



Efectividad de un programa de promoción de la salud para adolescentes embarazadas **Effectiveness of a program of promotion of the health for pregnant adolescent**

Esther Ramírez García¹, Flor Huertas Angulo², Mabel Guevara
Henríquez³, Ivonne Uribe Ramírez⁴

Recibido 17 de noviembre 2012; aceptado el 30 de noviembre de 2012

Resumen

Investigación cuasi experimental, realizada con gestantes adolescentes en el centro materno "Santa Lucía de Moche". Tuvo como objetivo Determinar la efectividad del Programa de Promoción de la Salud a través de conductas promotoras, beneficios y autoeficacia percibida y barreras percibidas. Se trabajó con 32 adolescentes embarazadas atendidas en la Unidad Operativa de Mujer, quienes participaron de un programa de seis sesiones, en el marco del modelo de Promoción de la salud de Nola Pender. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario sobre promoción de salud para adolescentes embarazadas y escala para medir las conductas promotoras de salud. El análisis se realizó utilizando estadística descriptiva. Del análisis de los resultados se concluye que el programa fue efectivo por el incremento de los beneficios y autoeficacia percibidos, disminución de las barreras percibidas y, conductas promotoras adecuadas en un alto porcentaje.

Palabras clave: Adolescente embarazada, promoción de la salud.

Abstract

Investigation cuasiexperimental. It was realized with pregnant teenagers attended at the mother center " Santa Lucia de Moche". The objective was to determine the efficiency of the Health Promotion Program by the increase of the health promotion behaviors, increase of the benefits and perceived autoefficiency and decrease of the perceived barriers. We worked with 32 pregnant teen, who participated in a six session program under of the model of health Promotion of Nola Pender. For the compilation of information was used the Questionnaire on promotion of health for pregnant teenagers and scale to measure health promotion behaviors. The analysis was performed using descriptive statistics. Analysis of the results it is concluded that the program was effective for increasing the perceived benefits and perceived self efficacy, decrease of the perceived barriers and adequate health promotions behaviors in a high percentage.

Key words: pregnant adolescent, promotion of the health.

¹ Dra. en Planificación y Gestión de la UNT. Profesora Principal de la Facultad de Enfermería de la UNT. E-mail: ragares@gmail.com

² Dra. En Salud Pública. Profesora Principal del Dpto. Enfermería de la Mujer y Niño. Facultad Enfermería – UNT.

³ Maestra en Enfermería. Profesora Principal del Dpto. Enfermería de la Mujer y Niño. Facultad Enfermería – UNT.

⁴ Psicóloga

I. INTRODUCCIÓN

La organización Mundial de la Salud [OMS] (1988, 1989) define al grupo de adolescentes como la población comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Población que representan una proporción significativa en los países de Centroamérica, Sudamérica y El Caribe, con un promedio de 21.7 por ciento en América Latina y en el Perú de 22.9 por ciento (Burht, 1988; Maddaleno, 1995). Históricamente la adolescencia ha sido una etapa del desarrollo olvidada en cuanto a la implementación y evaluación de programas de intervención en su salud, tanto física como mental. Este abandono, quizás, se ha debido a que desde la perspectiva de la salud, las tasas de morbilidad y mortalidad en este grupo etéreo son menores con respecto a la población en general (Moreno, Serrano. García, 1993; Nirenberg, Perrone, 1996).

El embarazo en adolescentes es conceptualizado como la gestación que ocurre en las mujeres menores de 19 años de edad. También se dice que el embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres, lo cual demuestra que la adolescente aún no ha alcanzado la madurez necesaria para cumplir con el rol de madre (Verdain, Bordes, 1995; Díaz, 2003). Según Toro (2010), la maternidad o paternidad adolescente es una de las consecuencias posibles de la actividad sexual practicada en una fase del desarrollo que ya implica fertilidad. Al respecto, Salaverry (2010) reportan que la edad promedio de la primera relación sexual en las madres adolescentes fue de 15 años siendo el intervalo de la primera relación sexual y el embarazo de los 7 a 12 meses de tener la primera relación sexual.

