades y fortalezas a través del reconocimiento de su realidad actual y de su proyección de vida, teniendo en cuenta sus objetivos a corto y largo plazo; solo logrando que haya un reconocimiento concienzudo de sus pensamientos, sentimientos y actitudes puede haber un reconocimiento de la importancia de desarrollar estrategias de solución frente a su problemática y se puede lograr que el paciente se apropie de alcanzar sus metas y objetivos.

MARCO CONCEPTUAL

La orientación del proceso de educación para el autocuidado saludable en las adolescentes embarazadas se basó en la definición de salud por la OMS la cual afirma que salud es un completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo como ausencia total de enfermedad. Por otra parte agrega a este concepto la importancia de la ejecución de acciones tendientes a conseguirla mediante la actividad básica que es la educación; por lo tanto a las adolescentes en la transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta les implica cambios psicosociales, cognitivos y físicos. El embarazo en la adolescencia ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

Para orientarles el proceso de autocuidado saludable a las adolescentes se partió de la concepción individual que tiene cada una de sí mismo y del estar sana o enferma, la conducta ó conductas de evaluación, toma de decisiones relacionadas con la salud en el contexto social normal de la vida cotidiana y de autocontrol y todos ellos como elementos para alcanzar la salud.

Latorrey Beneit (1994) afirma que los comportamientos que potencian un estado de salud general y pueden convertirse en hábitos de salud, deben ser una conducta firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo. Los hábitos de salud son muy resistentes al cambio; pero con las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva; así como con las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y

diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formulación de políticas sanitarias se puede lograr el autocuidado saludable en las adolescentes gestantes.

La educación para la salud es un proceso permanente que debe iniciarse en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva, adquiriendo hábitos de salud que son respuestas específicas relacionadas con la salud que están firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo y que se ponen en marcha de una forma automática.

La actividad constante del individuo consigo mismo y en relación con los demás para conseguir un óptimo estado de salud, mantener la vitalidad y motivación personal para modificar las conductas y costumbres, permitiendo vivir con éxito y satisfacción en un mundo en constante cambio lo conllevan a un desarrollo, con relaciones interpersonales recíprocas entre y la habilidad para comunicarse efectivamente.

Para obtener una buena salud la adolescente gestante o cualquier persona debe preocuparse por una buena nutrición ya que esta le permite la introducción en el aparato digestivo de sustancias alimenticias destinadas a proveer los materiales de reconstrucción y las fuentes de energía necesaria para el funcionamiento normal del organismo humano en la actividad física recreativa que se realiza en momentos de ocio ayudándole a controlar el estrés adhiriéndose fácilmente al tratamiento médico y al programa que es una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

METODOLOGIA

Tipo de investigación

La presente investigación fue de tipo explicativo como tal busca establecer una relación de causalidad determinando los efectos de una variable independiente sobre una variable dependiente ósea los efectos del programa psicoeducativo en autocuidado sobre los comportamientos de autocuidados saludable.

Enfoque

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo porque su objetivo fué determinar los niveles numéricos de los indicadores de autocuidado saludable antes y después de la implementación del programa, intervinieron las variables dependiente e independiente y la utilización de un instrumento psicométrico para la recolección de datos y pruebas estadísticas para la interpretación de la información.

Tipo de diseño

Esta investigación utilizó un diseño de Experimento Verdadero con preprueba, postprueba y grupo control (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos ®, se les administra simultáneamente la preprueba (O1 y O3), posteriormente un grupo (grupo experimental – G1 recibió el programa de intervención psicoeducativo (X) y el otro grupo (grupo control - 62) no (-); finalmente se les administró de forma simultánea una postprueba (O2 Y O4) (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Diagrama del diseño (Hernández, Fernández y Baptista, 1991)

Grupos	Procedimiento
RG ₁	O1 X O2
RG ₂	O3 - O4

Población

La población estuvo conformada por adolescentes atendidas en el hospital Divino Niño de la ciudad de Tumaco, que se encontraban entre el primer y segundo trimestre de gestación.

Sujetos

Los sujetos con quienes se realizó esta investigación fueron 30 adolescentes de 15 a 19 años en su primer o segundo trimestre de gestación escogida aleatoriamente de entre las atendidas en el Hospital Divino Niño e inscritas para participar en el programa de autocuidado. De las 30 seleccionadas se asignó aleatoriamente 15 al grupo experimental y 15 al grupo control.

Variables

Independiente

Programa de educación para el autocuidado saludable.

Dependiente

Comportamientos de autocuidado identificados mediante el Cuestionario de estilo de vida promotor de la salud (Walker y Colbs, 1990; adaptado por Flórez, 1994).

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

La implementación del programa de educación para el autocuidado saludable incrementa los indicadores de los comportamientos de autocuidado de las adolescentes gestantes.

Hipótesis nula

La implementación del programa de educación para el autocuidado saludable no incrementa los indicadores de los comportamientos de autocuidado de las adolescentes gestantes.

Hipótesis estadísticas

Primera hipótesis de trabajo

La medición en la postprueba de indicadores de comportamientos de autocuidado es mayor que la medición en la preprueba.

Segunda hipótesis nula

La medición en la postprueba de indicadores de comportamientos de autocuidado en el grupo experimental es menor que o igual a la medición en la preprueba.

Segunda hipótesis de trabajo

La medición en la postprueba de indicadores de comportamientos de autocuidado en el grupo experimental es mayor que la medición en el grupo de control en la preprueba.

Segunda hipótesis nula

La medición en la postprueba de indicadores de comportamientos de autocuidado en el grupo experimental es menor que o igual a la medición en el grupo de control en la preprueba.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en siete fases, según el modelo Transteórico (MT) para el cambio en comportamientos saludables Prochaska y DiClemente (1979 citado en Cabrera 2001) que orientó los objetivos y procedimientos del programa, motivó el proceso de cambio en los comportamientos de autocuidado y ayudó a obtener efectividad en el logro de resultados.

En la primera fase se realizó publicidad para la selección de los grupos de acuerdo a los criterios establecidos. Las adolescentes en un inicio no expresaron intención de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, unas por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su

comportamiento y otras por intentos previos fracasados de cambiar, manifestando desinterés por leer, hablar y pensar sobre los comportamientos de riesgo que podrían ser modificados.

En la segunda fase mediante dinámicas de integración y exposiciones claras se sensibilizó a las adolescentes gestantes para que llegaran a la necesidad de comprometerse a participar en el programa para mantener un mejor cuidado de su salud. Expresaron su intención de cambio reflejado en la asistencia a la socialización del proyecto y preguntas personales sobre necesidades específicas y problemas y temas relacionados con el proceso de su embarazo con el interés de evitar complicaciones en él



Figura 2. Fotografía de la socialización del proyecto.

En la tercera fase se confirmó el grupo de las adolescentes que aceptaron participar en el programa quienes firmaron el formato de acta de compromiso. Participaron de modo constante en la realización de las actividades planeadas como: autoinstrucción, debate cognitivo, diarios personales, entrenamiento en habilidades sociales, juegos de roles, modelado .y así confirmaron su decisión:

En la cuarta fase se aplicó la preprueba con el cuestionario estilo de vida promotor de la salud a los grupos de adolescentes gestantes.

En la quinta fase se incremento el entrenamiento en las técnicas trabajadas en sesiones anteriores, observando el desempeño en ellas de cada participante y dándoles el refuerzo positivo cuando fue necesario y ofreciéndoles retroalimentación aprobatoria o correctiva según el caso

En la sexta fase correspondiente a la etapa de mantenimiento se consolidaron los avances logrados durante la etapa de acción aplicando autorrefuerzos. Se evidenció el logro de los objetivos del programa psicoeducativo mediante la aplicación postprueba del cuestionario estilo de vida promotor de la salud.

En la séptima fase se efectuó el análisis estadístico para establecer diferencia significativa entre preprueba y postprueba. Para esto se utilizó el programa estadístico stat graphics e interpretación y conclusión. Luego se hizo la discusión de los resultados, se sacaron conclusiones y recomendaciones

En la octava fase se efectuó socialización a la comunidad y retroalimentación de la investigación

Instrumento de recolección de Información

Cuestionario estilo de vida promotor de la salud de Walker, Pender y otros (1990) adaptado por Flórez (1994)

Este cuestionario consta de 48 preguntas en un formato de respuesta de 4 puntos: donde 1= nunca, 2= a veces, 3= frecuentemente, y 4= rutinariamente. Está conformado por seis subescalas o categorías: desarrollo personal (DP), nutrición (N), actividad física (AF), manejo del estrés (ME), adherencia al tratamiento (AT) y relaciones interpersonales (RI); cada subescala tiene diferente números de preguntas, las subescalas son puntuadas según el significado de las respuestas a las preguntas dentro de la subescala. Igualmente, se calculó un puntaje total de estilo de vida promotor de salud según el significado de las respuestas a todas las 48

preguntas y se establecieron los rangos de acuerdo a la puntuación mínima y máxima posibles en cada subcategoría.

Fiabilidad: La consistencia interna medida por el coeficiente alfa es de 0,92 para la escala total y de 0,70 a 0,90 para las subescalas. Estos coeficientes reflejan fiabilidad modesta a alta y están dentro del rango aceptable para los instrumentos en las fases tempranas de investigación (Nunnally, 1978).

La validez del contenido fue determinada por comparación con el conjunto de ítems de un instrumento en inglés ya validado.

La validez de constructo fue confirmada por el análisis factorial realizado con una muestra hispana, cuyo resultado fue establecer seis dimensiones en el estilo de vida promotor de la salud, de manera similar al resultado obtenido por otro estudio factorial realizado con población Anglo. (Walker, Sechrist, Pender, 1987 p77)

Conceptualización de las categorías

Se enuncia a continuación el significado de cada categoría según Wualker, pender (1987, citado en Florez, 2001): El desarrollo personal (DP) consiste en una actividad constante del individuo consigo mismo y en relación con los demás para conseguir un óptimo estado de salud, mantener la vitalidad y motivación personal para modificar las conductas y costumbres, permitiendo vivir con éxito y satisfacción en un mundo en constante cambio

Las relaciones interpersonales (RI) consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas. Involucran los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno/una

La nutrición (N) se define como el proceso orgánico de introducción en el aparato digestivo de sustancias alimenticias destinadas a proveer los

materiales de reconstrucción y las fuentes de energía necesarias para el funcionamiento normal del organismo humano.

La actividad física (AF) es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado período de tiempo, ya sea en su trabajo o actividad laboral y en sus momentos de ocio.

El estrés (E) es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga.

La adherencia al tratamiento (AT) es una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Instrumentos para evaluar los comportamientos de autocuidado según las etapas del Modelo Transteórico

Precontemplación: cuestionario estilo de vida promotor de la salud (Ver anexo C)

Contemplación: acta de compromiso, (Ver anexo B).

