



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

editor.colombiamedica@correounivalle.ed
u.co

Universidad del Valle
Colombia

Montes, Marlene; Argote, Luz Ángela; Cielo Álvarez, Gloria; Osorio, Asceneth; Osorio,
Olga

Aplicación de un modelo fundamentado en el amor con adolescentes grávidas en el
Centro de Salud Cristóbal Colón, Cali, Colombia

Colombia Médica, vol. 36, núm. 3, julio-septiembre, 2005, pp. 83-92

Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28310111>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

***Aplicación de un modelo fundamentado en el amor con adolescentes grávidas en el
Centro de Salud Cristóbal Colón, Cali, Colombia***

**Marlene Montes, Ph.D.¹, Luz Ángela Argote, Enf., Mag. Enf.¹,
Gloria Cielo Álvarez, Enf., ESM¹, Asceneth Osorio, Enf., Mag. Enf.², Olga Osorio, Mag. Nutr.³**

RESUMEN

Introducción: Este estudio se hizo para aplicar un modelo teórico, cuyo concepto central es el amor y sus componentes; y los subconceptos la sensibilidad, la percepción, la interacción y la comunicación a fin de vislumbrar nuevos alcances en las prácticas de salud, que se relacionan con el cuidado de la adolescente, qué significa la gravidez para ella, su familia y el equipo de salud a partir del amor a sí misma y a los otros.

Metodología: El estudio se efectuó con un enfoque cualitativo y de investigación. Las adolescentes, con edades entre 14 y 19 años, y previo consentimiento informado, se seleccionaron a partir del cuarto mes de gestación. Se obtuvieron datos sobre aspectos sociodemográficos, factores de riesgo y protectores y medición de la escala de autoestima de Janda. Se aplicó el modelo a través de talleres en los que participaron las adolescentes, los agentes de salud del área de influencia y se analizó su impacto mediante entrevistas en profundidad.

Resultados: Los hallazgos confirman los factores de riesgo y protectores propios de las adolescentes en este nivel socio económico; hubo aumento en los valores en la escala de autoestima con respecto a la medición inicial. Las entrevistas en profundidad revelaron cinco categorías relacionadas con el proceso de embarazo vivido por las adolescentes: búsqueda de identidad, expectativas familiares y sociales interrumpidas, amor y desamor en las relaciones interpersonales, influencia de la figura femenina en las decisiones, y el desafío amoroso como rescate de autoestima y expresión de sentimientos.

Conclusión: El desarrollo de los talleres permitió fortalecer en los agentes de salud y en las adolescentes grávidas, por medio de la sensibilización y reflexión de los temas tratados, aplicar los conceptos que plantea el modelo del desafío amoroso. Con este proyecto se rescató el arte de asistir/cuidar/enseñar/investigar a través de la búsqueda de nuevos caminos, a las adolescentes grávidas, y transformar la enseñanza y la práctica de salud, cuando se considera a las personas en su contexto universal como seres totales.

Palabras claves: Adolescente grávida; Autoestima; Modelo fundamentado en el amor.

***Application of a model established on a basis of love with pregnant teenagers at the healthcare Center Centro de Salud
Cristóbal Colón, Cali, Colombia***

SUMMARY

Introduction: This study was carried out with the purpose of applying a theoretical model, being its key concept love and its components and its subconcepts sensibility, perception, interaction and communication in order to catch a glimpse to new scopes in healthcare practices related to the care of teenagers, the meaning of pregnancy for teenagers, their families and healthcare teams as of the concept of love in themselves and in others.

Methodology: The study was carried out with a qualitative focus and a research action. Teenagers with a prior informed consent at least in the fourth month of pregnancy, aged between 14 and 19 years were screened, gathering information related to their socio-demographic aspects, risk and protection factors and measurement of the self-esteem scale. The model was applied through implementation of workshops with the attendance of teenagers and also healthcare agents of the influence area evaluating its impact through an in depth survey.

Results: The findings corroborate the risk and protection factors characteristic to teenagers within this socio-economic scope and an increase in the self-esteem score scale to the initial measurement. In depth surveys disclosed five categories related to the

1. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

2. Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

3. Directora Programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.

Recibido para publicación noviembre 12, 2004 Aprobado para publicación junio 27, 2005

pregnancy process experienced by teenagers: search of identity, broken family and social expectations, love and disaffection on interpersonal relationships, influence of the woman's role on the decision taking process and challenge of being loved as a recovery of self-esteem and expression of feelings.

Conclusion: The development of workshops enabled the healthcare agents as well as the pregnant teenagers to strengthen through sensibilization and discussions of the subjects raised, the concepts stated by the love challenge model. This project enabled the recovery of the art of assisting/caring/teaching/researching through the search of new ways in the care and assistance of pregnant teenagers, the change in education as well as in the healthcare practice when viewing the human being in his/her universal context as a whole being.

Key words: *Pregnant teenagers; Self-esteem; Model based on love.*

Aunque los países en desarrollo disponen de tecnología, programas y recursos humanos preparados, la salud materna no ha tenido la atención necesaria y todavía muchas mujeres pierden la vida durante la gravidez o en el parto debido entre otros factores a problemas de salud, falta de educación, pobreza, limitadas condiciones sociales, calidad en la asistencia y limitado acceso a los servicios de salud.

