

INFORME FINAL

MARGARITA MARÍA LLANO MEJÍA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
PRACTICAS PROFESIONALES
PEREIRA – RISARALDA
2009**

INFORME FINAL

Informe Final de práctica profesional realizada en Comfamiliar Risaralda
En el periodo comprendido entre Enero de 2009 y Noviembre de 2009

Margarita María Llano Mejía

Estudiante

Ana María Maya Castaño

Asesora

Psicóloga

Universidad Católica Popular del Risaralda

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Programa de Psicología

Pereira – Risaralda

2009

Dedicatoria

A Dios...

Por ser mi alfarero, mi luz y mi esperanza en este caminar,
fortaleciendo mis debilidades y utilizando mi ser como
instrumento para servir.

A mis padres...

A mi Madre por creer en mí y en mis sueños,
por ser incondicional y ser mi pilar de vida...
por su amor.

A mi Padre por ser compañero de experiencias,
y guiador de mis proyectos...
por su confianza.

A mi tía...

Porque ha sido mi amiga fiel en el camino de mi vida,
por sus enseñanzas y cariño.

Agradecimientos

A Dios...

Por brindarme todos los medios para culminar mi meta.

A mis padres...

Por confiar en mí y acompañarme en mi proyecto de vida.

A mi tía...

Por ser fiel y estar ahí siempre que lo he necesitado.

A mi amigos y amigas...

Por caminar conmigo y ser mi apoyo.

A mi compañero y lugar de práctica...

Por ser mi amigo y enseñarme las herramientas esenciales,
para ser una excelente profesional.
y al lugar de práctica por darme la oportunidad de
crecer y formarme como profesional y ser humano.

RESUMEN

El presente plan de práctica contiene toda la información comprendida entre el 16 de Enero de 2009 y el 22 de noviembre de 2009, periodo de práctica realizado en Comfamiliar Risaralda. Se inicia con la identificación de necesidades institucionales las cuales direccionan los ejes de intervención a plantear, dentro de los cuales se efectuaron dos: uno individual y otro psicoeducativo, en la población Adolescente y Madres Gestantes. Cada eje cuenta con un procedimiento desarrollado, arrojando resultados tanto cualitativos como cuantitativos, que permitieron finalmente establecer unas conclusiones y recomendaciones.

ABSTRACT

This plan contains all the information circulation between January 16, 2009 and on 22 November 2009, the period of practice conducted in Comfamiliar Risaralda. It begins with the identification of institutional requirements which routed the lines of action to raise, within which were two: one individual and one psychoeducational in adolescents and pregnant mothers. Each axis has a procedure developed, yielding both qualitative and quantitative results, which finally allowed definitive conclusions and recommendations.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

Listas Especiales 9

Lista de Tablas

Lista de Figuras

Lista de Apéndices

Lista de Anexos

Glosario de Términos 10

Introducción 13

1. Presentación del sitio de Práctica 15

2. Marco Referencial 19

2.1 Diagnostico o identificación de necesidades 19

2.2 Ejes de Intervención 25

2.2.1 Intervención Psicológica Individual 25

2.2.2 Intervención Psicoeducativa 25

2.3 Justificación 26

2.3.1 Eje de intervención Psicológica individual 26

- *Novedad 26*
- *Interés 27*
- *Utilidad 27*

2.3.2 Eje de intervención Psicoeducativa 28

- *Novedad 28*
- *Interés 29*
- *Utilidad 29*

3. Marco Teórico 30

4. Propuesta de Intervención 67

4.1 Intervención Psicológica individual 67

4.1.1	<i>Objetivo General</i>	68
4.1.2	<i>Objetivos específicos</i>	68
4.1.3	<i>Estrategias de acción</i>	68
4.1.4	<i>Procedimiento desarrollado</i>	70
4.1.5	<i>Población</i>	71
4.1.6	<i>Presentación y análisis de resultados</i>	71
4.1.7	<i>Evaluación de Impacto</i>	75
	• <i>Indicadores de logro Cuantitativos</i>	75
	• <i>Indicadores de logro Cualitativos</i>	76
4.1.8	<i>Dificultades encontradas</i>	76
4.2	<i>Intervención Psicoeducativa</i>	76
4.2.1	<i>Objetivo General</i>	77
4.2.2	<i>Objetivos específicos</i>	77
4.2.3	<i>Estrategias de Acción</i>	78
4.2.4	<i>Procedimiento desarrollado</i>	78
4.2.5	<i>Población</i>	79
4.2.6	<i>Presentación y análisis de resultados</i>	80
4.2.7	<i>Evaluación de Impacto</i>	85
	• <i>Indicadores de logro Cuantitativos</i>	85
	• <i>Indicadores de logro Cualitativos</i>	85
4.2.8	<i>Dificultades encontradas</i>	86
5.	Conclusiones	87
6.	Recomendaciones	89
7.	Complementarios	90
	Bibliografía	90
	Apéndices	91
	Anexos	92