Preparación: tareas para la casa, (Ver anexo c), formato de preguntas (Ver anexo K, y M), formato de proyecto de vida (Ver anexo D), formato del registro de alimentación diaria (Ver anexo F) formato de los grupos de alimentos (Ver anexo I), taller sobre casos para recolectar información sobre adherencia al tratamiento (Ver anexo M)

Acción; autoregistro de tareas para la casa, dramatización, lluvia de ideas, autoevaluación proyecto de vida (Ver anexo E), autoregistro de actividad física (Ver anexo J) autoregistro con los grupos de alimentación adecuados para su salud (Ver anexo H), formato del registro de la técnica de relajación (Ver anexo L), diarios personales

Mantenimiento: formato de ejercicio de construcción de saberes (Ver anexo G), cuestionario de adherencia al tratamiento (Ver anexo N), Cuestionario estilo de vida promotor de la salud (Ver anexo B)

Plan de análisis de datos

Para llevar acabo el análisis de los datos obtenidos se aplicó la prueba estadística t de student, con la cual se comparó los resultados obtenidos en el cuestionario estilo de vida promotor de salud, anteriores al programa de intervención, con los resultados posteriores a este, encontrados en los dos grupos que participaron en la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico.statGraphics.plus.3.1

CATEGORÍA	PREPRUEBA			POSPRUEBA		
	Porcent.	Etapas del M. T.	Indicadores	Porcent.	Etapas del M. T.	Cambios cognitivos comportamentales
DESARROLLO PERSONAL	B: 0	-	-	B: 0	-	Entre los cambios más evidentes se lograron seguridad en sí mismas, aumento en el amor propio, mejoría en la apariencia física, mejoría en el manejo de las emociones
	M: 20%	Precontemplación	No se acepta a sí misma	M: 0	-	
	A: 80%	Preparación	Cree en sus habilidades y destrezas	A: 0	-	
	MA: 0	-	-	MA: 100%	Acción	
CATEGORÍA	PREPRUEBA			POSPRUEBA		
	Porcent.	Etapas del M. T.	Indicadores	Porcent.	Etapas del M. T.	Cambios cognitivos comportamentales
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	B: 0	-	-	B: 0	-	Se logró que las participantes tomaran parte y continuaran con el tratamiento, acudieran a las consultas y revisiones programadas, tomaran correctamente la medicación prescrita y se apropiaran del programa de autocuidado saludable, llevando conductas adecuadas en el mejoramiento de su estilo de vida.
	M: 47%	Precontemplación	No hay real conciencia de las ventajas de proseguir con el tratamiento descrito.	M: 0	-	
	A: 53%	Preparación	Existe aceptación por las indicaciones descritas sin embargo no terminan con proceso.	A: 0	-	
	MA: 0	-	-	MA: 100%	Acción	

CATEGORÍA	PREPRUEBA			POSPRUEBA		
	Porcent.	Etapas del M. T.	Indicadores	Porcent.	Etapas del M. T.	Cambios cognitivos comportamentales
ACTIVIDAD FÍSICA	B: 0	-	-	B: 0	-	Se logró que las participantes obtuvieran una rutina de ejercicios acompañado de sus familiares en especial de su pareja, bajo el control del medico tratante
	M: 100%	Contemplación	No encontraron el valor implícito a la importancia de la actividad física en el periodo de gestación.	M: 0	-	
	A: 0	-	-	A: 13%	Acción	
	MA: 0	-	-	MA: 87%	Mantenimiento	
CATEGORÍA	PREPRUEBA			POSPRUEBA		
	Porcent.	Etapas del M. T.	Indicadores	Porcent.	Etapas del M. T.	Cambios cognitivos comportamentales
NUTRICIÓN	B: 0	-	-	B: 0	-	Se logró que las participantes obtuvieran una adecuada aprehensión de los cuatro grupos de alimentos que se deben ingerir teniendo en cuenta la edad, estatura y sus particularidades en su proceso de gestación.
	M: 20%	Contemplación	Desconocimiento del valor nutricional.	M: 0	-	
	A: 80%	Acción	A pesar de la alimentación extra no era balanceada.	A: 0	-	
	MA: 0	-	-	MA: 100%	Acción y Mantenimiento	

CATEGORÍA	PREPRUEBA			POSPRUEBA		
	Porcent.	Etapas del M. T.	Indicadores	Porcent.	Etapas del M. T.	Cambios cognitivos comportamentales
RELACIONES INTERPERSONALES	B: 0	-	-	B: 0	-	Entre los logros más significativos que se evidenciaron en las participantes fueron una comunicación más adecuadas con su pareja, familiares y amigos, disminución de conflictos en especial con la pareja.
	M: 33%	Contemplación	Las relaciones interpersonales no eran las más adecuadas	M: 0	-	
	A: 67%	Preparación	Existe comunicación sin efectividad	A: 0	-	
	MA: 0	-	-	MA: 100%	Acción	
CATEGORÍA	PREPRUEBA			POSPRUEBA		
	Porcent.	Etapas del M. T.	Indicadores	Porcent.	Etapas del M. T.	Cambios cognitivos comportamentales
MANEJO DEL ESTRÉS	B: 0	-	-	B: 0	-	Se logró que cada participante conocieran la sintomatología desencadenante del estrés y a partir de ello la aplicación de técnicas inducidas a combatir el estrés
	M: 60%	Precontemplación	No hay autocontrol de las emociones	M: 0	-	
	A: 40%	Contemplación	Practicaban alguna técnica de relajación	A: 0	-	
	MA: 0	-	-	MA: 100%	Acción	

MODELO TRANSTEÓRICO Y CAMBIOS COGNITIVOS COMPORTAMENTALES

Partiendo del modelo transteórico, y sus principales supuestos en cada una de las categorías, el cuadro anterior permite un análisis y confrontación entre los resultados de la preprueba y la posprueba, mencionando para ello, que el modelo no se plantea de manera lineal, por cuanto los indicadores en cada etapa no se contemplan como requisitos para estimar cada una de las etapas, ya que los individuos sujetos del estudio pueden de acuerdo a sus experiencias y a sus características individuales encontrarse en diferentes etapas y a su vez pasar de una a otra sin seguir un procedimiento secuencial.

Sin embargo, para mayor organización en el análisis, se tomo la estrategia de analizar categoría por categoría en cada uno de los momentos, enfatizando en los principios del modelo y en los cambios cognitivos – comportamentales que se generaron en el grupo sujeto de estudio.

Siguiendo con la estrategia y observando el cuadro anterior, resumen de la visión general del modelo y sus efectos cognitivo – comportamentales, se encontró que en la categoría de desarrollo personal en la cual el modelo plantea que se pretende mejorar el autoconcepto, la autoeficacia, autocontrol y la autoimagen; en la preprueba el 80% de las participantes se encontraron en un nivel alto, por cuanto creían en sus habilidades y destrezas, hecho que permitió establecer que se encontraban en una fase de preparación, por cuanto tienen las conductas que se exigen en esta fase; aspecto que mejoro notablemente en la postprueba porque se llevo a un rango muy alto, estableciendo como resultados cognitivos comportamentales de esta categoría, la adquisición de mayor seguridad en sí mismas, el aumento en el amor propio, la mejoría en la apariencia física y el manejo de las emociones de forma asertiva; lo anterior permite aseverar que aunque en el proceso inicial el rango alto garantizaba un nivel de

autoestima acertado, el modelo aplicado contribuyo de manera notable al mejoramiento de su autoestima, reforzándose aspectos como la autoimagen, la autoeficacia y el autocontrol.

En la categoría de Adherencia al tratamiento, el modelo plantea promover las conductas y hábitos saludables y prevenir las posibles dificultades que se puedan presentar, en este aspecto la preprueba determino que de manera significativa el 47% se encuentro en la etapa de precontemplación por cuanto no existe en las participantes la valoración positiva de la importancia de un tratamiento en su nueva etapa; contrario a esto, en la posprueba las participantes pasan a un rango muy alto, lo que conlleva a establecer que para ellas, el hecho de haber sido sujetos del programa, les permitió avanzar a las fases de preparación – acción, lo que indica que existió movilidad de recursos personales y de significancia hacia el tratamiento y hacia el reconocimiento de su nueva etapa.

Respecto a la categoría de Actividad física, se encontró que en la preprueba la totalidad de las participantes se ubicaban en un rango medio, lo que significa para el modelo que se encontraban en la etapa de la contemplación por cuanto no le daban la importancia de la actividad física para su salud en la gestación, no accionando respecto a ello y haciéndolas vulnerables a cualquier riesgo o peligro respecto a su salud; en contraposición con la posprueba, la implementación del programa ayudo a que avanzaran a categorías de preparación y acción, dándole sentido a la actividad física e integrando a su familia en la realización de los ejercicios propuestos.

En cuanto a lo relacionado a la nutrición se encontró que el 80% en la preprueba se ubicaba en la etapa de preparación, no obstante cabe aclarar que a pesar de que señalaban en el cuestionario que se alimentaban las veces requeridas, esta alimentación no era balanceada ni cumplía con los requerimientos nutricionales; por otra parte el 20% se encontraba en la etapa de la precontemplación, en la cual no le daban sentido a la nutrición ;

aspecto que como puede observarse en la posprueba paso a la etapa de acción y mantenimiento notando en ello que no hubo necesidad de la etapa de preparación ya que ellas asumieron con compromiso su nutrición.

En la categoría de relaciones interpersonales, en la preprueba se identifico que el 67% se encontraba en la fase de preparación, es decir, contaban con las habilidades sociales necesarias para el enriquecimiento de sus relaciones, pero estas no eran constantes, contrario a la posprueba en la que el 100% pasa a la etapa de acción y mantenimiento en la cual se evidencia en las participantes una comunicación adecuadas con su pareja, familiares y amigos, disminuyéndose conflictos en especial con su pareja.

Por último, la categoría de manejo del estrés, demuestra según el cuadro el cambio de la preprueba respecto a la posprueba, observándose que la mayoría inicialmente, se encontraban en la fase de la precontemplación, en la que no se presenta manejo de las emociones, sumado a la falta de información sobre los síntomas y técnicas del manejo de este tema; en tanto que en la posprueba el 100% se ubico en la etapa de acción debido a que se identificaron las causas, los síntomas y se buscaron las alternativas personales para lograr su afrontamiento, como fin último del programa ejecutado.

Indicadores de Comportamientos de Autocuidado Saludable
Evaluación de los resultados de la Preprueba CEVS para los
Grupos Experimental Y Control

Los datos obtenidos por el grupo experimental (ver Tabla 2) permiten afirmar que el 100% de las adolescentes se ubicó en los rangos medio y alto en todas las categorías, la categoría (AF) presento mayor frecuencia del 100% en el rango medio.

Tabla 2

Resultados de la Preprueba CEVS en el Grupo Experimental

CATEGORIAS						
RANGOS	DP	AT	AF	N	RI	ME
Bajo						
Medio	20	47	100	20	33	60
Alto	80	53		80	67	40
Muy alto						

Nota puntuaciones expresadas en porcentajes.

Por su parte, el 93% de las adolescentes del grupo control (ver Tabla 3) se ubicaron en los rangos Medio y Alto en todas las categorías excepto un 7% que se ubicó en rango bajo en la categoría manejo del estrés (ME).

Tabla 3

Resultados de la Preprueba CEVS en el Grupo Control

CATEGORIAS						
RANGOS	DP	AT	AF	N	RI	ME
Bajo						7
Medio	20	20	100	73	20	53
Alto	80	80		27	80	46
Muy alto						

Nota puntuaciones expresadas en porcentajes.