Las mujeres más susceptibles de sufrir estas consecuencias en los países en desarrollo, son las que se encuentran en los extremos de su vida reproductiva porque no reciben la atención necesaria de los servicios de salud. Se estima que cerca de medio millón de mujeres mueren anualmente en el mundo durante el ciclo grávido-puerperal, siendo la casi totalidad de ellas en los países en desarrollo. Al revisar los estudios de mortalidad materna relacionados con adolescentes embarazadas se vio que hacen referencia a complicaciones de gravidez, parto y puerperio, estados hipertensivos, infecciones puerperales, hemorragias y abortos¹⁻⁶. Estos autores, comunican aumento en número de embarazos en adolescentes, y los relacionan con un incremento en las complicaciones lo que lleva a caracterizar el embarazo en la adolescencia como un importante factor de riesgo. También relatan el hecho que las complicaciones en la gravidez, parto y puerperio aparecen entre las cinco principales causas de muerte en las adolescentes de 10 a 19 años. La maternidad a temprana edad, aunque forma parte del patrón cultural de algunos grupos sociales de Colombia, ocasiona grandes riesgos para la mujer y para su hijo. En la mayoría de los

casos son embarazos no deseados que pueden terminar con el abandono de la madre y del hijo o en abortos mal practicados.

En Colombia, la mortalidad materna continua con cifras altas que se estiman en 104.9 por 100.000 nacidos vivos para el 2004, los riesgos son más altos en los primeros años del período fértil, como lo muestran las estadísticas de los últimos 10 años, donde se aprecia un incremento en las muertes maternas en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años⁷.

De igual manera, la tasa de mortalidad materna para Santiago de Cali en el año 2000, según estadísticas de la Secretaría de Salud Pública de Cali fue 68 defunciones por 100.000 nacidos vivos, para 2003 disminuyó este indicador a 50 defunciones por 100,000 nacidos vivos⁸.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud hecha en 2005 por PROFAMILIA⁵, en la que se consideran adolescentes las mujeres entre 15 y 19 años, “ese grupo de población está en problema para enfrentar adecuadamente su sexualidad y su reproducción”. La gravidez en adolescentes aumenta en todas las zonas y regiones del país, pese a los programas de educación, prevención y promoción de la planificación. Según esta encuesta 19% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas de su primer hijo; es decir, 1 de cada 5 adolescentes a los 17 años ha estado embarazada alguna vez y 1 de cada 3 a los 19 años. El promedio es mayor en la zona rural, 26% de las adolescentes han estado embarazadas, frente a 17.5 de la zona urbana.

Por lo anterior, es necesario plantear propuestas orientadas a encontrar soluciones posibles a la situación social y de salud de la mujer, en especial de la adolescente grávida, fundamentadas en referenciales de comprensión y de afecto que como el del “Desafío Amoroso” permitan su participación para que asuma su responsabilidad, la de su hijo, como seres integrantes del universo. El desafío amoroso se entiende como el rescate de la afectividad en el cuidado de la salud y de la vida. Gran parte de los trabajos, sea en la perspectiva teórica o en la evaluación de los servicios de salud, mencionan el importante desarrollo técnico en contraste con grandes faltantes en el aspecto humano referente a la dimensión amorosa del ser humano.

METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, el abordaje de esta investigación se realizó desde el enfoque

cualitativo y de Investigación-Acción¹. El proyecto, previa aprobación del Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, se desarrolló con adolescentes grávidas pertenecientes a los estratos medio y bajo residenciadas en la comuna 9.

Se incluyeron adolescentes gestantes en edades comprendidas entre los 14 y los 19 años de edad, con más de cuatro meses de embarazo y con consentimiento informado. El criterio básico de inclusión fue la aceptación para participar en este proyecto; no hubo criterios de exclusión.

Para verificar la influencia del modelo en el grupo de adolescentes seleccionadas se hizo la comparación en el mismo grupo de los aspectos relacionados con la autoestima, antes y después de ejecutar los talleres, es decir antes y después de aplicar el modelo propuesto y a través de entrevistas en profundidad a diez adolescentes que hubiesen asistido a todos los talleres programados.

Si se tiene en cuenta el número de adolescentes que asistían cada mes al programa de control prenatal en el Centro de Salud Panamericano, se tomaron la totalidad de las 27 inscritas y se aplicó el modelo. Como hubo una reestructuración administrativa, el número de adolescen-

tes se redujo a 9 y fue necesario repetir después el modelo, para lo cual se tomaron 33 adolescentes inscritas al programa en el Centro de Salud "Cristóbal Colón," de ellas permanecieron hasta el final del proyecto 21 adolescentes, que participaron de manera libre y espontánea en el desarrollo de los talleres.

El equipo de salud estuvo integrado por las investigadoras, profesionales y auxiliares de enfermería, que trabajaban en el área materno infantil del Centro de Salud Panamericano y Cristóbal Colón y dos estudiantes de enfermería que realizaron su pasantía en investigación en el proyecto. Este proyecto, concebido como un proceso amoroso de embarazo consciente, se caracterizó por ser continuo, espontáneo y dinámico; tuvo varias etapas que se interrelacionaron y complementaron en varias fases (Figura 1).

PROCESO DE EMBARAZO AMOROSO

Primera Fase: Sensibilidad y Percepción. Al principio se presentó al equipo la adolescente embarazada como un ser que necesitaba amor, apoyo y calor humano,