A nivel mundial anualmente 15 millones de adolescentes tienen hijos, lo cual representa poco más de 10 por ciento del total de nacimientos. El 80 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes tienen lugar en los países en vías de desarrollo viviendo la gran mayoría en déficit socioeconómico. En Sudamérica el máximo porcentaje obtuvo Venezuela con 20.5 por ciento, y el mínimo Chile con 10.2 por ciento. La mayor frecuencia de embarazos se encuentra en Centro América con 19

por ciento y la menor en el Caribe no Latino 14 por ciento (OPS, 2005).

En el Perú, según los Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI, 2010), el embarazo en adolescentes se elevó del 12,2 por ciento entre 2004 y 2006 a casi un 14 por ciento en 2009, cifras que aún son mayores entre los grupos más pobres y con menor nivel educativo. Además, las regiones selváticas de San Martín, Loreto y Ucayali concentran los mayores porcentajes de embarazos de adolescentes, con más del 20 por ciento de incidencia, frente al 10 por ciento registrado en Lima. Por el nivel de ingresos, las mujeres más pobres tienen su primer hijo a los 19 años y ya tienen tres con 26 años, edad a la que las mujeres más ricas empiezan a ser madres (MINSA, 2009).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú revela que las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 14,7 y 16,9 por ciento tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 31,0 y un 33,9 por ciento de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. La maternidad adolescente se diferencia grandemente, según departamento. Mientras una de cada tres adolescentes en San Martín ya tiene un hijo o están embarazadas, en Arequipa solamente una de cada veinte están en la misma situación y en el departamento de La Libertad el porcentaje es de 11.4 por ciento (INEI, 2010). En el distrito de Moche el embarazo durante la adolescencia es también un problema importante de salud, pues constituye un importante porcentaje del total de embarazos. El embarazo en la adolescencia debido a la alta incidencia se convierte en un grave problema social, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

El embarazo muchas veces representa el primer contacto de la adolescente con el sistema de salud, en donde el personal de enfermería actúa desde el primer contacto; para lo cual debe estar capacitado en el reconocimiento de las capacidades y acciones que las adolescentes embarazadas realizan para cuidarse. Situación que cobra importancia si se considera los resultados del estudio “Servicios de salud amigables a los y las adolescente en los servicios de salud en el distrito de Moche”, reportan

que los establecimientos de la micro-red Moche cuentan con servicios que cumplen parcialmente los indicadores de un servicio amigable a los y las adolescentes, siendo el centro de salud de Moche el que tiene el menor porcentaje (39.52 %) (Ramírez, Huertas, Guevara et al, 2008).

A pesar de haberse logrado avances importantes en la atención de salud de los (as) adolescentes, el conocimiento de su problemática en algunas áreas es todavía deficitario y presenta obstáculos para el planeamiento y la implementación de los servicios de salud a nivel nacional y en el distrito de Moche en particular. Con el Modelo de Atención Integral de Salud (MINSA, 2001) cada institución debe implementar actividades específicas de promoción con este grupo poblacional, no obstante todavía no se cuenta con la infraestructura, recursos humanos, técnicos y financieros suficientes, que faciliten este objetivo.

En este contexto cobra importancia la promoción de la salud, estrategia de la nueva salud pública que surge como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública. La " Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud" (Martínez, 1998) define la promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad (Martínez, 1998).

En enfermería Pender promueve e implementa el modelo de promoción de salud, el mismo que se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. Este modelo tiene una estructura similar al de creencias en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad sino que abarca también los comportamientos que favorecen la salud, en sentido amplio. Pender (2002) identifica los factores cognitivos perceptivos de la persona que se han modificado por las características situacionales, personales e interpersonales que se traducen en la participación de la persona y comunidad en el cuidado de la salud.