Evaluación de los resultados de la Postprueba CEVS para los Grupos Experimental Y Control

Los datos obtenidos por el grupo experimental (ver tabla 4) permiten afirmar que el 100% de las adolescentes se ubicaron en el rango muy alto en todas las categorías con excepción de la categoría (AF) en que un 13% se ubicó en rango alto y un 87% en un rango muy alto.

Tabla 4

Resultados de la Postprueba CEVS en el Grupo Experimental

CATEGORIAS						
RANGOS	DP	AT	AF	N	RI	ME
Bajo						
Medio						
Alto			13			
Muy alto	100	100	87	100	100	100

Nota puntuaciones expresadas en porcentajes

La postprueba para el grupo control (ver Tabla 5) indica que el 100% de las adolescentes se ubicó en los rangos medio y alto. Así se conserva la misma ubicación relativa que se observó en la preprueba.

Tabla 5

Resultados de la Postprueba CEVS en el Grupo Control

CATEGORIAS						
RANGOS	DP	AT	AF	N	RI	ME
Bajo						
Medio	33	47	100	20	60	67
Alto	67	53		80	40	33
Muy alto						

Nota puntuaciones expresadas en porcentajes

Comparación de los Indicadores Preprueba y Postprueba

Análisis de Resultados Grupo Experimental

Grupo Experimental

Se calculó la media de las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en cada categoría del CEVS en la preprueba y se la comparo con la media obtenida en la postprueba por el mismo grupo

Como puede verse en la figura 3, los resultados obtenidos por el grupo experimental en la preprueba y la postprueba del CEVS muestran una diferencia significativa entre indicadores iniciales y los indicadores posteriores a la aplicación del programa de intervención en todas las categorías de evaluación del cuestionario. Las categorías desarrollo personal (DP) y adherencia al tratamiento (TA) mostraron considerable aumento respecto a los indicadores iniciales siendo la categoría desarrollo personal (DP) la que mostró el mayor aumento.

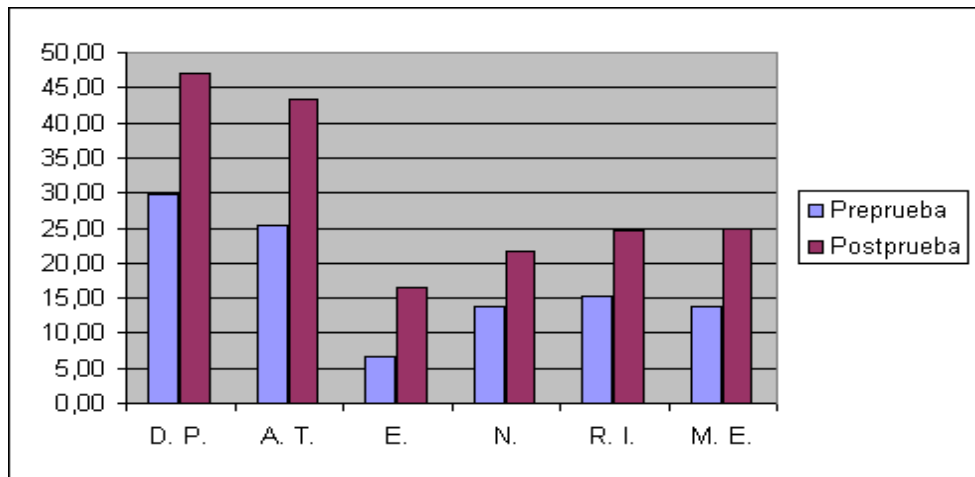


Figura 3. Medias del grupo experimental para la preprueba y postprueba del CEVS

El promedio por categorías en la preprueba como en la postprueba es preprueba; 29,87DP A.T 25,33, AF 6,53. 13,73N. 15,20RI. 13,80M E. y en la postprueba; 47,07DP 43,47AT 16,60AF 27,73N 24,60RI Y 24,93ME (ver figura 3).

En todas las categorías del CEVS hubo una diferencia estadísticamente significativa, (ver tabla 6), entre los indicadores iniciales y los posteriores al programa de intervención, esto se ve reflejado como ejemplo en las categorías de Desarrollo Personal (DP) (T= 7.23 y P < 0,05) y relaciones interpersonales (RI) (T= 5,78 y P< 0.05)

TABLA 6

Puntajes t para la preprueba y la postprueba del CEVS en el grupo experimental

AREAS	GRUPO EXPERIMENTAL	
	T	P
Desarrollo personal	7.23	<0,05
Adherencia al Tratamiento	5.50	<0,05
Ejercicio	4.41	<0,05
Nutrición	1.84	<0,05
Relaciones interpersonales	5.78	<0,05
Manejo del estrés	3.65	<0,05

Grupo Control

Las comparaciones de las medias de puntuaciones en cada categoría obtenidas en la preprueba con los de postprueba revela diferencias no significativas estadísticamente (ver figura 4).

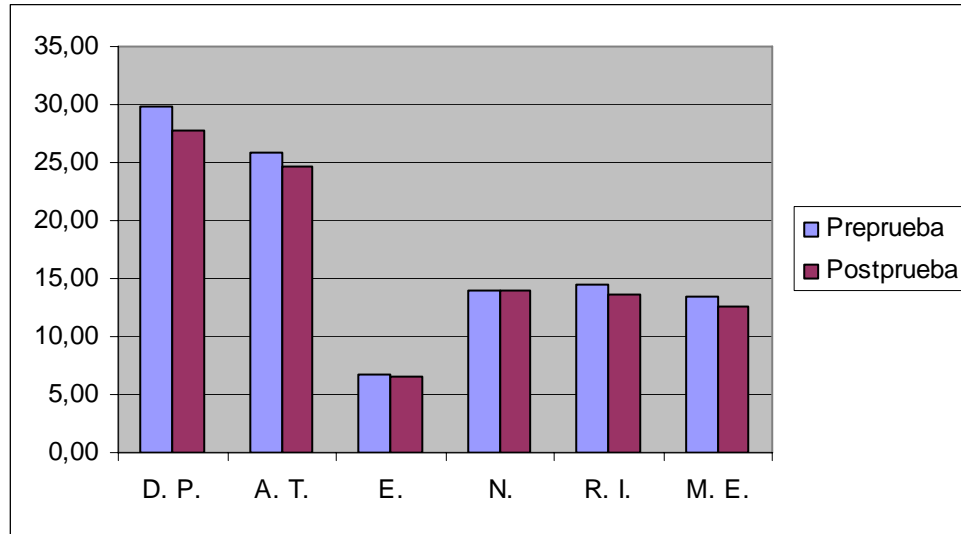


Figura 4. Medias del grupo control para la preprueba y postprueba del CEVS

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la preprueba del Cuestionario Estilo de vida promotor de la salud (Walker, S., Kerr, M. J., Pender, N. J. y Sechrist, K. 1990) indican comportamientos de autocuidado en los niveles medios y altos tanto para el grupo experimental como para el grupo control; En el grupo experimental las adolescentes en la categoría actividad física (AF) presentaron el 100% en el rango medio. Esta ubicación corresponde a condiciones desfavorables como estados iniciales de riesgos medico obstétricos, psicosociales y riesgos afectivos en las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Divino Niño (Tumaco) que participaron en el estudio. Desde el modelo transteórico (Prochaska, Dclemente. 1970), las adolescentes se encontraron en la etapa de precontemplación ya que ellas no tenían intención de realizar acciones específicas de cambio, unas por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento y otras por intentos previos fracasados de cambiar y manifestaron desinterés por leer, hablar y pensar sobre los comportamientos de riesgo que podrían ser modificados.

Después de implementar el programa de educación para el autocuidado saludable según el modelo transteórico en el grupo experimental, los niveles obtenidos en la postprueba, mostraron cambios en un 100% en todas las categorías ubicándose en el rango muy alto en relación con los niveles iniciales de la preprueba mientras que en el grupo control los niveles de autocuidado no cambiaron ya que permanecieron en los niveles medio y alto en un 100%.

Los cambios comportamentales se hacen evidentes al observar que en el grupo experimental cada uno de las participantes cambió de rangos medios y alto a rangos muy altos en todas las categorías con un alto nivel de significancia estadística.

De acuerdo con estos resultados se puede concluir que para la presente investigación se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis

de trabajo, la cual plantea que la implementación del programa de educación para el autocuidado saludable incrementa los indicadores de los comportamientos de autocuidado de las adolescentes gestantes.

El análisis de los resultados teniendo en cuenta las categorías del instrumento de medición utilizado en esta investigación permite observar que para el Cuestionario Estilo de vida promotor de la salud (Walker, S., Kerr, M. J., Pender, N. J. y Sechrist, K. 1990) hubo cambios significativos en todas las áreas de autocuidado, las que evalúan aspectos relacionados con hábitos de nutrición, cuidados de salud, mejoramiento de autoestima, capacidad de tener buenas relaciones interpersonales, mejoramiento de canales de comunicación, herramientas de relajación, disminución de los niveles de estrés, adherencia al tratamiento y hábitos adecuados de ejercicios físicos. Teniendo en cuenta los aspectos evaluados por estas categorías, se puede afirmar que el programa de autocuidado fue favorable en la transformación de los comportamientos de autocuidado saludable. Transformación que contrarresta los comportamientos previos no saludables y sus consecuencias negativas por ejemplo las adolescentes embarazadas sujetos de estudio se caracterizaron en el primer trimestre de embarazo por contar con una baja autoestima

Otro aspecto significativo en los resultados es el de la categoría de relaciones interpersonales, entendidas según Olivares, Mendez y Ros (1996) como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonal, que expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, que conversa, que defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de problemas en las interacciones sociales ; en este caso las adolescentes en la postprueba demostraron que sus relaciones interpersonales habían experimentado un notable cambio evidenciado en el mejoramiento de su capacidad de intercomunicación con la pareja, los iguales y el entorno en general; evidenciado también en la percepción de la

aceptación de su nuevo rol por parte de los otros, en el fomento de una relación positiva con el entorno y en el logro de autosatisfacción personal la cual redundaba en su desarrollo personal y autoestima.

De acuerdo con lo anterior, las estrategias utilizadas en el programa de intervención resultaron efectivas para que las gestantes adquirieran un estilo de vida saludable y que les facilitara prevenir situaciones desfavorables relacionadas con la enfermedad o muerte tanto del hijo(a) como de la madre.

Los aspectos que poco mejoraron fueron los relacionados con la categoría de actividad física, cuyos indicadores no se incrementaron en la magnitud de las demás categorías, probablemente porque en el programa de intervención no se incluyeron estrategias específicas para trabajar conjuntamente con la familia de las participantes que pudieran apoyar la realización de actividades físicas.

Finalmente, se puede concluir que el programa de intervención fue efectivo en el incremento de comportamientos de autocuidado saludable, puesto que el grupo experimental mostró considerables cambios respecto al grupo control, en el cual se puede apreciar que a pesar de mostrar variaciones en los indicadores de la pre prueba y postprueba, ellas no fueron estadísticamente significativas, lo cual indica que el autocuidado saludable en este grupo no se incrementó. Por otra parte es preciso anotar que dada por la efectividad del programa de intervención en el grupo experimental y la permanencia de la problemática en el grupo control, se justifica realizar la intervención con este grupo.