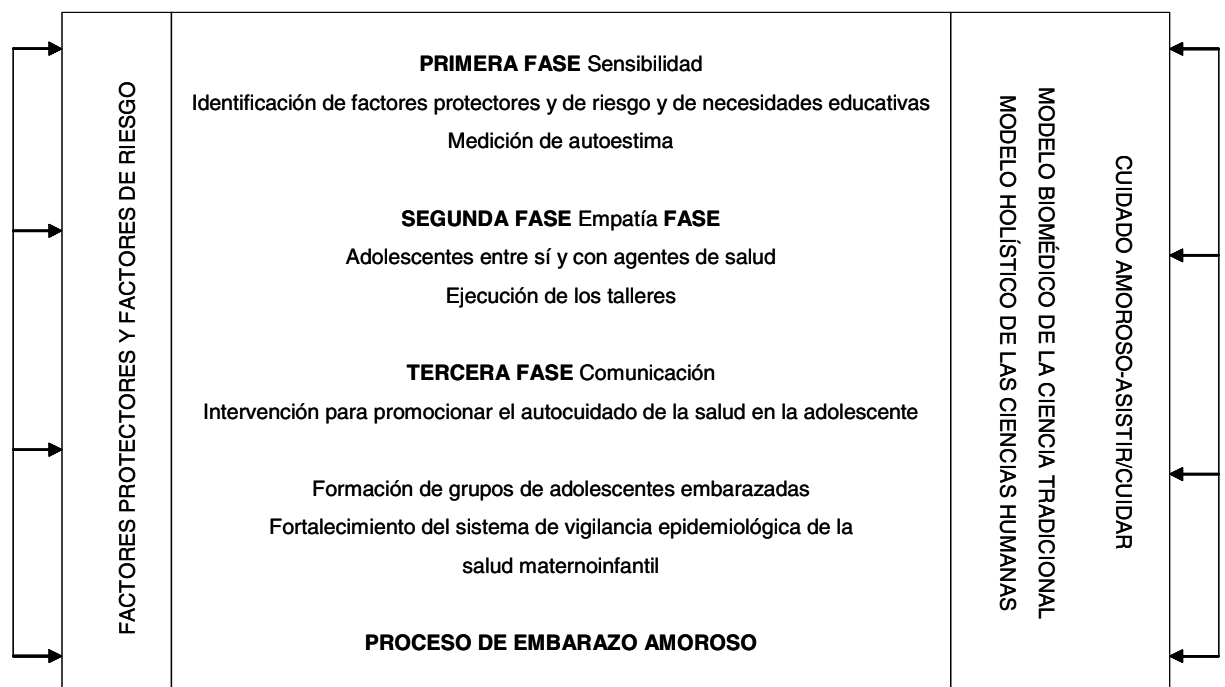


Figura 1. Propuesta metodológica del modelo

para superar con dignidad los cambios vividos por ella en su nuevo estado. Se identificaron los factores protectores y los factores de riesgo para su embarazo, además de la percepción que tenían las adolescentes con respecto al embarazo. Se midió la autoestima de las adolescentes embarazadas con la escala de autoestima de Janda¹⁰.

Segunda Fase: Empatía. Se inició con el trabajo sobre la expresión de sentimientos del equipo de salud según lo propuesto en el marco teórico. Se basó en identificar las necesidades educativas frente al significado del embarazo y su autocuidado, con el fin de establecer prioridades que permitieran a las adolescentes participantes del estudio interactuar con el grupo y con los agentes de salud, para trabajar en la concientización de un embarazo amoroso a partir del fortalecimiento de su autoestima.

Tercera Fase: Comunicación. Consistió en buscar la incorporación del concepto amor y los subconceptos de sensibilidad, percepción, interacción, comunicación, aparte de desarrollar la capacidad para ejercitar los componentes del amor referentes a la paciencia, la bondad, la generosidad, la humildad, la delicadeza, la inocencia/respeto, la tolerancia, la sinceridad, y la entrega, para integrarlos de modo continuo y gradual al cuidado de la salud; como parte de un proceso de “auto consentimiento” permitiéndose amar y ser amado por el otro, que en ese momento era la persona usuaria del servicio de salud – la adolescente embarazada.

Se llevó a cabo la intervención por medio de herramientas cognoscitivas de hábitos y actitudes a fin de lograr un proceso de embarazo amoroso a través de promover el auto-cuidado de la salud en las adolescentes grávidas. Además, se procuró potenciar el desarrollo de liderazgo en las adolescentes que hacían parte del estudio mediante la conformación de un grupo de red de adolescentes grávidas, que fortalezcan la vigilancia epidemiológica de la salud materno infantil en el área escogida. Para los momentos mencionados antes, fue necesario elaborar ciertos instrumentos y el empleo de algunos recursos disponibles que posibilitaron el proceso amoroso y la aplicación de los subconceptos de percepción, sensibilidad, interacción y comunicación. Para eso, se desarrolló como estrategia la ejecución de talleres, y grupos de trabajo con los miembros del equipo de salud, y las adolescentes grávidas a fin de abordar aspectos relacionados con el amor, y los subconceptos, y otros temas acerca del embarazo en adolescentes, estímulo intrauterino, relajación, respiración, gimnasia y algunos elementos sobre toque terapéutico.

Se utilizaron películas, música, ejercicios de relajación

y de respiración, toque, mímicas y juegos. Estos recursos terapéuticos posibilitaron mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales, pues hicieron más amorosos a los miembros participantes del proceso, y facilitaron la creación de un clima afectivo. Los participantes analizaron las acciones que se habían hecho en esos momentos, y se establecieron los siguientes criterios: claridad en los principios de evaluación del proceso; además, los informes apoyarían la toma de decisiones para llevar a cabo los diferentes talleres.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Si se tienen en cuenta las fases para aplicar el modelo, en la primera de ellas, relacionada con la identificación sociodemográfica y los factores protectores y de riesgo en las 21 adolescentes grávidas inscritas en la consulta prenatal del centro de salud Cristóbal Colón se encontraron edades entre 14 y 19 años, con un promedio de 16.5 años, donde 6 (28.6%) tenían 18 años, 5 (23.8%), 19 años; 4 (19%), 17 años; 3 (14.3%), 15 años; 2 (9.5%), 16 años; y sólo 1 (4.8%), 14 años. Esta última fue la embarazada de menos edad que hubo dentro del grupo.

Algunos estudios³⁻⁵ han comprobado que el mayor número de adolescentes embarazadas se encuentra en las clases sociales menos favorecidas, donde el nivel de educación, así como las redes socioeconómicas de apoyo suelen ser precarias. El análisis por estrato social muestra que en los sectores más pobres las relaciones sexuales empiezan a más temprana edad, si se los compara con los de ingreso económico más alto¹¹.