Listas Especiales

FIGURAS

Figura 1. Diagnósticos más frecuentes en Intervención Individual Adolescentes

Figura 2. Diagnósticos más frecuentes en Intervención Individual Madres Gestantes

Figura 3. Adherencia al tratamiento individual en Adolescentes y Madres Gestantes

TABLAS

Tabla 4. Inscritos mensualmente al grupo de Adolescentes y Madres Gestantes

Tabla 5. Temáticas abordadas en los talleres del Grupo de Adolescentes

Glosario de Términos

Adolescencia: Es un continuo de la existencia del joven, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios fisiológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta.

Aprendizaje: Cualquier cambio duradero en el comportamiento, producido como una función de la interacción entre la conducta y el contexto.

Diagnóstico: proceso por el cual se determina la naturaleza de un trastorno o enfermedad, estudiando su origen, su evolución y los signos y síntomas manifestados por ellos.

Factor de riesgo: Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

Gestación: Es una época de grandes cambios ya que todo el cuerpo se estará adaptando al desarrollo de una nueva vida.

Prevención y Promoción: La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales,

orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.

Psicología Clínica: La sub-disciplina de la psicología que pretende el estudio, la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, la ayuda, el tratamiento, rehabilitación y prevención que afecte a la salud mental y del malestar psíquico sea cual sea la génesis.

Psicología de la salud: La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad.

Refuerzo Negativo: Estimulo que cuando se reduce como consecuencia de una respuesta da lugar al incremento y/o mantenimiento de esa respuesta.

Refuerzo positivo: Cuando un estímulo, ya sea un objeto o evento es presentado como consecuencia de una respuesta; y está última se incrementa o mantiene como resultado de dicho estímulo. Ej.: reconocimiento de logro o esfuerzo.

Terapia Cognitivo Conductual: Gira entorno al paciente y en el presente, su eje está en los síntomas y su solución, logrando que el paciente a través de su generalización

pueda transferir ese aprendizaje a todos los aspectos de su vida, donde pueda aprender a manejar lo que en su momento le esta ocurriendo generando así estrategias que le permitan la solución de problemas cuando se le presenten

Salud Mental: o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

Introducción

Comfamiliar Risaralda es una institución de carácter social que nace con el objetivo de atender las necesidades de las clases menos favorecidas por medio del subsidio familiar y otros, proyección tal que involucra la familia como núcleo básico de la sociedad, creando posteriormente programas dirigidos a lograr una cobertura global enfocada no solamente a la salud sino también a otras necesidades como lo son: vivienda, cultura, recreación, educación, fomento de empresas familiares, crédito y mercado social.

Para poder dar cumplimiento a estas necesidades se requiere que existan diferentes departamentos los cuales tienen su objetivo social específico. El Departamento de Promoción y Prevención dentro de la opción salud, cuenta con programas como: Crecimiento y desarrollo, Planificación familiar, detección de alteraciones del joven, Detección de alteraciones del adulto, Control prenatal, Control post parto, Agudeza visual, Detección del cáncer (Próstata, gástrico, mama), Odontología, Programas especiales para las enfermedades de interés público, Atención integral al paciente con dolencia crónica, Apoyo nutricional, Ruta de la salud y Programa de psicología.

Dentro del programa de psicología se ha establecido un convenio con la Universidad Católica Popular del Risaralda el cual un practicante de psicología realice su práctica profesional en dicha área mediante los diferentes programas de intervención que la entidad ofrece a la población en riesgo. La práctica profesional tendrá una duración de diez meses comprendidos desde el 16 de Enero de 2009 hasta el 16 de Noviembre de 2009.

Retomando la misión y la visión de la entidad puede identificarse que su mayor propósito es lograr una intervención integral con un equipo humano profesional que garantice un servicio con excelencia desde sus valores fundamentales como la comunicación, integridad, servicio, calidad, eficiencia, orden, responsabilidad y respeto, permaneciendo como actor dinámico en el bienestar de la comunidad.

Siguiendo con estos lineamientos se hace esencial formular y ejecutar propuestas encaminadas a la prevención integral desde las áreas educativa, familiar, social y psicológica aportando así a los objetivos y servicios institucionales frente a la comunidad.