Respecto al modelo transteórico para el cambio en comportamientos saludables se puede concluir que sirvió como una herramienta eficaz para modificar las actuaciones concretas individuales de cambio, apoyada por los procesos generales, de modo que el proceso psicoeducativo que las adolescentes vivían se iba concretando en cambio específicos de comportamientos según las etapas del modelo MT y no se limitaba a la sola

recepción de información. Los cambios en comportamientos saludables eran autoobservados por las participantes y monitoreados por la investigadora mediante autorregistro y otros instrumentos ya mencionados

Las adolescentes en embarazo se consideran una población en alto riesgo reproductivo con implicaciones sociales y psicológicas al igual que médico obstétricas como son anemia, bajo peso neonatal, parto prematuro, desnutrición, mayor probabilidad de aborto, preeclampsia, muerte infantil y materna. Los patrones de comportamiento de niveles bajos de nutrición balanceada, carencia de la práctica de cualquier actividad física, así como la poca capacidad de tener buenas relaciones sociales confirman los riesgos en la salud física y mental de las adolescentes

La elaboración e implementación de un programa de autocuidado saludable que tiene como componente llevar a las personas a adquirir prácticas de hábitos nutricionales, formular el proyecto de vida, potenciar capacidad de obtener buenas relaciones interpersonales, practicar técnicas de relajación así como también la adherencia al programa y a tratamientos saludables redundan en la adquisición de una buena salud.

El estudio, profundización y comprensión del modelo transteórico constituye un aporte valioso a nivel de estrategia interventiva ya que permite observar el cambio comportamental del proceso por etapas de un programa de educación planeado para población con riesgo en la salud.

Cuando se adquieren hábitos sanos de nutrición con dietas balanceadas con alimentos constructores, reguladores, energéticos, vitaminas y minerales beneficia a la salud de la adolescente embarazada previniéndola de anorexia, bajo peso neonatal, parto prematuro, nutrición insuficiente, mayor probabilidad de muerte infantil y materna, aborto, preeclampsia.

La concientización a las adolescentes gestantes sobre la importancia del ejercicio o cualquier actividad física como caminar, pasear, nadar practicado todos los días por lo menos 30 minutos diario beneficia la salud,

disminuyendo problemas físicos o emocionales mejorando el concepto de si mismo.

Aprender a formular su proyecto de vida en la adolescencia es de vital importancia ya que mejora su salud integral desarrollando sus dimensiones psíquicas, físicas, espirituales y sociales, garantizando mejor calidad de vida.

Como todo proceso es factible de mejoramiento se puede plantear nuevas propuestas que enriquezcan este proyecto a través de investigaciones acordes a las necesidades e intereses de las comunidades

Finalmente mi reflexión va en el serio compromiso que tenemos todos a contribuir con la salud personal como social para cada día mejorar las condiciones de vida que es un deber y responsabilidad de todos.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados encontrados tras la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual demuestran claramente su efectividad, sin embargo es necesario referirse a ciertos aspectos desfavorables encontrados a lo largo del procedimiento con el fin de mejorarlas en oportunidades futuras.

El programa de intervención estuvo diseñado para desarrollarse en doce sesiones de trabajo intensivo. Se sugiere que de acuerdo con el ritmo de trabajo de las participantes se incremente el número de sesiones para cada estrategia, ya que esto ayudaría a que cada participante afiance el aprendizaje de cada técnica y lo practique en su ambiente.

En cuanto concierne a la familia de las participantes, en el trabajo psicoeducativo es común encontrar relación entre la problemática del individuo y su contexto familiar, por esto es importante mantener contacto permanente con la familia de cada participante para de ésta manera hacerle conocer los procedimientos utilizados en cada estrategia y los avances presentados por la adolescente, así se facilitaría la intervención de cualquier miembro de la familia cuando aparezca una problemática relacionada con ella; esta intervención hace referencia a cualquier tipo de apoyo social - emocional por parte de la familia (propiciar oportunidades de comunicación, de expresión de sentimientos, de preocupaciones, de problemas y sus soluciones; asignación de tareas conductuales, etc.) que ayude a la adolescente a lograr los objetivos propuestos en cada estrategia.

Además de la aplicación del cuestionario como diagnóstico es importante la visita domiciliaria a cada una de las participantes pues esto ayuda a entender mejor en qué contexto se desempeñan y así adecuar las estrategias que les ayuden a mejorar sus comportamientos y proyectos de vida.

Aunque las adolescentes buscan pareja para demostrar su afectividad, simpatía, tener experimentación y un entorno para su autonomía e

independencia, se someten a vivir en situaciones socioeconómicas carentes de los medios y de recursos para la satisfacción de sus necesidades básicas; por eso debe trabajarse con los padres de las adolescentes para que las apoyen en este aspecto.

Sabiendo que la nutrición es importante en la adolescencia y que las jóvenes dedican gran parte de su tiempo para estar con sus parejas y descuidan la preparación de comidas con nutrientes consumiendo así comidas llamadas rápidas las cuales son desbalanceadas que nada les aportan a su salud, es importante que se les oriente en la utilización de los alimentos del medio y la forma de prepararlos. Aunque para la orientación de las secciones de nutrición se consultó con profesionales en este campo debe hacerse un equipo interdisciplinario para que ellos directamente participen en la orientación de esta parte para lograr mayor interés de las participantes y mayor efectividad

La ausencia de la actividad física afecta la salud tanto física como mental con repercusiones en la edad adulta, por eso se recomienda un trabajo en alianza con las instituciones educativas para que desde las edades muy tempranas se facilite la adquisición de hábitos de actividad física recreación y deporte a los niños.

Es vital que se capacite a los docentes que atienden a jóvenes adolescentes para que cuando estén en situaciones de embarazo la oriente para que su proyecto de vida en lo menos posible se afecte; ya que en la mayoría de los casos desertan, suspendiendo o abandonando sus estudios por falta de apoyo en esta situación.

Las estrategias y actividades dinámicas variadas son importantes en el desarrollo del programa para que las adolescentes interioricen con mayor efectividad las diferentes temáticas que se les presente porque permitirían una comunicación e interrelación de todas las participantes entre si y de estas con su orientador haciendo más agradable y creativo el proceso.

Al trabajar este programa con las adolescentes debe explicárseles detalladamente las diferentes terminologías del cuestionario Estilo de vida promotor de la salud ya que pueden confundirse por desconocimiento de su significado; por ejemplo confundir relajación tomándola como ausencia total de actividad y no como una técnica a aplicar.

Para futuras investigaciones se sugiere incrementar la muestra y el tiempo en la ejecución de la investigación para consolidar los resultados.

Se propone también aplicar en el futuro este programa de intervención de modo interdisciplinario para los diferentes momentos de la gestación, de forma que implicados en el ejercicio de salud, se vaya integrando a las políticas institucionales del hospital y de la secretaria de la protección social relacionadas con la atención materno infantil

El programa Autocuidado saludable mostró efectividad en sus resultados por eso es importante continuar trabajándolo en todas sus categorías y con diversos grupos. De esta manera la psicología hace un gran aporte al autocuidado de la salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez, A. (1995). Educación para la salud. México: Manual moderno.

Álvarez, A. (1995). Salud pública y medicina preventiva. (2ª Ed) México: Manual moderno

Argote, T., Álvarez, A. y Montes, C. (2005). Aplicación de un modelo fundamentado en el amor con adolescentes dravídicas. [En red]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36> [2006, septiembre 12]

Argoty, G. y Benavides, M. (2001). Efectos de un programa de promoción de la salud sobre las actitudes frente a la menopausia. Tesis de grado profesional no publicada. Universidad de Nariño, Pasto

Barra, E. (2003). Psicología de la salud. Santiago de Chile: Mediterráneo

Bello, A. y Tobon, A. (2000). Promoción de la salud en el trabajo con énfasis en autocuidado y perspectiva de género. Bogota: lumen.

Bernardo, C. (2004). Estrés durante el embarazo. [En red]. Disponible en: http://www.tuotromédico.com/temas/tratamiento_estres.htm [2007, abril 14].

Botero, J. (2004). Obstetricia y Ginecología. 7ª Ed. Medellín: Paraninfo.

Brannon, L. y Feist, J. (2001). Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo.

Bravo, A. y Eraso, X. (2004). Relaciones entre situaciones estresantes, evaluación cognitiva primaria y secundaria, afrontamiento y respuestas emocionales y fisiológicas, presentes en el personal de enfermería del

hospital departamental de Nariño. Trabajo de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.

Brenson, G. (1995). Gerencia de si mismo. Francia: Fundación neohumanista.

Buendía, L. Colás, P. y Hernández, F. (1998). Métodos de investigación en psicopedagogía. Madrid: Mc Graw Hill.

Cabrera, A. (2001). Modelo transteórico. [En red]. Disponible en: http://guajiros.udea.edu.co/revista/vol_18-2/10182.pdf. [2006 mayo 27]

Campos, A (2006). Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería. [En red]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>, [2006, Marzo 26]

Carballo, S. (2002). Educación de la expresión de la sexualidad. En: Educación, 26 (1). 6, Costa Rica: universidad.

Capuano, A. (2003). Estrés y adaptación. Estrés y trastornos psicofisiológicos. [En red]. Disponible en: http://www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt/psicolog_salud_66.htm. [2006 junio 28].

Costa, M. y López, E. (1986). Salud comunitaria. España: Martínez Roca

Della, L. (2005). Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas. [En red]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/>>Articulos de Psicología [2006, febrero 23].

Estévez, J y Suárez, M. (1998). Nutrición Actualizada. Quito: Ediciones ecuatorianas

Flórez, L. (2004). Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en

adolescentes gestantes. Psicología científica. (2004) [En red]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-uflorez01.htm>. [2005, Abril 27].

Flórez. L. (2006). Cuestionario de estilo de vida promotor de la salud. Boletín Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. [En red]. Disponible en: ropi7@udenar.edu.co.

Fuentes, M. y Lobos, G. (1999). Adolescente embarazada. Santiago de Chile: universitaria.

Florenzano. L. y Soubllette, T. (2002). El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. [Internet]. Disponible en: <http://www.ral-adolesc.bvs.br/scielo.php>. [2006, noviembre 02]

Freitez, B. y Zúñiga, L. (2003). El Embarazo adolescente en Venezuela. En: García, N. y Silva, T. (2005). Programa educativo sobre madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas. [En red]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajo28/Programasadolescentes_embrazadas. [2006, febrero 23]

Gálvez, R. y Rodríguez, L. (1997). La formación de la comunidad educativa desde educación en población. (1ª Ed). Santafé de Bogotá: Gente nueva.

García, N. y Silva, T. (2003). Programa educativo sobre madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas. [En red]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajo28/Programas-adolescentesembrazadas>. [2007, marzo 26]

González, D. (2005). Estado del arte sobre comportamientos sexual adolescente. [En red]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No3Supl1/PDF/cm36n3s1a10.pdf>. [2007, mayo 12]

Hancock, S. (1994). Promoción de la salud. En: Educación para la Salud; Retos de nuestro tiempo. (pp. 173- 176). Madrid: Días de santo.