La teoría de Pender referida en Marriner (2007) identifica la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven

la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud. Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de situaciones y comportamientos. La definición individual de salud para uno mismo tiene más importancia que una afirmación general sobre la salud. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que la salud, como estado positivo de alto nivel, se asume como objetivo hacia el cual se esfuerza un individuo. El modelo propuesto por Pender incluye también la autoeficacia percibida considerada como el juicio de las capacidades de la persona para alcanzar cierto nivel de desempeño para realizar conductas promotoras de salud. Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos (Bandura, 1995; Pender, 2002).

La conducta promotora de salud es el punto final o resultado de acción en el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender (2002); sin embargo, debe notarse que la conducta promotora de salud está básicamente dirigida al logro de resultados de salud positivos para la persona y específicamente cuando están integradas en un estilo de vida saludable dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida. Por ello se ha considerado este modelo para trabajar el programa con las adolescentes embarazadas.

Existen numerosas investigaciones relacionadas con la adolescente embarazada pero son escasas las relacionadas con la efectividad de programas de atención dirigidas a éste grupo etéreo.

Hughes y Grubbs (1993) investigaron la comparación de las prácticas de autocuidado reportadas por adolescentes embarazadas con el tiempo de entrada a la atención prenatal. En el grupo de atención temprana el 94.1 por ciento reportó que los integrantes de la familia las ayudaron en el autocuidado, mientras que en el grupo de atención tardía el porcentaje baja a 83.3. Las actividades de autocuidado en ambos grupos fueron nutrición, ejercicio, descanso, seguridad y abstinencia de drogas, cigarro o alcohol. Flores (2005), en Bogotá-Colombia, implementó un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y prevención en gestantes adolescentes y reporta porcentajes que

igualaron o sobrepasaron el 50 por ciento en el estilo de vida promotor. Así mismo que el grupo que asistió a más de 11 sesiones se apropiaron y desarrollaron el proceso de toma de decisiones aplicándolo en algunas situaciones de su vida, logrando transformar la intención en acción.

Guevara (1997) realizó una investigación sobre el autocuidado en adolescentes embarazadas en Monterrey - México, donde obtuvo que los factores condicionantes básicos fueron predictores de las capacidades y de las acciones de autocuidado. Así mismo los factores del sistema familiar se correlacionaron en forma positiva y significativa con las acciones de autocuidado. Huertas, Guevara, Ramírez et al (1999), en la investigación "Efectividad del programa de atención para adolescentes embarazadas", en el puesto de salud Alto Moche, reportan cambios significativos en los conocimientos, las actitudes y acciones de autocuidado en las gestantes adolescentes que participaron en el programa.

Frente a esta problemática se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la efectividad del Programa de Promoción de la Salud a la adolescente embarazada (PPS-AE) usuaria del Centro Materno "Santa Lucía de Moche" durante el año 2010? La Hipótesis de investigación planteada es que: Las adolescentes embarazadas que participan en el Programa de Promoción de la Salud a la adolescente (PPS-AE) en el centro materno "Santa Lucía de Moche", incrementan sus conductas promotoras de salud, aumentan los beneficios percibidos y autoeficacia y disminuyen las barreras percibidas.

II. MATERIAL Y MÉTODO

El Estudio se realizó con el universo muestral, constituido por 26 gestantes adolescentes residentes en Moche Pueblo que acudieron a la Unidad Operativa de la Mujer del Centro de Salud Materno Santa Lucía de Moche y cumplieron con los criterios de inclusión: Adolescentes con embarazo normal, residencia en Moche Pueblo, edad gestacional a partir de 20 semanas y aceptar participar en el programa en forma voluntaria.