En cuanto a la escolaridad se encontró que 7 adolescentes (33.3%), entre 18 y 19 años ya habían terminado la secundaria; otras 7 (33.3%), cursaban entre séptimo y décimo; aunque se vio un notorio atraso entre el nivel alcanzado y la edad, las otras 7 (33.3%), ya no estudiaban más; 3 sólo habían hecho la educación primaria y las otras 4 desertaron sin terminar la secundaria.

La Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe¹² informa que la extensión y el sentido de la escolaridad, así como la apertura de nuevas opciones de vida, garantizarían una disminución y una prevención efectiva de los embarazos en las adolescentes. La educación amplía los horizontes de vida de hombres y mujeres, les abre el acceso a la información, a los servicios de salud y a los métodos modernos de planificación¹².

Estas adolescentes tuvieron su menarquía entre 10 y

15 años, con un promedio de 12.5 años. En relación con la menarquía se encontró que se considera precoz cuando aparece antes de los diez años, aunque suele presentarse hoy a edades más tempranas que en generaciones previas, igualmente el establecimiento de este funcionamiento hormonal lleva implícito el despertar sexual y el riesgo de un embarazo. En Colombia¹³ la menarquía ocurre en promedio a los 12 años promedio que coincide con el del grupo de adolescentes.

Respecto al número de compañeros sexuales se encontró que a pesar de la corta edad de estas jóvenes, 52% de ellas habían tenido más de un compañero sexual, esto, asociado con el no uso del preservativo, se convierte en factor de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual como el virus del papiloma humano, VIH, etc.

En relación con el grupo familiar se encontró que en 8 adolescentes (38%) había relaciones intrafamiliares inadecuadas y que 9 (42.9%) eran hijas de padres separados. Con respecto a esto se encontró disfunción familiar. Algunos autores han demostrado que la separación de los padres tiene manifestaciones en las mujeres adolescentes y son causa de depresión, muchas veces inaparente, en ocasiones con autoestima baja que conduce a que la joven se comprometa en encuentros sexuales con hombres mayores¹⁴. Rico de Alonso¹⁵ plantea cómo los adolescentes buscan establecer vínculos para satisfacer sus carencias afectivas o realizar fantasías de maternidad a través de la actividad sexual.

Del total de adolescentes 12 (57.1%) vivían en unión libre y 9 (42.9%) eran solteras. En la literatura revisada se encontró que las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, porque muchas se formalizan forzosamente a raíz del embarazo, asimismo se encontró que las madres adolescentes que permanecen solteras tienen mayor probabilidad (que las que se casan) de terminar el bachillerato y evitar otro embarazo¹⁶⁻¹⁷.

De las adolescentes embarazadas 18 (85%) no habían buscado trabajo porque cuentan con el apoyo económico de su familia y/o pareja. Lo anterior está de acuerdo con lo que algunos autores expresan, que es muy difícil que las adolescentes embarazadas consigan trabajo o si consiguen, por lo general son trabajos mal remunerados y sin contrato¹².

Todas las adolescentes reciben apoyo emocional de su familia y 16 (76.2%), además del apoyo emocional, tienen apoyo económico. Consideran que el apoyo que han recibido ha sido muy importante, pues sienten que no están

solas al contar con el respaldo de sus familias, lo cual les da seguridad y les ha permitido continuar su embarazo. A pesar de esto, manifestaron que al principio del embarazo hubo muchos conflictos, pues los familiares no aceptaban esa realidad, porque querían otro futuro para ellas y consideraban que eran aún muy jóvenes para estar embarazadas; sin embargo, a medida que pasó el tiempo las aceptaron y las apoyaron.

Muchos padres reaccionan en un principio con ira y dolor cuando se enteran que su hija se embarazó; sin embargo, muchos les dan ayuda cuando el niño nace y ofrecen su apoyo a la hija si lo necesita, esto es fundamental, pues disminuye la carga económica, pero fomenta la dependencia de la adolescente. Casi todas las adolescentes embarazadas o que son madres eligen no casarse y permanecen dentro del contexto de la familia.

En relación con los aspectos psicosociales explorados se encontró que al preguntar a las adolescentes cuáles fueron las razones por las cuales creen que quedaron embarazadas, 19 (90.5%) afirmaron que fue por descuido y tan sólo 2 (9.5%) habían planeado el embarazo. Sin embargo la literatura revisada^{11,16} precisa que el aumento de la frecuencia de embarazos a tan temprana edad tiene que ver con las expectativas de vida de las adolescentes y con la existencia de prototipos distorsionados, sobre todo en las de estratos socioeconómicos bajos. En efecto, además de que no hay información y educación sobre sexualidad, no hay comunicación familiar y de pareja, se desconoce el uso de anticonceptivos, no hay bienestar y amor en la casa, no hay capacidad suficiente para tomar decisiones adecuadas, no hay mensajes positivos y educativos en los medios de comunicación, falta valoración personal para no implicarse en situaciones de alto riesgo, y se considera que la relación sexual es la única forma de manifestar afecto¹⁸.

Como factores protectores durante el embarazo se encontró que 19 adolescentes (90.5%) no se han sentido deprimidas durante la gestación, ni han tenido ideas suicidas, 20 (95.2%) dejaron el consumo de cigarrillo, y ninguna está comprometida en prostitución, consumo de alcohol ni sustancias psicoactivas. Con respecto a las redes de apoyo, casi todas las adolescentes refirieron que en las situaciones difíciles o cuando están tristes recurren a la madre, a la pareja o a los amigos; 15 (71.4%) no habían recibido ninguna clase de maltrato y, 18 (85.7%) no presentaban ideas suicidas; además, en ninguna hubo antecedentes de infecciones de transmisión sexual, abor-

to, abuso sexual, alcoholismo, drogadicción y prostitución.

La autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer una adolescente. Una joven con una buena autoestima aprende con más eficacia, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitada para aprovechar las oportunidades que se le presentan, trabaja con más productividad, posee una mayor conciencia del rumbo que se sigue. Y lo que es mejor, si la adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fortalecida y bien desarrollada, podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para una existencia productiva y satisfactoria.

Al aplicar la escala de autoestima de Janda¹⁰ a las 21 adolescentes se encontró gran dispersión en la ubicación de los resultados en los percentiles que van desde <15 hasta 70, lo cual indica una diferenciación conceptual en el significado de autoestima relacionado con sus procesos de vida.

Por un lado hubo adolescentes con niveles muy bajos de autoestima, que se relacionan con nivel de escolaridad bajo, embarazos en adolescencia temprana, estrato socioeconómico bajo y experiencias negativas vividas, producto de familias disfuncionales.

En el mismo grupo se observan adolescentes con niveles altos de autoestima relacionados con procesos de apoyo familiar y social, escolaridad más alta y actitudes positivas frente a la vida.

En la segunda fase de la aplicación del modelo se desarrollaron los talleres con los agentes de salud y las adolescentes grávidas; los talleres se definieron a partir del marco teórico y las necesidades educativas de las adolescentes en relación con el embarazo y el autocuidado. Al finalizar cada taller se aplicó un instrumento de evaluación que incluía aspectos generales, el desarrollo del taller, metodología y resultados.

Talleres con agentes de salud. Los talleres donde intervino el conjunto de los agentes de salud, permitieron el acercamiento con las investigadoras, proceso que facilitó el intercambio de experiencias y la reflexión del grupo con respecto a la aplicación del modelo fundamentado en el amor, partiendo de una sensibilización hacia la necesidad de afecto que tienen las adolescentes gestantes. Sobre la evaluación de los talleres con los agentes de salud las participantes manifestaron que los objetivos planteados se cumplieron y expresaron que las metodologías fueron adecuadas para los temas.

En los talleres iniciales los agentes de salud recomen-

daron aplicar actividades lúdicas en su desarrollo; esto se hizo así y dio resultados positivos en el resto de talleres.

Consideraron los temas de gran utilidad, materiales utilizados y horarios adecuados. Además resaltaron el buen nivel de conocimientos que tenían las expositoras.

Talleres con las adolescentes grávidas. Estos talleres partieron de lo propuesto en el marco teórico y de las necesidades educativas de las adolescentes con respecto a la gestación y su autocuidado. La finalidad de estos talleres fue la de facilitar el acercamiento entre el grupo de adolescentes gestante y el grupo de investigadoras llamadas facilitadoras en este caso. Sobre el desarrollo de los temas en general las adolescentes los consideraron muy útiles para afianzar su acercamiento con el hijo en espera, mejorar las comunicación con su compañero, con la familia y con las otras jóvenes participantes. Los materiales entregados y algunos elaborados, les permitieron reforzar los temas centrales, la duración y el horario establecidos adecuados y la metodología apropiada.

Entrevistas en profundidad. El análisis de los datos de las entrevistas se realizó de acuerdo con Bardin¹⁹, en tres etapas: una primera de preanálisis, una segunda de exploración del material y una tercera de tratamiento e interpretación de los resultados.

La etapa de preanálisis tuvo por objeto sistematizar las ideas iniciales de manera que condujeran a un esquema preciso de desarrollo y operación del análisis. En esta etapa se escogieron las entrevistas que serían analizadas, se tomaron otra vez los objetivos iniciales de investigación y se volvieron a formular frente al material recolectado, a fin de elaborar las categorías que fundamentan la interpretación final.

La segunda etapa, de exploración del material consistió básicamente en el funcionamiento de los códigos. De acuerdo con Bardin, esta etapa es la transformación de los datos brutos y procura alcanzar un núcleo de transformación del texto.

La tercera etapa, tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos, permitió realizar interpretaciones de acuerdo con el marco teórico.

Durante la primera etapa se efectuaron entrevistas en profundidad a 10 de las adolescentes embarazadas, el análisis se hizo en forma simultánea de acuerdo con Bardin¹⁹, y reveló cinco categorías. Las dos primeras, corresponden a la fase inicial; la tercera y cuarta categoría corresponden a la segunda fase y la quinta categoría a la tercera fase.

En la tercera fase se trabajó en la incorporación del concepto amor y los subconceptos: sensibilidad, percepción, interacción y comunicación para lo cual se llevó a cabo una entrevista general de cierre con las adolescentes embarazadas, los agentes investigadores de salud, y con estudiantes en pasantía.

A continuación se presentan las cinco categorías reveladas:

I. Búsqueda de identidad de la adolescente y la vivencia de su gestación. La búsqueda de la identidad es el logro más importante de la personalidad del adolescente y un paso crucial hacia convertirse en un adulto productivo y feliz. Construir su identidad implica para la joven definir entre otros ¿quién es? ¿qué valora? y las decisiones que elige seguir en su vida. Esta búsqueda del yo es la fuerza que está detrás de muchos compromisos como, orientación sexual, vocación e ideales éticos, políticos, religiosos y culturales.