Henao, G. (2004). Política para la atención a la población escolar desplazada. En: Bello, M. y Ruiz, S. (2001) Conflicto Armado Niñez y Juventud. Una perspectiva psicosocial. (pp. 145-156). Bogotá, Colombia.: Antropos.

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (1994). Metodología de la investigación. México.: Mc Graw Hill.

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México.: Mc Graw Hill.

Latorre, J. y Beneit, P. (1994). Psicología de la Salud; Aportaciones para los Profesionales de la Salud. 2ª. Ed. Buenos Aires: LUMEN

Lazarús, R y Folkman, S. (1986). Estres y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez roca

Leon, P. (1998). Promoción de la salud. Psicología científica. [En red]. Disponible en: www.psicología_cientifica.com/autores/biblioteca.htm [2007, Febrero 25].

Millar, G. (1991). Introducción a la psicología: Madrid. Ed el prado

Muños, G. (2003). Determinantes de la salud en Perea, R (2004). Educación para la Salud; Retos de nuestro tiempo. Madrid; Días de santo.

Mussen, M. (1976). Psicología del desarrollo. México: trillas.

Oblitas, T. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México: GcGraw-Hill.

Olivares, J. Méndez, F. y Ros, M. (1996). Entrenamiento en habilidades sociales. En: Olivares, J. y Méndez, F. (Comps.), Técnicas de modificación de conducta. (pp.337-366). Madrid: Biblioteca Nueva.

Organización panamericana de la salud-OMS. (1996). Promoción de la salud: una antología, 557, Washington.

Ortiz, L. y Sepúlveda, M. (2005). Caracterización demográfica de las adolescentes embarazadas de Bucaramanga. [En red]. Disponible en: <http://www.adolesc.org/pdf/proyecto.pdf> [2006, agosto 6].

Palacios, G. (2000). Ejercicio durante el embarazo. [En red]. Disponible en: [http:// www.eresmas.com/](http://www.eresmas.com/). [2007, marzo 10]

Papalia, D. Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). Desarrollo humano 8ª. Ed.. Bogotá: McGraw- Hill Interamericana.

Perea, R. (2004). Educación para la Salud; Retos de nuestro tiempo. Madrid: Días de santo.

Polaino, A. y Cano, P. (2004). Embarazo y maternidad en la adolescencia. Instituto de ciencias para la familia. Universidad de Navarra; rialp S.A.

Pulsomed, U. (2003). Embarazo en la adolescencia. [Internet]. Disponible en www.tuotromédico.com

Phares, J. (1996). Psicología clínica, conceptos, métodos y practica. México; Manual moderno

Profamilia. (2005). Encuesta nacional y demográfica y salud Embarazo en adolescentes no cede. Tumaco. Autor

Puerrez. (2001). Adherencia al tratamiento. [En red]. [Htp//aidsinfo.nih.gov](http://aidsinfo.nih.gov). [2006 octubre 10]

Routi, D, (2000). Teoría del déficit de autocuidado. Aplicación de su teoría. [En red]. Disponible en [http://www.Seapremur.com/la salud/autocuidado/htm](http://www.Seapremur.com/la_salud/autocuidado/htm). [2005, abril 23]

Ramón, (2001). Embarazo en adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra. [En red]. Disponible en: <http://www.adolesc.org/pdf/proyecto.pdf>. [2006, agosto 6].

Restrepo, E. (2001). Promoción de la Salud; como construir vida saludable. Bogota; Medica Internacional.

Repullo, P. (2001). Nutrición humana y dietética. Madrid: Marban.

Ruales, A. y Robles, R. (1999). Programa de entrenamiento en autocuidado efectos sobre la adherencia al tratamiento y presión arterial. Tesis de grado profesional. Universidad de Nariño. Pasto

Sarmiento, M. (1997). Psicoprofilaxis familiar: como lograr el bienestar psicológico. Bogota: USTA.

Selye, H. (1984). Que es el síndrome general de adaptación. En Bensabat. (comp). Stress: Grandes especialistas responden (pp. 24-28). España: Mensajero.

Serra, L. y Aranceta, J. (2002). Alimentación infantil y juvenil; Estudio enKind; Masson.

Simón, M. (1999). Manual de psicología de la salud. Fundamentos metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca

Valdivia, S. (2007) Desarrollo personal. [En red]. Disponible en: <http://www.Exitoya.com> (2007, mayo 25).

Villota, L. y Villota, C. (2000). Actitudes frente a comportamientos sexuales que aumentan o disminuyen la probabilidad de adquirir el VIH- sida en estudiantes de la Universidad de Nariño. Tesis de grado profesional, Universidad de Nariño, Pasto.

ANEXOS

ANEXO A
PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL AUTOCUIDADO SALUDABLE
EN ADOLESCENTES GESTANTES

PRESENTACIÓN

El presente programa denominado “DESARROLLO DEL AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES GESTANTES”, tiene como objetivo lograr que las madres adolescentes beneficiarias del mismo, transformen sus comportamientos de autocuidado de forma favorable a su salud.

Para ello se han planteado los siguientes objetivos específicos:

Que las adolescentes gestantes se sensibilizarán a la importancia del cuidado de la salud y se motiven para ponerlo en práctica.

Las adolescentes gestantes percibirán la importancia de la autoestima en el cuidado de su salud.

Las adolescentes formularán su proyecto de vida como indicador de mejoramiento de su autoestima y lo comparten con su grupo.

Las gestantes pondrán en práctica adecuados hábitos alimenticios

Las gestantes diligenciarán el autoregistró nutricional para evaluar los hábitos nutricionales de acuerdo al autoregistró. (Ver anexo G)

Las gestantes reconocerán la importancia de la actividad física en el periodo de gestación.

Las gestantes pondrán en práctica lo aprendido en la sesión anterior respecto a la actividad física durante la gestación.

Las gestantes potencializarán su capacidad de obtener buenas relaciones interpersonales permitiéndoles mejorar sus canales de comunicación

Las adolescentes gestantes pondrán en prácticas herramientas que les permitan la relajación y disminución de los niveles de estrés.

Las adolescentes gestantes reconocerán la importancia de adherirse al tratamiento del programa y pondrán en práctica el modelo de autocontrol.

Para lograr los objetivos propuestos se planteará una metodología que contemplará siete fases, las cuales se enmarcan en las etapas del modelo transteórico sobre cambio en los comportamientos de salud: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento y Terminación.

La implementación del programa se hará durante 3 meses, en los cuales se desarrollarán acciones que conlleven al proceso de participación activa de las beneficiarias en su aprendizaje, las cuales son atendidas en el Hospital Divino Niño, y se encuentran en las edades de 15 a 19 años en el primer y segundo trimestre de embarazo.

El programa contempla la realización de dos sesiones por temática, las cuales se describen con sus correspondientes objetivos, metodología y evaluación.

Plan de Acción del Programa.

Objetivo general Que madres adolescentes gestantes beneficiarias del programa transformarán sus comportamientos de autocuidado de modo favorable a su salud.				
OBJETIVOS Específicos	Estrategias	Actividades	Indicadores	Recursos
Precontemplación Las adolescentes gestantes se sensibilizarán de la importancia del cuidado de la salud y se motiven para ponerlo en práctica.	<ul style="list-style-type: none"> • Selección del grupo. • Conversatorio • Aplicación del cuestionario. 	Dinámica de presentación Exposición Acta de compromiso	Comparación de los resultados de la evaluación Pre y post.	Fotocopias, video beam, lapiceros. Tiempo de un mes
Acción Las adolescentes formularán su proyecto de vida como indicador de mejoramiento de su autoestima y lo comparten con su grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Entrenamiento en técnicas cognitivas conductuales que se apliquen a la problemática específica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica del perdón • Exposición • Tarea para la casa. 	Comparación de los resultados de la evaluación Pre y post.	Fotocopias, video beam, lapiceros. Tiempo de Tres meses
Las gestantes pondrán en práctica adecuados hábitos nutricionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Entrenamiento en técnicas cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas orientadoras • Exposición • Tarea para la casa. 	Comparación de los resultados de la evaluación Pre y post.	Fotocopias, video beam, lapiceros.

	conductual que se apliquen a la problemática específica.			
Las gestantes potencializarán su capacidad de obtener buenas relaciones interpersonales permitiéndoles mejorar sus canales de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Entrenamiento en técnicas cognitivo conductual que se apliquen a la problemática 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas orientadoras • Exposición • Taller • Tarea para la casa. 	Comparación de los resultados de la evaluación Pre y post.	Fotocopias, video beam, lapiceros.
Las adolescentes gestantes pondrán en prácticas la relajación y disminución de los niveles de estrés.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Entrenamiento en técnicas cognitivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas orientadoras • Exposición • Ejercicio practico Tarea para la casa. 	Comparación de los resultados de la evaluación Pre y post.	Fotocopias, video beam, lapiceros.
Las adolescentes gestantes reconocerán la importancia de adherirse al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Entrenamiento en técnicas cognitivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas orientadoras • Exposición 	Comparación de los resultados de la evaluación Pre y post.	Fotocopias, video beam, lapiceros.
Mantenimiento y terminación. Se evaluarán los resultados del desarrollo del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Conversatorio • Aplicación del cuestionario 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal. • Experiencia vivida. 	Comparación de los resultados de la evaluación Pre y post.	Fotocopias

DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS SEGÚN LA SESIÓN

Cada sesión contemplará algunas de las siguientes estrategias:

1. Psicoeducación.

Los procesos psicoeducativos son mensajes de contenido básicamente informativo que educan a los individuos en relación con las conductas de salud y que se basan en los principios relativos a la comunicación persuasiva que desde el punto de vista del receptor

2. Autoobservación.

Consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. La mayoría de la gente no está por completo consciente del grado en el que se involucra en diversas conductas, ya que de manera habitual son automáticas y rara vez observa su conducta. Sin embargo cuando a las personas se les da la oportunidad de observar con cuidado su propia conducta, suelen presentarse cambios muy notables.

3. Métodos cognitivos: Entre los cuales se encuentran:

Autoinstruccional

La autoinstrucciones se define como el conjunto de ordenes o instrucciones que el sujeto se da así mismo para el automanejó de su propia conducta durante su actuación.

Debate Cognitivo

Los significados personales pueden adoptar la forma de actitudes inflexibles y exigentes, que predisponen al sujeto a no tolerar el curso de los eventos cuando estos no coinciden con sus metas personales.

Diarios personales para comprobar significados subjetivos.

En determinados sujetos puede ser más efectivo comprobar el funcionamiento real de sus significados personales disfuncionales que cuestionarlos mediante el diálogo socrático. Para ello el terapeuta puede diseñar una hoja, donde en su encabezado está escrito el significado disfuncional (p.e “Soy un inepto, todo me sale mal”) y debajo del mismo varias columnas de registro de datos en distintas áreas de la vida del paciente (p.e familia, trabajo, amigos, ocio) donde el paciente debe de recoger datos que

desconfirman ese significado. De esta manera el sujeto puede por si mismo comprobar que sus reglas o significados personales pueden no ajustarse siempre al funcionamiento de su experiencia cotidiana.