El diseño del plan de práctica esta fundamentado desde supuestos teóricos, los cuales se han desglosado previamente a partir de la identificación de necesidades tanto en la institución como de la misma sociedad, ejecutando unas estrategias de acción que apunten a la realización de unos ejes como los son el campo clínico y educativo.

En el campo de la psicología clínica la intervención será desde el enfoque cognitivo – conductual para los casos que requieran de un proceso terapéutico, de igual manera se realizará atención en prevención, orientación de factores en riesgo y atención en crisis.

Desde la psicología educativa se realizarán talleres diseñados para el bienestar de los Adolescentes (Programa para jóvenes en las edades entre 10 y 19 años) y Madres Gestantes (a partir del quinto mes de gestación) quienes atraviesan por una problemática específica y necesitan de dichos espacios de orientación grupal.

El siguiente Informe final de práctica, contiene los resultados evaluados en el periodo del mes de Enero hasta el mes de noviembre de 2009

1. Presentación del sitio de práctica

COMFAMILIAR RISARALDA se crea mediante el decreto 118 del 21 de junio de 1.957. En el se establecen los argumentos con los cuales el Gobierno Colombiano considera importante “atender las necesidades de las clases menos favorecidas económicamente y fomentar su mejoramiento”. Se encargaba solamente de la administración y redistribución de los aportes de las empresas afiliadas, mediante el subsidio familiar. Después se inicio la prestación de los servicios sociales en un consultorio

pediátrico y más tarde se abrió una guardería y los servicios de consulta médica y odontológica.

La misión de esta caja de compensación prestadora de servicios es ser una entidad dentro del campo de la protección social, que promueve el desarrollo integral de la familia, como núcleo básico de la sociedad por medio de programas ofrecidos, como la salud, vivienda, cultura, recreación, educación, fomento de empresas familiares, crédito y mercado social, manteniendo siempre su política de optimizar los recursos y financiarlos a través del incremento de la competencia del personal, desarrollando programas que buscan la satisfacción del cliente, convirtiendo a su vez el servicio en una cultura de mejoramiento continuo.

Logrando de esta manera la excelencia y el posicionamiento institucional, orientado por principios y valores fundamentales de su equipo humano como: la comunicación, integridad y pertinencia, servicio, calidad y eficiencia, orden, responsabilidad y respeto. La entidad tiene como visión, permanecer como actor dinámico en el campo de la protección y del bienestar de la comunidad, conservando el liderazgo y proyección institucional.

COMFAMILIAR RISARALDA dentro del campo de la protección social cuenta con cuatro áreas representativas, una de estas áreas es la caja de compensación familiar encargada de vivienda, turismo, recreación, educación, crédito social y subsidios; la segunda corresponde a la institución Prestadora de Servicios (I.P.S) que comprende el área de la clínica Materno Infantil, centros médicos, odontológicos, gerontología, salud ocupacional, droguería y promoción y prevención; la tercera hace referencia a la Atención integral a la niñez de 0 a 6 años y las jornadas escolares complementarias; por ultimo esta la entidad Promotora de salud (E.P.S) y el Servicio Occidental de Salud (S.O.S). Dentro de su gestión brinda servicios no solo a su E.P.S sino también a Colmédica y el régimen subsidiario (ARS) SISBEN Comfamiliar.

Dentro de los procesos Misionales se despliegan cuatro opciones: salud, apropiación específica, apropiación no específica y otros negocios. En la opción salud puede encontrarse el departamento de Promoción y Prevención.

Departamento de Promoción y Prevención

Las campañas y estrategias de promoción y prevención en salud gozan de gran aceptación y reconocimiento en el departamento, rindiendo enormes beneficios que se han visto en el mediano y largo plazo.

Objetivo General

Promocionar la salud y prevenir la enfermedad a través de programas que permitan dar información y ejercer control sobre los usuarios y su entorno.

Objetivos Específicos

- Crear campañas y estrategias de promoción y prevención en la salud con gran acogida y reconocimiento en el departamento.
- Incorporar hábitos diarios saludables en cada individuo, actitudes de prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, buscando brindar beneficios a mediano y largo plazo.
- Crear programas psicoeducativos de promoción y prevención en la salud que correspondan a las necesidades de la sociedad.