El diseño de trabajo fue el cuasi experimental pre-test – post-test, con un solo grupo (Hernandez, Fernández y Baptista, 2010). El programa de Promoción de la Salud a la adolescente embarazada (PPS-AE) estuvo orientado a mejorar su calidad de

salud y disminuir los índices morbimortalidad materno perinatal. El programa se desarrolló en 10 sesiones con una duración de 2 horas semanales, a cargo del equipo investigador en coordinación con los profesionales de salud del establecimiento. Las actividades del programa fueron de tipo grupal y se usaron diversas dinámicas participativas así como vídeos educativos. Los temas estuvieron relacionados a las conductas promotoras de salud para la gestante.

Para la recolección de la información se utilizó: i) Cuestionario de Promoción de la Salud para adolescentes embarazadas (CPSAE), consta de 5 partes: Características y experiencias individuales, Conocimientos y afectos específicos de la conducta, compromiso para el plan de acción, demandas competitivas y preferencias y conductas promotoras de salud; ii) Escala para medir las conductas promotoras de salud. Los dos instrumentos fueron elaborados por las autoras teniendo como referente el Modelo de Nola Pender (2002) y las Guías Nacionales de Salud Reproductiva del MINSA (2004). Los instrumentos fueron validados por opinión de expertos y aplicados a una muestra piloto de 10 adolescentes embarazadas residentes en el distrito de Víctor Larco, lo que permitió realizar las modificaciones básicamente en los ítems referidos a los beneficios y barreras percibidas.

Los datos fueron procesados por computadora con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 15, se hizo uso de la estadística descriptiva, con el fin de explorar la frecuencia y distribución de las variables estudiadas (promedios y porcentajes) antes y después de realizado el programa. Los resultados se presentan en cuadros estadísticos. Los resultados encontrados se discutieron contrastándolos con marco teórico y evidencias empíricas existentes.

Las participantes fueron informadas del objetivo de estudio, participación voluntaria, anonimidad, confidencialidad y libre decisión de suspender su participación cuando lo estimaron necesario (Polit y Hungler, 2000).

III. RESULTADOS

TABLA 1: BENEFICIOS PERCIBIDOS: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA GESTANTES ADOLESCENTES. MOCHE, 2010

BENEFICIOS PERCIBIDOS	Antes del Programa		Después del Programa		Diferencias
	N°	%	N°	%	
Aprender hábitos de salud	07	26.9	15	51.7	24.8
Aprender a proteger su salud	10	38.5	21	80.7	42.2
Hablar acerca del embarazo	08	30.7	26	100.0	69.3
Tener un bebé sano	23	88.9	26	100.0	11.1
Aprender acerca del parto	09	34.6	24	92.3	57.7
PROMEDIO	11.4	43.9	22.4	84.9	41.0

Fuente: CPSAE

n = 32

TABLA 2: BARRERAS PERCIBIDAS: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA GESTANTES ADOLESCENTES. MOCHE, 2010

BARRERAS PERCIBIDAS	Antes del Programa		Después del Programa		Diferencias
	N°	%	N°	%	
Sentirse deprimida	03	20.0	00	0.0	- 20.0
Sentirse estresada	06	40.0	01	6.7	- 33.3
Sentirse triste	06	40.0	01	6.7	- 33.3
Problemas personales	06	40.0	05	33.3	- 6.6
Problemas con su pareja	02	13.3	01	6.7	- 6.6
Miedo a exámenes médicos	03	20.0	01	6.7	- 13.3
Actitud del personal de salud	03	20.0	00	0.0	-20.0
Falta de dinero para CPN	03	20.0	03	20.0	0.0
PROMEDIO	04	26.6	1.5	10.0	- 16.6

Fuente: – CPSAE

n = 2

TABLA 3: AUTOEFICACIA PERCIBIDA: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA GESTANTES ADOLESCENTES. MOCHE, 2010

AUTOEFICACIA PERCIBIDA	Antes del Programa		Después del Programa		Diferencias
	N°	%	N°	%	
BAJA	10	38.5	03	11.5	- 27.0
ALTA	16	61.5	23	88.5	27.0
TOTAL	26	100.0	26	100.0	