4. Métodos conductuales:Contemplándose en estos:

Actividades de dominio – placer.

La persona lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (p.e utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

Entrenamiento asertivo.

Expresión apropiada de cualquier emoción distinta de la ansiedad con respecto a otra persona”. En la práctica, el entrenamiento asertivo se incluye como una parte de las habilidades sociales y apunta al desarrollo de capacidades para: a) Expresar sentimientos y deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o dejar de considerar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza. b) Discriminar entre la aserción, la agresión y la pasividad. c) Discriminar las ocasiones en las que la expresión personal es importante y adecuada. d) Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás.

Habilidades sociales básicas.

conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Modelado.

Un experto hace la demostración de una conducta deseada, mientras que otra persona lo observa e imita esa conducta

Juego de Roles

técnica basada en la representación que el paciente hace de un papel que normalmente no es el propio

Asignación de tareas

Habilidades ensayadas en la consulta se siguen practicando en el domicilio del sujeto y se sugiere su aplicación a determinadas situaciones, de modo que a la vuelta a la siguiente consulta se pueden valorar sus efectos.

PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA

Etapas modelo transteórico: precontemplación y contemplación

En esta etapa mediante dinámicas y exposiciones claras se sensibilizarán a las adolescentes gestantes para que lleguen a la necesidad de comprometerse a participar en el programa para mantener un mejor cuidado de la salud.

Sesión 1

Motivación y compromiso

Objetivo general

Que las adolescentes gestantes se sensibilicen a la importancia del cuidado de la salud y se motiven para ponerlo en práctica.

Objetivos específicos

Las adolescentes gestantes identificarán los hábitos de salud que practican.

Las participantes se informarán sobre la naturaleza e importancia del autocuidado en la salud, identificando su concepto y sus características.

Las participantes reconocerán los beneficios del programa de autocuidado frente a sus necesidades de salud en su nueva etapa.

Las participantes y la investigadora firmarán el acta de compromiso que contienen los acuerdos de la implementación del programa.

Las participantes responderán el Cuestionario Estilo de Vida promotor de la salud, Florez (1998).

Metodología

Los objetivos propuestos en esta fase se desarrollarán mediante las siguientes estrategias

Realización de una dinámica de integración que promoverá el establecimiento de una relación empática intragrupal.

Dinámica “Quien eres:” primero se les pide que todos se observen detalladamente y que luego en una bolsa de plástico negra ponga una de las prendas que lleve puesta (puede ser una manilla, un anillo, reloj etc.) inclusive la investigadora, luego se revuelve todos los objetos y al azar debe sacar cada participante un objeto y decir a quien pertenece, la dueña del objeto se presentará al grupo.

Explicación del plan de trabajo y los aspectos éticos de la investigación a través de una exposición clara y didáctica que facilitará la participación activa de las asistentes.

Posteriormente cada participante, firmará un acta de compromiso en la cual se estipulan los acuerdos necesarios para la participación de las beneficiadas. (Ver anexo A)

Finalmente a cada participante se le solicitará diligenciar el cuestionario de vida promotor de salud, después de haberles dado las instrucciones necesarias. (Ver anexo B)

Recursos

Fotocopias, video beam, lapiceros.

Evaluación de la sesión

La evaluación se llevará a cabo al finalizar la sesión en la cual las gestantes responderán un cuestionario cuantitativo de elección múltiple con única respuesta.

Finalmente se dejará como tarea escribir los beneficios que recibirán con la participación de este programa.

Evaluación de la etapa: precontemplación y contemplación

Para evaluar estas etapas de Precontemplación y contemplación se tendrá en cuenta los resultados de la evaluación de la sesión con los cuales se medirá el grado de sensibilización de compromiso frente al cuidado de su salud.

Etapa del modelo transteórico: preparación

En esta etapa a través de las dinámicas las gestantes reafirmarán la decisión de mejorar su salud haciendo pequeños cambios e intentarán efectivamente modificar sus comportamientos en el futuro inmediato.

Sesión 2

Desarrollo personal

Objetivo general

Las adolescentes gestantes percibirán la importancia de la autoestima en el cuidado de su salud.

Objetivos específicos

Las participantes profundizarán en su autoconocimiento

Las participantes comprenderán la importancia de quererse a sí mismo y de autoaceptarse.

Las madres participantes reconocerán en los hábitos de salud, una oportunidad para resignificar su nuevo rol.

Metodología

Para el logro de los objetivos, la sesión se llevará a cabo a través de un taller, que contempla tres fases, así:

Fase Inicial

En esta fase se desarrollará una dinámica de sensibilización a través de preguntas orientadoras, encaminadas a establecer la relación que la participante tiene consigo misma; la dinámica se denomina “Quien soy yo”, y se abordará temas como el amor a sí mismo, percepción sobre su desarrollo como persona y madre, conciencia de habilidades, capacidades, potencialidades y debilidades, establecimiento de metas, proyecto de vida.

Fase intermedia

En esta fase las participantes desarrollarán la técnica del perdón, la cual se orienta a que el individuo se perdone cualquier evento que afecte a su autoestima, para lograr que se reconozcan como seres humanos y se potencialicen hacia la construcción de nuevas formas y estilos de vida relacionados con su situación actual de forma proactiva.

Fase Final

En esta fase se desarrollará un conversatorio en el cual las participantes manifestarán su sentir frente a la temática, sumado a esto, se enfatizará por parte de la orientadora la importancia del querer a sí mismo y de autocuidarse como una forma de demostrar su amor propio.

Finalmente, se dejará tareas relacionadas con la construcción de su proyecto de vida. (Ver anexo C)

Recursos

Fotocopias, lapiceros, papel bond, borrador, rosas.

Evaluación de la sesión

La evaluación se llevará a cabo a través de un formato en el cual las participantes describirán las lecciones aprendidas. (Ver anexo D).

Sesión 3

Proyecto de vida

Objetivo general

Las adolescentes formularán su proyecto de vida como indicador de mejoramiento de su autoestima y lo comparten con su grupo.

Objetivos específicos

Las adolescentes gestantes reconocerán la importancia de formular su proyecto de vida.

Las participantes reconocerán la importancia de planear su vida, partiendo de su nuevo rol.

Metodología

La sesión se llevará a cabo a través de un conversatorio en el cual, las participantes darán a conocer el resultado de la tarea anterior, identificando claramente sus metas a largo, mediano y corto plazo relacionadas con su autocuidado,

Recursos

Papelógrafo, papel bond en pliegos, marcadores.

Evaluación

La evaluación se llevará a cabo en forma verbal destacando la importancia del ejercicio para su vida personal y su compromiso frente a sí misma y el programa ver anexo c.

Evaluación de la etapa de preparación

Esta etapa se evaluará mediante los resultados de la evaluación de las sesiones 2 y 3 donde las gestantes demostrarán los cambios en el cuidado de su salud.

ETAPA DEL MODELO TRANSTEORICO: ACCIÓN

En esta etapa se hará la mayor aplicación de las diversas estrategias de cambio, las cuales se aplicarán a través de la psicoeducación grupal, talleres, formatos y actividades para la casa

Sesión 4

Nutrición

Objetivo general

Las gestantes pondrán en práctica adecuados hábitos alimenticios.

Objetivos específicos

Las gestantes recibirán elementos teórico – prácticos que les permitirán realizar una aprehensión de la temática en su estilo de vida.

Las gestantes reflexionarán sobre los hábitos nutricionales practicados y los hábitos nutricionales necesarios para su nuevo estado.

Metodología

La sesión se llevará a cabo a través de preguntas orientadoras que permitirán el análisis de los hábitos alimenticios actuales y la comparación con los hábitos necesarios en su estado de gravidez; dichas preguntas orientadoras se encaminarán a establecer el grado de conocimiento del tema, dando pauta para reforzar y orientar en los aspectos donde no se identifique claridad o se carezca de conocimiento.

La metodología utilizada permite que cada una de los miembros del grupo participe libremente sobre el tema que se está tratando, reflexione sobre lo compartido y se socialicen las conclusiones.

La investigadora, reforzará el tema a través de diapositivas y como tarea se dejará el diligenciamiento de un cuestionario en el cual se evidencie los hábitos nutricionales que manejan en la actualidad. (Ver anexo E).

Recursos

Video beam, papel bond, lapiceros, fotocopias

Evaluación de la sesión

La evaluación de la sesión se llevará a cabo a través del formato de lecciones aprendidas (Ver anexo F).

Sesión 5

Hábitos nutricionales

Objetivo general

Las gestantes diligenciarán el autoregistró nutricional para evaluar los hábitos nutricionales de acuerdo al autoregistró. (Ver anexo G)

Objetivos específicos

Las gestantes compararán sus hábitos nutricionales actuales con los hábitos nutricionales necesarios para su estado de gravidez.

Las gestantes se comprometerán a implementar los nuevos hábitos nutricionales en su estilo de vida, de acuerdo a sus condiciones.

Metodología

En esta sesión las gestantes aprenderán a elaborar y utilizar el autoregistró conductual. Además se realizará aclaraciones y comparaciones que permitan a las participantes descubrir y diferenciar lo esencial, lo importante y lo indispensable en sus hábitos nutricionales.

Se tiene previsto la entrega de un documento en el cual se clasifican los grupos de alimentos. (Ver anexo H)

Recursos

Fotocopias, video beam, material didáctico

Evaluación

La sesión se evaluará a través de preguntas orientadas a identificar percepciones sobre la temática y su importancia.

Sesión 6

Actividad física

Objetivo general

Las gestantes reconocerán la importancia de la actividad física en el periodo de gestación.

Objetivos específicos

Las adolescentes Identificarán los ejercicios físicos esenciales para su gestación.

Las gestantes aprenderán la importancia del ejercicio moderado durante el embarazo.

Metodología

En esta sesión se llevará a cabo un conversatorio sobre las actividades físicas que realizan las gestantes. Se reforzará la temática a través de la presentación de afiches que visualicen la importancia de hacer ejercicios durante el embarazo; se finalizará la sesión presentando un modelo de ejercicio, el cual tendrá una duración de treinta minutos; para dicho evento se utilizará la técnica del modelado.

Recursos

Pliegos de papel bond, marcador, afiches, fotocopias.

Evaluación

La evaluación se llevará a cabo de manera verbal, estableciendo percepciones sobre el tema y su importancia.

Sesión 7

Actividad física, ejercicio práctico

Objetivo general.

Las gestantes pondrán en práctica lo aprendido en la sesión anterior respecto a la actividad física durante la gestación.

Objetivos específicos

Las madres adolescentes pondrán en práctica los ejercicios necesarios en la gestación.

Las madres gestantes implementarán el autoregistró de la actividad física.

Metodología

Para el desarrollo de la sesión se utilizarán las técnicas de autoinstrucción, modelado y ensayo, además al finalizar se implementará el autoregistro respecto a la actividad física que realizarán las gestantes (Anexo I), convirtiéndose en la técnica de diarios personales.

Recursos

Evaluación

Se evaluará de acuerdo a los resultados obtenidos en el autoregistró y diarios personales.