Las adolescentes participantes en el estudio vivían esta crisis de identidad sumada a una nueva crisis generada por la presencia de la gravidez a una edad temprana, cuando no cuentan con la madurez física ni emocional para asumir la llegada de un hijo. Las adolescentes expresan esta situación como algo que les produce pena, inseguridad, sentimientos de vergüenza, según lo manifiesta una de las jóvenes de la siguiente manera:

“Pues yo antes no salía porque me daba pena... Que me vieran por la barriga. Yo al principio no salía ni nada así, porque toda la gente comenzaba a hablar y hablar y bochinchear, entonces yo no salía. A lo último pues ya que..., el mundo lo veía uno y ya empecé a salir así, por allí, comencé a salir con una amiga por la casa y hasta ahora, no he vuelto a salir “. (Violeta 17 años)

Algunas de las jóvenes gestantes experimentaron sentimientos de rechazo por parte de su familia, compañero y pares, confirmando que la gravidez en los años tempranos de la adolescencia es socialmente rechazada lo cual se amplía en la categoría II. Una de las participantes así se refiere:

“Al principio mi mamá y mi papá se les dio duro porque ellos no esperaban eso de mi... sino que yo saliera adelante... y todo eso Pero ahora así, ellos mantienen llamándome, mantienen pendiente de mi. A veces me siento aburrida porque mi tío es muy humillante y él cree que porque le da un bocado de comida a uno puede venirlo a hacer como él quiera y

es que las cosas no son así... acaso la plata él la sudó... eso fue mi abuelo”. (Orquídea 16 años)

II. Gravidez en adolescentes. Expectativas familiares y sociales interrumpidas. La sociabilidad viene de la naturaleza humana de cada uno, es la necesidad de comunicación activa y pasiva que se encuentra en el hombre desde su nacimiento, la persona es más o menos sociable según la facilidad o dificultad que siente para comunicarse. La sociabilidad depende de las estructuras más o menos cómodas en las cuales se vive; así, la persona es social cuando participa en la comunidad y será antisocial cuando se aparta de los otros, siendo las circunstancias positivas o negativas las que marcan la pauta de la sociabilidad. La sociabilidad es característica de la persona, es cualidad externa; sin duda, las diferencias pueden ser grandes en ambas y entre los individuos. El ideal es que ambos tuvieran motivaciones positivas porque esto constituye el mejor estímulo para la educación social²¹.

En este sentido, la familia de la adolescente embarazada vive un proceso que produce una serie de sentimientos y transformaciones en su dinámica. Esta situación, para el futuro de la adolescente embarazada y su hijo, es muy importante por la actitud que la familia asume frente al embarazo, porque la aceptación y protección producen un clima de confianza y seguridad, que se manifiesta, sin duda, a través de un embarazo más tranquilo y en un recién nacido más saludable.

“Tratando de no hacer fuerzas, pues agachándome bien; qué más? Uhmmm. Pues cuando me da mucha rabia trato de calmarme porque puede ser malo y de resto yo me cuido”. “Cuando hago los ejercicios, pues los hago... Así es como yo me cuido”. “Comiendo verduras, así cuando estoy... como frutas, trato de no comer tanta gaseosa..., tanto mecató. Como más que todo, cosas que me alimenten” (Bellita 14 años).

Es difícil medir cómo se siente una jovencita en la que se origina la contingencia de enfrentar la gravidez y dar a luz un hijo, en un medio de rechazo y discriminación social cuando ella misma está atravesando un proceso de construcción de identidad sexual, con cambios que afectan su concepto de imagen corporal, aunando a este proceso la presencia de un abdomen grávido²². Por ello la adolescente entra en una ambivalencia de sentimientos ante este hecho y en primera instancia trata de esconderse de la sociedad en forma física y lingüística como lo expresa Pensamiento 15 años.

“Pues yo ando con una amiguita, pero casi no me

gusta salir a la calle... ya no pues no, porque como uno está así, ya queda como mal pues estar para arriba y para abajo". "No, enferma no. Sino que pues..." "Pues yo antes no salía porque me daba pena que me vieran por la barriga. Yo al principio no salía ni nada así, porque toda la gente comenzaba a hablar y hablar y a bochinclear, entonces yo no salía. A lo último pues ya que todo el mundo lo veía a uno y ya empecé a salir así, por allí. Comencé a salir con una amiga por la casa y hasta ahora, no he vuelto a salir". "No, yo con él no. El va a la casa no más y nosotros hablamos allí, pues cuando éramos novios, pues si salíamos bastante, pero ya no porque no me saca, no me invita".

La adolescente desarrolla su embarazo en un contexto de rechazo personal, social y familiar, por tal motivo, espera de su compañero igual actitud, por lo que las expresiones de cariño de él las toma como algo inesperado como lo expresa Azucena: *"Él todavía me mimó"*.

III. La adolescente gestante: amor y desamor en las relaciones interpersonales. Cuando nos sentimos amados, bien cuidados, apoyados e íntimos, tenemos mayor probabilidad de ser felices y tener salud. Es menor el riesgo de enfermarse y si se enferma es mayor la posibilidad de sobrevivir. A pesar de que algunos estudios se refieran al número o la estructura de las relaciones sociales, la percepción de la calidad de las relaciones, lo que siente con respecto de ellos, lo más importante como escribieron recientemente dos investigadores eminentes "el apoyo social (descrito en la categoría II) refleja relaciones de amor y de cariño en la vida de las personas..." Para algunas de las adolescentes expresar amor fue positivo desde su infancia y no tienen dificultad para manifestarlo a su bebé. Así lo expresa Azucena 17 años:

«Mis padres siempre que tenían algo que decirme o tenían que reprenderme lo hacía de la forma más correcta que podían. Se sentaban, dialogaban conmigo, me hablaban, me hacían entender cómo eran las cosas, pero nunca me llegaron a hacer cosas que no me gustaban. Nunca me maltrataron ni nada; en mi casa siempre ha habido diálogo. Hasta el día de la muerte de mi padre, en su último momento estuvo conmigo, la despedida de él fue un abrazo y de mi madre todavía los recibo y de mis hermanos. Tenemos una forma de expresarnos con mucho amor, con mucho cariño, de brindarnos el afecto cuando lo necesitamos entre hermanos y con nuestra madre».