Fuente: CPSAE

TABLA 4: CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA GESTANTES ADOLESCENTES. MOCHE, 2010

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD	Adecuado		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Control prenatal	23	88.5	03	11.5	26	100.0
Nutrición	19	73.1	07	26.9	26	100.0

Práctica estimulación intrauterina	18	69.2	08	30.8	26	100.0
Prácticas de higiene	22	84.6	04	15.4	26	100.0
Preparación para el parto	17	65.4	09	34.6	26	100.0
Suplemento nutricional	26	100.0	00	0.0	26	100.0
PROMEDIO	20.8	80.1	5.2	19.9	26	100

Fuente: CPSAE

IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescencia por su alta incidencia se convierte en la actualidad en un grave problema social, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. La unión conyugal y la maternidad de mujeres adolescentes en el Perú es un problema compartido por autoridades, investigadores, padres de familia y funcionarios de organismos nacionales e internacionales que se ocupan del adolescente. Sin embargo ésta preocupación no tiene correlación con la puesta en marcha de acciones que a través de adecuadas políticas especiales de prevención y atención hagan frente a las causas que originan el problema (Villalobos, 1997). En este contexto cobra importancia la promoción de la salud, estrategia que surge como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública (OPS, 1991); en el marco de la cual se presentan los resultados de la presente investigación.

La tabla 1 muestra los beneficios percibidos por las gestantes adolescentes antes y después de realizado el programa de promoción de la salud, en ella se observa un incremento porcentual en los cinco indicadores trabajados, después de aplicado el programa alcanzaron mayor incremento hablar acerca del embarazo (69.2 %), aprender acerca del parto (57.7 %) y aprender a proteger su salud (42.3 %). Los indicadores con menor incremento fueron aprender hábitos de salud y tener un bebé sano con 24.8 y 11.0 por ciento respectivamente. Es importante destacar que en relación a tener un bebé sano se encuentra poco incremento por que fue un beneficio percibido por el 88.5 por ciento de las gestantes, antes de efectuado el programa, resultado que evidencia su aceptación del rol materno y preocupación por el nuevo ser que van a tener. Los indicadores de mayor incremento están relacionadas a su situación de madre gestante, al respecto Pender (2000), señala que las personas pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altas.

La tabla 2 presenta las barreras percibidas por las gestantes adolescentes antes y después de aplicado el programa educativo. Se observa una disminución significativa en las barreras relacionadas con los factores intrapersonales como son: Sentirse estresada y sentirse triste en un 33.3 por ciento y sentirse deprimida en un 20 por ciento; Los problemas personales y problemas con la pareja son los que presentaron poco cambio (6.7 %); en las barreras relacionadas a factores institucionales: Miedo a los exámenes médicos y actitud del personal de salud, la percepción de la gestante adolescente disminuyó en un 13.3 y 20 por ciento respectivamente.

Al respecto, no se evidencian investigaciones relacionadas a barreras percibidas por adolescentes embarazadas para el cuidado de su salud, pero sí se reporta el estudio realizado por Bazán, Torres, Sanchez et al (2004) en el Instituto Materno Perinatal de Lima en adolescentes respecto a barreras para el uso de métodos anticonceptivos (MAC), donde concluyen que los factores que están relacionados al uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes con embarazo no planificado fueron el desconocimiento sobre los MAC y las barreras percibidas para el acceso de anticonceptivos.

De acuerdo a los resultados encontrados se observa que las barreras intra-personales y las relacionadas a la institución de salud fueron las que lograron disminuir a lo largo del desarrollo del programa, las mismas que probablemente han permitido desarrollar conductas promotoras de salud en las adolescentes (Tabla 4); al respecto Molina (1992) afirma que la mayor morbilidad en los embarazos de mujeres de corta edad depende en gran medida del entorno psicoafectivo, y del control sanitario que se brinde a la menor, ya que “Cuando la familia y la sociedad brindan apoyo a la adolescente embarazada, el riesgo materno-perinatal es semejante al de las embarazadas adultas y menor que el de las adolescentes embarazadas no incluidas en un sistema de atención integral. En tanto los problemas más difíciles de resolver son los

sociales, económicos y psicológicos”. Situación coincidente con lo reportado en la presente investigación, donde las barreras más difíciles de reducir fueron las relacionadas con el aspecto económico y problemas psicológicos de la adolescente.