Sesión 8

Relaciones interpersonales: taller compromiso trascendental

Objetivo general

Las gestantes potencializaran su capacidad de obtener buenas relaciones interpersonales permitiéndoles mejorar sus canales de comunicación.

Objetivos específicos

Las madres gestantes identificarán personas de su confianza que les brinden el apoyo que ellas necesitan.

Las gestantes conocerán la importancia de obtener buenas relaciones interpersonales y los beneficios que estas conllevan para su bienestar.

Metodología

La sesión se desarrollará a través de un taller que incluirá juego de roles en el que se trabajará el manejo adecuado de habilidades sociales de interés para el grupo.

Recursos

Video beam, fotocopias, lapiceros, papel bond

Evaluación

Las gestantes representarán una situación social con buenas relaciones interpersonales la cual se sacarán análisis y conclusiones para la vida.

Sesión 9

Manejo del estrés

Objetivo general

Las gestantes reflexionarán sobre el concepto de estrés, identificando sus síntomas, causas y consecuencias en la gestación.

Objetivo específico

Las participantes identificarán los síntomas, causas y consecuencias del estrés en su período de gestación.

Las gestantes identificarán los factores generadores de estrés en su cotidianidad que afectan su embarazo.

Metodología

La sesión se iniciará con preguntas orientadoras que centrarán la temática en el concepto del estrés, los riesgos, las situaciones que lo provocan y los síntomas. (Ver anexo J).

Después a este ejercicio, la investigadora realizará una exposición mediante diapositivas, la cual profundizará sobre el tema y dará pautas para el trabajo en grupos, en los cuales se analizará casos específicos y a su vez se trabajará el role playing; al finalizar la sesión se les solicitará registrar en su diario las acciones que realizan para manejar situaciones estresantes.

Recursos

Video beam, fotocopias, marcadores, cartulina.

Evaluación

Se realizará un conversatorio en el cual manifiesten sus comentarios frente al desarrollo de la temática.

Sesión 10

Manejo del el estrés

Objetivo general

Las adolescentes gestantes pondrán en prácticas herramientas que les permitan la relajación y disminución de los niveles de estrés.

Objetivos específicos

Las gestantes comprenderán que la relajación es una de las técnicas para afrontar el estrés.

Las madres adolescentes practicarán técnicas de relajación y técnica de entrenamiento en inoculación al estrés. que contribuyen a disminuir los factores estresantes.

Las gestantes asumirán la relajación como un hábito de vida saludable y registrarán su práctica en la cotidianidad.

Metodología

La sesión se llevará a cabo de manera práctica, utilizando la técnica de relajación progresiva.

Recursos

Colchonetas, sillas, música, grabadora

Evaluación

La evaluación se realizará por medio del autoregistro de relajación que las participantes elaborarán en su casa. (Ver formato K)

Sesion 11

Responsabilidad con la salud : Adherencia al tratamiento al programa.

Objetivo general

Las adolescentes gestantes reconocerán la importancia de adherirse al tratamiento y pondrán en práctica el modelo de autocontrol .

Objetivos específicos

Las gestantes adquirirán los elementos teórico práctico que les permitirán establecer la definición de la adhesión al tratamiento y su importancia en los hábitos de salud.

Las gestantes pondrán en práctica las orientaciones de la adherencia al tratamiento en su proyecto de vida.

Metodología

La sesión se desarrollará a través de un análisis de caso, el cual plantea a las participantes situaciones contrarias que lo conllevan a la reflexión, análisis y toma de decisiones frente a su proyecto de vida.

El estudio de caso identificará claramente los procesos vivenciados por dos sujetos; en los que en el caso A se describirá la situación de aquel que siguió el tratamiento y en el caso B, la situación de la persona que no siguió la adherencia al tratamiento. (Ver anexo L)

Este ejercicio permitirá la reflexión sobre dos situaciones, estableciendo las semejanzas y diferencias, destacándose las consecuencias negativas cuando no se sigue la adherencia al tratamiento, resultado del análisis y participación de las asistentes.

Recursos

Video beam, fotocopias, lapiceros, papel bond

Evaluación

En esta sesión la evaluación se llevará a cabo teniendo en cuenta dos aspectos: La adherencia al programa y el desarrollo de la sesión.

Respecto a la adherencia al programa se utilizará un cuestionario (ver anexo M), en el cual se ahondará en temas relacionados con nutrición, actividad física, autoestima y adherencia; respecto a la evaluación de la sesión, ésta se llevará a cabo en forma verbal, destacando aspectos como la metodología, el orientador y su manejo del tema y la pertinencia del mismo.

Evaluación de la etapa acción

Se evaluará con los resultados de las sesiones 4 y 11 evaluación de la sesión en los cuales las gestantes demostrarán cambios de comportamiento frente a su salud.

ETAPAS MODELO TRANSTEÓRICO: MANTENIMIENTO

En esta etapa se consolidará las ganancias logradas durante la acción, por lo tanto se las invitará a las adolescentes al manejo y aplicación contingente de autorefuero. La investigadora pondrá sus servicios a disposición permanentemente.

Sesión 12

Terminación y cierre del programa

Objetivo general

Se evaluará los resultados del desarrollo del programa.

Objetivos específicos

Las gestantes manifestarán su percepción frente al programa y la incidencia en el cambio de hábitos de salud.

Las gestantes desarrollarán el cuestionario estilo de vida, promotor de salud.

La investigadora y el grupo de gestantes finalizarán el proceso del programa con actividades lúdicas.

Metodología

Inicialmente se diligenciará el cuestionario estilo de vida, promotor de la salud, posteriormente cada uno de los miembros del grupo, manifestará su experiencia vivida durante el proceso de implementación del programa.

Evaluación de la etapa mantenimiento.

Se evaluará con los resultados de la post prueba en la cual se evidenciará los logros de los objetivos y acuerdos propuestos en el proceso y las adolescentes manifestarán el compromiso de continuar autocuidándose en su salud; tendrán en cuenta el apoyo brindado por la investigadora en caso de necesitarla.

ANEXO B
PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL AUTOCUIDADO SALUDABLE
EN ADOLESCENTES GESTANTES
CONTRATO DE PARTICIPACION

San Andrés de Tumaco, ____ de ____ del 2008

CONTRATO No. _____

Rocío Del Pilar Mejía Cortes facilitadora del PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES GESTANTES y el grupo de participantes nos comprometemos a cumplir con los acuerdos y aspectos que se enumeran a continuación:

1. Asistir a todas las sesiones del Programa los días _____ y _____ de _____ a _____ en el hospital DIVINO NIÑO en las siguientes fechas:

- Enero:
- Febrero:
- Marzo:

2. Participar y colaborar en cada una de las actividades que se desarrollen dentro de las sesiones.

3. Realizar y desarrollar las tareas y actividades que se asignen de una sesión a otra.

Yo _____ estoy de acuerdo con los términos establecidos en el contrato.

FIRMA _____

La facilitadora del Programa se compromete a cumplir con los términos del contrato citado.

Rocío Del Pilar Mejía Cortes.

ANEXO C

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD

Walker, Kerr, Pender y Sechrist (1990)

Instrucciones:

Este cuestionario contiene frases referentes al modo en que usted vive actualmente, o a sus hábitos personales. Trate de responder a cada frase de la manera más exacta posible, sin dejar de contestar alguna frase. Indique la frecuencia con que usted ha realizado el acto descrito en cada frase durante los últimos seis meses. Para hacerlo marque la letra que mejor se ajuste a esa frecuencia, siguiendo la siguiente clave:

N: nunca

V: a veces

F: frecuentemente

R: rutinariamente

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Desayuno en la mañana..... | N | V | F | R |
| 2. Relato a un médico cualquier síntoma extraño..... | N | V | F | R |
| 3. Me quiero a mí mismo(a)..... | N | V | F | R |
| 4. Hago ejercicio para estirar los músculos
al menos 3 veces por semana..... | N | V | F | R |
| 5. Escojo comidas que no contengan ingredientes
artificiales o químicos para preservarlas..... | N | V | F | R |
| 6. Tomo tiempo cada día para relajarme..... | N | V | F | R |
| 7. Me preocupo por no aumentar mi nivel
de colesterol..... | N | V | F | R |
| 8. Soy entusiasta y optimista con
con respeto a la vida..... | N | V | F | R |
| 9. Creo que personalmente estoy creciendo
y cambiando en direcciones positivas..... | N | V | F | R |
| 10. Comparto con personas allegadas mis | | | | |

F R

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11. Tengo claras cuáles son las fuentes de tensión en mi vida..... | N | V | F | R |
| 12. Me siento feliz y contento(a)..... | N | V | F | R |
| 13. Hago ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos, al menos 3 veces por semana..... | N | V | F | R |
| 14. Como 3 comidas buenas al día..... | N | V | F | R |
| 15. Leo libros o artículos sobre la promoción de la salud..... | N | V | F | R |
| 16. Soy consciente de mis capacidades y de mis debilidades personales | N | V | F | R |
| 17. Trabajo para lograr metas de mediano plazo que me he fijado en mi vida..... | N | V | F | R |
| 18. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos..... | N | V | F | R |
| 19. Leo las etiquetas de los alimentos empaquetados para identificar su contenido nutritivo..... | N | V | F | R |
| 20. Le hago saber a mi médico o busco otra opinión cuando no estoy de acuerdo con lo que me recomiendan.... | N | V | F | R |
| 21. Hago planes hacia el futuro..... | N | V | F | R |
| 22. Participo en programas o actividades de ejercicios físicos bajo supervisión | N | V | F | R |
| 23. Tengo claro que es lo que me interesa más en la vida..... | N | V | F | R |
| 24. Me gusta tocar a personas íntimas y disfruto de que ellas me toquen..... | N | V | F | R |
| 25. Mantengo relaciones interpersonales satisfactorias..... | N | V | F | R |
| 26. Incluyo en mi dieta alimentos que contienen fibra por ejemplo, granos, frutas, verduras..... | N | V | F | R |

27. Paso de 15 a 20 minutos diarios
 practicando la relajación..... N V F R
28. Discuto con profesionales calificados mis inquietudes
 con respecto al cuidado de mi salud..... N V F R
29. Respeto mis propios éxitos..... N V F R
30. Evaluó mi pulso durante el ejercicio físico..... N V F R
31. Dedico algún tiempo para pasarlo con mis
 amigos íntimos..... N V F R
32. Me hago tomar la presión sanguínea y
 conozco el resultado..... N V F R
33. Asisto a programas o participo en actividades educativas
 sobre el mejoramiento del medio ambiente en que
 vivimos..... N V F R
34. Cada nuevo día lo veo como algo
 interesante y desafiante..... N V F R
35. Planeo o escojo comidas que incluyan los 4
 grupos básicos de alimentos cada día N V F R
36. Relajo conscientemente mis músculos
 antes de dormirme..... N V F R
37. Encuentro agradable y satisfactorio el
 ambiente de mi vida.....N V F R
38. Practico actividades físicas de recreo
 tales como caminar, nadar, jugar etc..... N V F R
39. Expreso a otros con facilidad el amor el
 interés por ellos y el calor humano.....N V F R
40. Me concentro en pensamientos
 agradables a la hora de dormir..... N V F R
41. Encuentro maneras positivas para
 expresar mis sentimientos.....N V F R
42. Pido información a los profesionales de la
 salud sobre como cuidarme bien..... N V F R