Con mi bebé yo le expreso el amor cuando le hablo, la mimo desde el primer momento en que la sentí, le digo que la quiero y por la mañana la saludo para ver como amaneció" (Azucena 17 años).

Reconocen la importancia de expresarlo pero se les dificulta hacerlo como lo expresa una de las jóvenes:

"Yo casi no lo manifiesto. A veces a mi mamá cuando me llama, me da pena decirle que la quiero mucho, que me hace mucha falta. Me da pena expresar lo que yo siento. En cambio mi mamá sí me dice que me quiere mucho, que me cuida, que yo le hago falta. Yo a veces es que le digo Con mi bebé a veces, porque yo me encierro sola. Delante de la gente, no. Yo me toco la barriga y le hablo" (Gardenia 17 años).

IV. Influencia de la figura femenina en las decisiones de la adolescente gestante. Uno de los papeles tradicionales del género femenino es el maternal. La mujer se ha considerado como fuente de vitalidad y la maternidad como una de sus experiencias propias; por tanto, la procreación es una función materna.

Cuando ocurren sucesos relacionados con la salud reproductiva de la mujer como la gestación en la adolescente, la sensación de cercanía con otras mujeres o personas significativas obligan a estas últimas a la reactivación de experiencias pasadas como se observó en el caso de las madres de las adolescentes entrevistadas donde algunas de ellas también fueron madres a temprana edad replicándose este patrón cultural:

"Yo vivo con mi madre y con mis hermanas. Ella también me tuvo joven y ellas me dicen que me cuida que otra barriga ya ni que piense..." (Lirio 19 años).

En nuestro estudio la aceptación del nuevo estado de las jóvenes participantes por parte de su grupo familiar ocurrió después de la crisis inicial generada a partir de conocerse la gravidez de la adolescente. Se destaca que la decisión de brindar apoyo y protección a las adolescentes en su nuevo estado partió fundamentalmente de la madre que en gran número de las familias era cabeza de hogar. También recibieron apoyo de otras figuras femeninas como la abuela, la hermana mayor, la cuñada o la suegra. Así lo refieren dos de las jóvenes:

"Cuando yo quedé en embarazo, a mi familia al principio pues les dio como por enojarse, enojarse no..., se disgustaron porque ellos me decían a mí que me cuidara y todo. Pero ya no, ellas me han apoyado y todo". (Dalia 16 años).

"Yo he recibido apoyo de mis tías que están allí en

la casa, porque mi mamá no vive conmigo, también de unas primas y ya. Con mis tías al principio ellas no dijeron que no lo fuera a tener ni nada; ellas no se metieron en eso y ellas me dijeron que era decisión mía y ellas me apoyaron. Solamente tengo una tía que no me habla de eso".(Jazmín 17 años).

V. El desafío amoroso. Un camino en el rescate de la autoestima y expresión de sentimientos de la adolescente gestante. La falta de autoestima comienza con sentimientos de incapacidad de amar²³ si no se recibió amor de los padres de una forma consistente se siente que no se merece amar; nuestra programación básica negativa ocurre antes de la pubertad (edad de la madurez biológica: primera menstruación en la mujer, primera eyaculación en el hombre) y el adulto, en el que nos convertimos actúa automáticamente según el modelo aprendido en la infancia.

Otra de las participantes, Lirio 19 años, comenta:

"Los talleres nos sirvieron para tener más confianza en uno mismo, y en otras personas, para aprender a relacionarse uno, a comunicarse con ellas, y de tal manera ir aprendiendo cada una, porque aquí cada una aprende de cada una, porque aquí nos cuenta las experiencias y uno dice ay si.... a mí me ha pasado esto o lo otro, entonces cada uno coge de cada uno eso es lo que yo pienso".

El embarazo vuelve más sensible a la mujer siendo básico que exprese sus sentimientos y perciba las sensaciones y reacciones a estímulos y fenómenos. Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, Azucena, 17 años, se expresa así:

"Yo le hablo a mi hijo y le digo que lo quiero mucho, él se me mueve, y le digo yo lo quiero mucho a usted. Hace como dos semanas se me murió un tío, traté de no llorar para que no le hiciera daño al niño, pero de todas maneras yo me siento triste por lo que pasó".

Para Stefanelli²⁴ la comunicación es la habilidad del profesional en utilizar su conocimiento para ayudar a las personas a enfrentar sus problemas y convivir con los demás, es ajustarse a lo que no se puede cambiar. Ayuda a enfrentar los bloqueos y busca la autorrealización. Los gestos, expresiones, toques, silencios, son instrumentos de la comunicación a través de los cuales expresamos nuestra sensibilidad.

Así se expresa Rosa, 15 años: *"Yo no le decía nada, yo me quedaba callada, no lo sentía. Pues si lo quería... yo le decía que lo quería, pero a mí misma me daba pena*

hablarle, saber pues que de pronto se burlarán de mí, porque me veían hablar sola. Es verdad pero yo ahora entiendo que ellos necesitan mucho de nosotras".

En esta categoría se destaca la adolescente embarazada que pertenece a la esfera de las relaciones que exigen sensibilidad, actitud comprensiva, perceptiva, y comunicativa, empatía, interacción de los agentes de salud para que le brinden soporte y ayuda para vivir dignamente ese momento "crítico" de la adolescencia. Maturana²⁵ a pesar de no haber estudiado las adolescentes menciona que el proceso de relacionamiento se da como unión entre la comunicación y las emociones. Este autor, destaca la importancia de las relaciones con los otros al rescatar en la adolescente grávida, la autoestima, la expresión de sentimientos a partir de un relacionamiento armónico que le permita comunicarse de forma amorosa consigo misma, con su hijo, con su familia, y otras personas para tomar sus propias decisiones teniendo en cuenta lo que sea mejor para ellas y para el nuevo ser que traen al mundo.