La tabla 3 presenta los niveles de autoeficacia percibida por las adolescentes embarazadas, la misma que muestra que el 61.6 por ciento presentaron un alto nivel de autoeficacia antes de iniciar el programa y el 38.5 por ciento un nivel bajo; mientras que terminado el programa educativo el 88.5 por ciento de las adolescentes presentan un nivel de auto-eficacia alto y solamente el 11.5 por ciento un nivel bajo. Estos resultados muestran que terminado el programa se incrementó en un 26.8 por ciento las gestantes con nivel de autoeficacia alto, así mismo disminuyó en un porcentaje similar (26.9%) las gestantes adolescentes con nivel de autoeficacia bajo. Como se puede observar es alto el porcentaje de autoeficacia percibida antes de iniciado el programa, situación que podría estar relacionada a las características propias de la adolescencia, los cuales tienen la voluntad, perseverancia y confianza, cualidades de una persona autoeficaz. La autoeficacia se ha definido de múltiples formas, sin embargo la mayoría de los autores concuerdan en que la autoeficacia es la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y sobre el control que ejerce sobre su funcionamiento (Bandura, 1995, Bandura, 1997). En salud, la definición más abarcadora que ayuda a la implementación de programas de promoción es: "la creencia que el ser humano tiene en la capacidad de desarrollar cursos de acción que se requieren para alcanzar logros" (Pender, 2002).

En este sentido, los resultados revelan que las gestantes adolescentes estarían en la capacidad de implantar comportamientos saludables para su salud, así como generar y mantener la motivación que se requiere para lograr y mantener estos comportamientos, y experimentar las emociones al ejecutar el comportamiento o al anticipar sus resultados tal como lo menciona Bandura (1995) en su modelo propuesto. Novoa y Serrano (2006) en el estudio “Autoeficacia en la negociación sexual: Retos por la prevención del VIH/SIDA en mujeres portorriqueñas” reportan que las mujeres expresaron sentirse más autoeficaces para “ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo”, y

“expresar reafirmación por el interés en protegerse”. Resultados que pueden deberse a diversas razones incluyendo: i) el nivel educativo, ii) la correspondencia de estas destrezas, con el inicio de la negociación, iii) la deseabilidad social, y iv) una reacción de rechazo a la práctica sexual anal sugerida en los reactivos. Así mismo, Carvajal (2006) en Colombia, en estudio cuali-cuantitativo realizado en adolescentes embarazadas afrodescendientes en Buevaventura concluye que el embarazo en dicho grupo etario podría estar correlacionado con la auto-eficacia percibida, la percepción de la actitud de los pares y la norma social percibida hacia el embarazo en la adolescencia y las características socio-familiares.

La autoeficacia percibida desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano en la medida que afecta comportamiento no sólo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves tales como metas y aspiraciones, expectativas de resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades que se les presentan en el medio social (Pender, 2002).

La tabla 4 muestra que las adolescentes en estudio alcanzaron altos porcentajes en conductas promotoras de salud: Control pre-natal y las prácticas de higiénicas, tuvieron porcentajes mayores del 80 por ciento, nutrición 70 por ciento, estimulación intrauterina 69.2 por ciento y preparación para el parto 65.4 por ciento. Así mismo, es importante señalar que el 100 por ciento de las gestantes recibió suplementos nutricionales diarios. Resultados que responden al incremento de porcentaje beneficios percibidos, así como a la disminución en barreras percibidas y el nivel de auto-eficacia percibida. Los trabajos de programas para adolescentes gestantes encontrados no consideran los beneficios y barreras percibidas así como la autoeficacia con el modelo de propuesto por Nola Pender.