43. Observo al menos una vez al mes mi cuerpo con detenimiento, para detectar cambios físicos o señales de peligro.....	N	V	F	R
44. Soy realista en las metas que me Propongo.....	N	V	F	R
45. Uso algún método específico que me sirva para controlar mi presión sanguínea.....	N	V	F	R
46. Asisto a programas educativos sobre cuidado de la salud personal.....	N	V	F	R
47. Toco y permito ser tocado por las personas que me importan.....	N	V	F	R
48. Creo que mi vida tiene un propósito.....	N	V	F	R
49.* fumo tres o más cigarrillos al día.....	N	V	F	R
50.* bebo licor mas de una vez por semana.....	N	V	F	R

- Estos ítems se califican a la inversa

Calificación: N=1; V=2; F=3; R=4

SUBESCALAS:

El análisis factorial de los resultados de la aplicación del anterior cuestionario a población norteamericana, con fines de análisis psicométrico (Walker y Col., 1987), condujo a seis factores principales, denominados de la siguiente manera, y conformados por los siguientes ítems:

- 1) **Desarrollo personal:** 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48
- 2) **Adherencia al tratamiento :** 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46, 49
- 3) **Ejercicio:** 4, 13, 22, 30, 38
- 4) **Nutrición:** 1, 5, 14, 19, 26, 35
- 5) **Relación interpersonal:** 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47
- 6) **Manejo del estrés:** 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45

PROYECTO DE VIDA

Objetivo

General:

-

DIMENSIÓN PSÍQUICA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO

DIMENSIÓN FÍSICA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO

ANEXO E**EJERCICIO DE CONSTRUCCIÓN DE SABERES: MATRIZ SQA –
AUTOEVALUACIÓN – PROYECTO DE VIDA**

Reflexionar y analizar la manera como percibimos, sentimos y vivenciamos nuestra vida, es importante para proyectarnos de manera positiva a los demás y nuestro entorno; para ello se requiere dejar un tiempo y espacio específico que nos permita el conocimiento de nuestras habilidades, destrezas y limitaciones, planeando en tiempo y espacio propósitos y metas que nos conduzcan a mejorar cada día y a entender nuestro nuevo estilo de vida.

Por favor realice el siguiente ejercicio con honestidad.

1. Escriba en la columna de la izquierda (SÉ) sus conocimientos frente a cada una de las categorías listadas en la columna de la izquierda.
2. Escriba en la columna del centro (QUIERO SABER) los aspectos o categorías del proyecto de vida que le interesa profundizar.
3. Escriba en la columna de la derecha (APRENDÍ) cuando se le indique.

ASPECTOS DEL PROYECTO DE VIDA	SE	QUIERO SABER	APRENDÍ
Proyecto de vida (Qué es)			
Elementos constitutivos de un proyecto de vida (Partes que lo conforman)			

Dimensión Física (Relacionada con nuestra corporeidad)			
Dimensión Psíquica (Relacionada con nuestra mente e inteligencia)			
Dimensión Espiritual (Relacionada con mis creencias)			
Dimensión social (Relacionada con mis relaciones con el entorno y con los otros)			
Objetivos			
Actividades			
Metas			

ANEXO F

FORMATO DEL REGISTRO DE ALIMENTACIÓN DIARIO

Nombre completo _____

Fecha _____

Describe en la casilla que corresponde tu alimentación diaria.

	Desayuno	Almuerzo	Merienda
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

ANEXO G
EJERCICIO DE CONSTRUCCIÓN DE SABERES: MATRIZ SQA –
NUTRICIÓN

El nuevo estado por el que atraviesas, te reta permanentemente a cambiar hábitos alimenticios que pueden afectar el embarazo; ser conciente de la importancia de alimentarte bien, no solo te beneficia, sino que además te permite la certeza de traer un hijo al mundo, sano y fuerte, del que podrás sentirte orgullosa.

Por favor realice el siguiente ejercicio con honestidad.

4. Escriba en la columna de la izquierda (SÉ) sus conocimientos frente a cada una de las categorías listadas en la columna de la izquierda.

5. Escriba en la columna del centro (QUIERO SABER) los aspectos que sobre cada uno de los aspectos o categorías del proyecto de vida que le interesa profundizar.

6. Escriba en la columna de la derecha (APRENDÍ) cuando se le indique.

ASPECTOS DEL PROYECTO DE VIDA	SE	QUIERO SABER	APRENDÍ
Nutrición (Concepto)			
Alimento (Concepto)			
Alimentación (Concepto)			
Proteína (Concepto)			

ANEXO H

**AUTOREGISTRO CON LOS GRUPOS DE ALIMENTACION ADECUADOS
PARA SU SALUD**

Formato del autoregistro de alimentación diaria

Nombre completo _____

Fecha _____

Describe en la casilla que corresponde tu alimentación diaria.

	Desayuno	Almuerzo	Merienda
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

ANEXO I
GRUPOS DE ALIMENTOS

Constructores		Reguladores		Energéticos	
rés	jaiba	agua	guayaba	papa	azúcar
pollo	tollo	mango	lulo	yuca	panela
cerdo	raya	zapote	guanábana	plátano	harina
pescado	pateburro	mandarina	borojó	banano	conficter
cordero	langostino	naranja	zanahoria	chileno	arroz
vísceras	piangua	ciruelo	remolacha	popocho	avena
camarones	churo	caimito	acelga	manzano	bienestarina
cangrejo	almeja.	manzana	espinaca	chicharrones	maíz
lentejas	frijoles	uva	coliflor	nata leche	trigo
garbanzo	leche	tomate de	brócoli	leche	pan
arvejas	cuajada	árbol	repollo	queso	cebada
huevo	mantequilla	piña	arveja	yogurt	pastas o
carnes de	lenteja	papaya	zapallo	coco	fideos
animales			tomate	cacao	
de monte				chocolate	

ANEXO K

FORMATO DE PREGUNTAS SOBRE ESTRÉS

¿Qué entienden por estrés?

¿Qué situaciones le producen estrés?

¿Cuáles son sus síntomas?

ANEXO M
CASOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

CASO 1.

Para el siguiente caso a la paciente la llamaremos A.

A sufre un desmayo en el colegio, razón por la cual es enviada a enfermería, él médico tratante le hace una valoración y le aplica una prueba de embarazo.

Para sorpresa de A, se acaba de enterar que se encuentra con 6 semanas de gestación. A es una adolescente de 18 años de edad, de extracto socioeconómico bajo, se encuentra cursando 10° grado, es hija única y hasta el momento no conoce a su padre. Ella vive con su madre y los abuelos maternos, mientras la madre de A trabaja sus abuelos cuidan de ella.

La noticia coge por sorpresa a A, sumiéndola en un conflicto interno por su nueva situación, situación misma que no le permite controlarse para tomar una buena decisión, lo que más le preocupa es que no sabe como decirle a su madre que ella esta en embarazo, pues sería repetir la historia de su madre, historia que tanto ella le repitió, que se cuidara, para que no sufriera lo mismo que ella sufrió. Todos estos conflictos internos hacen que A, desee abortar, porque es muy joven para ser madre y soltera, no sabe como reaccionara el padre del hijo que esta esperando, porque tiene el temor que él la abandone, que tal vez su madre la echaría de la casa, porque siente que ha defraudado a su madre y a sus abuelo maternos.

El médico, al percatarse de las intenciones de A trata de persuadirla, brindándole información pertinente y necesaria para que lleve a feliz término su embarazo, trata de establecer una buena comunicación con A tratando de ganar su confianza, le da las indicaciones médicas pertinentes, le informa de la necesidad de estar en controles tanto par la salud de A como de la del bebe que se encuentra en camino, pero A, no sigue las indicaciones del médico, razón por la cual durante el embarazo tiene algunas complicaciones de salud que comprometen seriamente la salud de A y la del bebe, unido a esto los conflictos familiares tanto con su madre como con los abuelos, además, la

ruptura de su relación sentimental con el padre del hijo que esta esperando, hechos estos que terminan de empeorar la posible depresión que este presentando A. El desenlace no es el más optimo o por lo menos lo esperado, La falta de cuidado personal, el no seguir las indicaciones del médico, el no estar en continuo control, la falta de cuidado en personal y otras situaciones en la parte emocional hicieron que A Reviente fuente antes de lo esperado y por no recibir una adecuada y una oportuna atención medica el bebe perdió la vida y A se encuentra muy mal de salud.

- ¿Qué piensa de la historia de A?
- ¿Qué enseñanza le deja?
- ¿Qué hacer en estos casos?

CASO 2

Para el siguiente caso a la paciente la llamaremos B.

El caso de B es el siguiente. B es una adolescente de 16 años de edad, es estudiante de 9º, de extracto socioeconómico bajo, vive con sus padres y su dos hermanos, ella es la mayor de ellos, acude al médico porque tiene un retraso en su periodo y le preocupa estar en embarazo. Después de practicada la prueba de embarazo en compañía de su novio, se enteran que esta con cuatro semanas de gestación, el novio decide hacer frente como co-responsable del embarazo de B, brindándole su incondicional apoyo, deciden correr con los riesgos de lo que implica informar a la familia del nuevo acontecimiento, a pesar de ser jóvenes deciden tener al bebe y criarlo juntos. Acuden donde él médico y piden ayuda psicosocial, se están informando continuamente sobre que se debe hacer en el embarazo, cuando ya se siente fuertes emocionalmente deciden informar a sus familias y enfrentarlas pues son concientes que esta noticia no será fácil de entender por sus padres, pero esto es algo para lo que ya se han preparado, el amor, la comprensión, la buena comunicación entre ellos, y el apoyo mutuo les da la seguridad necesaria para enfrentar cualquier eventualidad. Obviamente la noticia es de gran impacto entre sus familiares, pero su unión y acto de responsabilidad es algo que en

medio de todo da algo de tranquilidad entre sus padres que de una u otra manera digieren la noticia la aceptan y brindan todo su apoyo a sus hijos estén o no estén de acuerdo por la decisión de sus hijos, igual no pueden hacer nada más que colaborar a sus hijos.

El hecho de informarse y el acercarse a personas idóneas que les brinden la información que ellos necesitan les da la fortaleza para asumir con responsabilidad su nuevo rol como futuros padres, siguen todas las indicaciones que les da el médico y hacen parte de ese proceso de una manera activa, aportando ideas nuevas e innovando a favor de su estado, B se cuida en las comidas, están pendientes de los controles prenatales, ejercicios etc.

El embarazo transcurre normalmente, llega a un feliz término, tienen un niño totalmente sano, se sienten felices y realizados y con unos abuelos que no caben de la dicha.

- ¿Qué piensa de la historia de A?
- ¿Qué enseñanza le deja?
- ¿Qué hacer en estos casos?

ANEXO N

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Escriba falso o verdadero según el caso.

Para tener una buena nutrición es necesario que la dieta sea balanceada con los tres grupos de alimentos. -----

La mujer embarazada debe hacer actividad física moderada. -----

Llegar a un nivel alto de estrés es muy saludable. -----

Las prescripciones médicas contribuyen a una mala salud. -----