CONCLUSIONES

- Las actitudes positivas del equipo de salud y adolescentes por la búsqueda de autodesarrollo, por la apertura para el otro y disposición para participar de un proyecto compartido, se vuelven visibles a través de la responsabilidad asumida, ayuda y respeto demostrados a sí mismo y al otro, pudiendo manifestarse en un trabajo horizontal.
- Las adolescentes en estado de gravidez viven una crisis de identidad sumada a una situación generada por la espera de un bebé cuando no cuentan con la madurez física, ni emocional y sienten rechazo personal, familiar y social.
- Si existe una relación armónica familiar entre madre o figura materna significativa e hija, se establece una comunicación verbal y no verbal de interés y preocupación, la adolescente se siente amada y con oportunidad para la intimidad, lo cual reviste gran importancia para el desarrollo de su gestación.
- Se considera que el Modelo del "Desafío Amoroso" permitió sembrar en las adolescentes actitudes positivas frente a su embarazo, que se expresaron por la capacidad de aprendizaje, por la actitud demostrada frente a informaciones recibidas y por las actitudes de compromiso y amor que asumieron con su hijo y en la toma de decisiones para el autocuidado de su salud.

- El proyecto permitió el rescate del arte asistir/cuidar/ enseñar/investigar al posibilitar la búsqueda de nuevos caminos en el cuidado y la asistencia de adolescentes grávidas, en la transformación de la enseñanza y en la práctica de salud.
- El proceso de asistir/cuidar a partir de las ciencias tradicional y humana, saturado por el amor, ofreció a las adolescentes grávidas apoyo para enfrentar el proceso de embarazo con seguridad y armonía a partir de considerar no sólo las necesidades físicas, sino también las biopsicosociales, emocionales y anímicas.
- El enseñar/investigar a partir de la realidad vivida, con el modelo teórico del amor, proporcionó a los integrantes del grupo de la línea de investigación y a los estudiantes en pasantía la oportunidad de vivir nuevos caminos, que aportaron elementos para una práctica de salud amorosa, orientada para el otro teniendo como foco el amor, sus componentes y subconceptos.
- El asistir/cuidar/enseñar/investigar como desafío amoroso proporcionó a los integrantes comprometidos en esta experiencia, una mirada amorosa de sí mismos, a partir del autoconocimiento y una interacción con los otros en el proceso desarrollado mediante una relación empática, con intercambios entre el grupo y las adolescentes como un proceso amoroso de enseñanza-aprendizaje para vivir mejor.

REFERENCIAS

1. Meyers J. Adolescentes: salud de la reproducción. Network en español. Ed. Family Health Int 1997; 17: 9-11.
2. Vargas N, Quesada SL. Algunas consideraciones sobre la salud física de la mujer chilena. *Bol Hospital San Juan de Dios* 1988; 35: 35-44.
3. Tanaka CA, Siqueira AF. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna. *Rev Saúde Pública São Paulo* 1998; 20: 20-24.
4. López G. La adolescente embarazada: morbimortalidad materna y fetal. *Rev Obstet Ginecol* 1994; 52: 17-22.
5. PROFAMILIA. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: PROFAMILIA; 2000.
6. Rodríguez D, Acosta J. *Panorama de la mortalidad materna en Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2002.
7. Ministerio de la Protección Social. *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
8. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Estadísticas vitales*. Oficina de Estadística. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; 2003.
9. Montes M. *Un modelo fundamentado en el amor para la asistencia y el cuidado de las adolescentes embarazadas*. Cali: Escuela de Enfermería; 1999.
10. Janda L. *Conócete a ti mismo*. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2001.
11. Sánchez P, Mendieta N. Embarazo en la adolescencia. Experiencia de la SCP. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1994; 45: 208-212.
12. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. *Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas*; 2001. [en línea] [fecha de acceso marzo 23, 2004]. URL disponible en <http://www.unicef.org.co>.
13. Conde LH, Rueda A, Gracia B, Hormaza A, Agudelo JC. Edad sexual en escolares de Cali, Colombia. *Colomb Med* 2003; 34: 69-76.
14. Castrillón D. *Maternidad ¿único futuro para las jóvenes?* 2004. [en línea] [fecha de acceso marzo 23, 2004]. URL disponible en <http://www.aupec@univalle.edu.co>
15. Rico A. Madres solteras adolescentes. Bogotá, 1986. Citado por: Montes M, Tovar MC. Embarazo en la adolescencia. En: Cifuentes R. *Obstetricia de alto riesgo*. 4ª ed. Cali; 1994. p.186.
16. Monterrosa A. Causas e implicaciones médico sociales del embarazo en la adolescente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2000; 49: 55.
17. Vásquez R, Gómez A. Maternidad adolescente: vínculo y desarrollo. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1995; 46: 157-163.
18. Echeverri C, Grajales C. *Características psicosociales de las madres adolescentes en tres instituciones de salud de Manizales*. Manizales: Universidad de Caldas; 2004.
19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Paris: Edicoes 70, 1977.
20. Fritzen S. *Relaciones humanas interpersonales: para un relacionamiento humano más fraterno*. Rio de Janeiro: Vozes; 1990. p.41-52.
21. Hoffman R. *Síndrome del amor negativo. Proceso Hoffman de la cuadrinidad: Emoción, intelecto, espíritu, cuerpo*. Buenos Aires: 2003.
22. Paccanaro BJ. *O poder da auto-estima: amar a si propio é o caminho da felicidade*. Paccanaro BJ (ed.). São Paulo: Matrix; 2003.
23. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. Conceitos básicos de comunicação; instrumentos para ensino da comunicação terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Editorial Robe; 1993. p. 29-60; 159-194.
24. Maturana H. *El sentido de lo humano: Convivencia, aceptación y creatividad*. Santiago: Ediciones Pedagógicas Chilenas S.A; 1991. p. 39-81.