Flores (2005), en Bogotá- Colombia, implementó un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y prevención en gestantes adolescentes y reporta puntajes "altos" que igualaron o sobrepasaron el 50 por ciento del puntaje máximo en el estilo de vida promotor. Así mismo que el grupo que asistió a más de 11 sesiones se apropiaron y desarrollaron el proceso de toma de decisiones aplicándolo en algunas situaciones de su vida, logrando transformar la

intención en acción. Hughes y Grubbs (1993) investigaron la comparación de las prácticas de autocuidado reportadas por adolescentes embarazadas con el tiempo de entrada a la atención prenatal. En el grupo de atención temprana el 94.1 por ciento reportó que los integrantes de la familia las ayudaron en el autocuidado, mientras que el grupo de atención tardía el porcentaje disminuyó a 83.3 por ciento.

V. CONCLUSIONES

El Programa de Promoción para Gestantes Adolescentes fue eficaz porque:

- Los beneficios percibidos de las adolescentes que participaron del Programa de Promoción de la Salud a la adolescente embarazada se incrementaron en un promedio de 41 por ciento; con mayores porcentajes en: Hablar del embarazo, aprender acerca del parto y aprender a proteger la salud.
- Las barreras percibidas de las adolescentes que participaron del Programa de Promoción de la Salud a la adolescente embarazada disminuyeron en un promedio de 16.6 por ciento; con mayores porcentajes en factores intra-personales: Sentirse estresada y sentirse triste.
- La autoeficacia percibida de las adolescentes que participaron del Programa de Promoción de la Salud a la adolescente embarazada se incrementó después del programa de 61,5 por ciento a 88,5 por ciento.
- Las conductas promotoras de salud de las gestantes adolescentes que participaron del Programa fueron adecuadas en un alto porcentaje (80.1 en promedio), con mayores porcentajes en control prenatal, prácticas de higiene y nutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bandura, A. (Ed.) Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press; 1995.

Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.

Bazán V, Torres S, Sánchez K, Sánchez V. Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el

embarazo no planificado en adolescentes. Instituto Materno Perinatal. Lima: Asociación de Investigación y Desarrollo Latinoamericano. Egresados de la Facultad de Medicina. UNMSM; 2004.

Burht M. ¿Por qué debemos invertir en adolescente? Washington, D.C: OPS Fundación W.K. Kellogg; 1988.

Carvajal, R. Embarazo en adolescentes afrodescendientes. Colombia: Fundación FES; 2006.

Díaz, V. El Embarazo Adolescente en México. 2003. <http://www.medigraphic.com/espanol/eh-tms/e-gaceta/e-gm2003/e-gms03-1/em-gms031e.htm>. Accesado octubre del 2010.

Flores, L. Elaboración e Implementación de un Programa para la Salud dirigido a la Promoción y la Prevención en Adolescentes Gestantes. Unidad de Investigaciones Dpto. de Psicología U. Católica Universidad Nacional de Colombia: Bogotá; 2005.

Guevara, M. Autocuidado en adolescentes embarazadas en una área urbano marginada de Apodaca, Nuevo León. Tesis Ms. UANL – México; 1997.

Hernandez S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. 5° ed. México: Edit. Mc Graw Hill; 2010.

Huertas, F. Factores condicionantes básicos y capacidad de autocuidado de la adolescente embarazada, distrito de Moche. Tesis Ms. UNT – Trujillo; 1999.

Huertas, F; Guevara M; Ramírez, E; Vargas, N; García, V; Ocampo C. Efectividad del programa de atención para adolescentes embarazadas, Puesto de Salud Alto Moche. Trabajo de investigación. OGPRODEIN. Moche- Trujillo-Perú; 1999.

Hughes, S. y L. Grubbs. A comparison of self-reported self-care practices of pregnant adolescent. Nurse Practitioner. 18(9): 25 - 29. 1993.

INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Visión Nacional y Departamental. Lima: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales; 2010.

Maddaleno M. La salud del adolescente y el joven. Washington. DC: OPS; 1995.

Martinez F. Salud Publica. Madrid: Edit. McGraw Hill Interamericana de España; 1998.

Marriner, A y Raile, M. Modelos y Teorías de Enfermería. 6° Ed. Madrid: Elsevier; 2007.

MINSA. Embarazo en adolescentes; Lima: 2009. www.periodismoenlinea.org/especiales/.

Accesado: octubre del 2010.

MINSA. Modelo de Atención Integral. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012. Lima; 2001.

MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas. Lima: Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud; 2004

Molina R: Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. Pérez-Sánchez: Obstetricia. 2ª ed. Santiago: Ediciones Técnicas Mediterráneo Ltda; 1992; 179-84

Moreno E, Serrano C. García T. Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1993.

Nirenberg O, Perrone N. Programa Regional de Adolescencia. Proyecto OPS - Kellog de apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescente en la región de las Américas. Informe evaluativo, Washington DC: OPS; 1996.

Novoa y Serrano. Autoeficacia en la negociación sexual: Retos por la prevención del VIH/SIDA en mujeres portorriqueñas. Revista latinoamericana de psicología, 38 (1). Colombia, 2006: 21-43.

OPS - KELLOG. Proyecto de Desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe; 1998.

Organización Panamericana de La Salud. Marco Conceptual. Programa de Salud Integral del Adolescente. Washington D.C; 1991.

Organización Panamericana de la Salud. Salud Integral de los adolescentes. Consejo Directivo, XXXVI Reunión, Tema 5.6 del Programa. Washington D.C. 1995. Burht M. ¿Por qué debemos invertir en adolescente? OPS Fundación W.K. Kellogg; Washington, D.C; 1988.

Organización Mundial de la Salud. Documento Básico para las discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. 42ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 1989.

Organización Panamericana de la Salud. Salud Integral de los adolescentes. Consejo Directivo, XXXVI Reunión, Tema 5.6 del Programa. Washington D.C. 1995.

Organización Panamericana de la Salud. El Embarazo Adolescente. 2005. http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%2068%20Embarazo%20Adolescente.htm. Accesado: Setiembre del 2010

Papalia, D. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 9° Ed. Buenos Aires: Edit. Mc. Graw Hill; 2005

Pender, N; Murdaugh, C; Parsons, M. La promoción de la salud en la práctica de enfermería. 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2002.

Pender N. Modelo de Promoción de la Salud. Conferencia Taller dirigido a profesionales de Enfermería del Área de la Salud. UANL – My – México; 2000.

Pender N; Murdaugh, C; Parsons, M. La promoción de la salud en la práctica de enfermería. 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2002.

Polit B, Hungler B. Investigación científica en las ciencias de la salud. 6ta. Edición, México D.F: Edit. Interamericana; 2000.

Ramírez, E; Huertas, F; Guevara M; Uribe I. Servicios de Salud Amigables a los y las adolescentes. Micro red Moche. Enfermería, Investigación y Desarrollo. 2007 – 2008, vol 8 (1), Sección de post-grado en Enfermería. Trujillo, 2008: 62-73.

Salaverry, O. Embarazo en adolescentes de Lima. 2010.

<http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>. Accesado: octubre del 2010.

Toro, J. El adolescente en su mundo: Riesgos, problemas y trastornos. Madrid: Edic. Pirámide; 2010.

Verdain, S.; Bordes, J. Clínica Médica Norteamericana. Medicina del Adolescente. 2da. Ed. México: Interamericana; 1995.

Villalobos N. Fecundidad adolescente en La Libertad. En: Fecundidad en la Región La Libertad: Situación actual y perspectivas. . Trujillo, COREPOLL-UNT; 1997.