El programa de Promoción y Prevención tiene en ejecución los siguientes programas:

- Crecimiento y desarrollo
- Planificación familiar: detección de alteraciones del joven

- Detección de alteraciones del adulto
- Control prenatal
- Control post parto
- Agudeza visual
- Detección del cáncer (Próstata, gástrico, mama)
- Odontología
- Programas especiales para las enfermedades de interés público
- Atención integral al paciente con dolencia crónica
- Apoyo nutricional
- Ruta de la salud
- Programa de psicología

El ÁREA DE PSICOLOGÍA, tiene como objetivo brindar servicios de atención individual y grupal a niños, adolescentes, madres y adultos, mediante programas específicos de evaluación e intervención en psicología clínica y educativa. También ofreciendo apoyo psicoeducativo a los profesionales de la salud y empresas, con el fin de promover comportamientos saludables, prevenir y tratar estados disfuncionales desde una visión biosicosocial.

Las funciones principales de esta área son: en primer lugar, la atención psicológica individual que corresponde a cuatro pasos: evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento con el fin de lograr una mejoría en la salud mental de los pacientes reflejándose ésta a su vez en su calidad de vida. Teniendo en cuenta que la función principal de promoción y prevención es orientar para prevenir comportamientos disfuncionales posteriores, en algunos casos no es necesaria la aplicación de los cuatro pasos anteriormente mencionados, siendo esta intervención simplemente orientadora y preventiva.

Y en segundo lugar, están los programas psicoeducativos de prevención y promoción en salud, los cuales se dirigen a madres gestantes en el Programa Apoyo terapéutico Prenatal y en los talleres dirigidos a la población adolescente entre los 10 y 19 años de edad, con el fin de promover comportamientos saludables, prevenir y tratar estados disfuncionales desde una visión biopsicosocial.

2. Marco Referencial

2.1 Diagnostico o identificación de necesidades

Para la identificación de dichas necesidades se retomaron herramientas como: una entrevista semiestructurada dirigida a funcionarios de la organización (ver Apéndice A), con el objetivo de identificar desde su profesión y puesto de trabajo cuales son las necesidades para intervenir desde la psicología clínica, se revisaron las estadísticas de la institución con respecto a los indicadores del año 2008 (ver Anexo Uno) sobre el Curso de Apoyo Terapéutico para Madres Gestantes –nombre utilizado por la institución para dicho programa-, de igual manera se planteó apoyado desde la Resolución Número 412 de 2000, la importancia de la creación y sostenimiento de un programa para adolescentes denominado “SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES” y finalmente se tuvo en cuenta la opinión del Coordinador de Promoción y Prevención el Doctor Jhon Cortés Maldonado quien hace el aporte sobre la importancia de intervención a los adolescentes y Madres Gestantes.

Se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud (Médicos, Psicólogo y Auditor Médico), quienes tienen un contacto directo con pacientes de la institución. En la primer pregunta la cual esta dirigida a los aspectos más importantes para intervenir en la población, se identifica una fuerte necesidad de abordar la salud física, educación a los adolescentes, procesos educativos frente a sus enfermedades, manejo de patologías y especialmente un abordaje a la salud mental de los consultantes, apoyado esto

con la pregunta número dos que retoma las necesidades identificadas en los pacientes, las cuales van dirigidas a un bienestar psicológico, acompañamiento psicológico y familiar, tratamiento de patologías, educación y cuidados de la salud. La tercera pregunta se relaciona con la forma de contribuir desde el puesto de trabajo a cubrir estas necesidades, lo que determina tener comportamientos como la escucha, recomendaciones saludables, y atención de psicoterapia tanto individual como grupal. En la cuarta pregunta se evidencian limitantes como presupuesto, la ley 100 de 1993, tiempo destinado para la consulta, ausencia de seguimiento y nivel educativo de los usuarios y como aspectos para mejorar en el área de psicología se observa una necesidad de mejorar la cobertura en programas, capacitaciones al usuario, apoyo en terapia de rehabilitación y contratación de profesionales de la salud (psicólogos).

Como resultado después de efectuar el análisis de las entrevistas, se identificó una clara necesidad de realizar intervención psicológica a los usuarios de la institución, ya que actualmente se establece como necesidad primordial un equilibrio en la salud mental para prevenir e intervenir posibles patologías y enfermedades, tanto en los adolescentes como en los demás consultantes.

Respecto a la cobertura del Curso de Apoyo Terapéutico para Madres Gestantes, en el primer semestre de 2008 (Enero – Junio) el porcentaje es del 75%, y un total de 615 maternas inscritas durante los últimos seis meses, lo que indica una alta cobertura durante el primer semestre del año. En el segundo semestre de 2008 (Julio – Diciembre) la cobertura fue del 65% y un total de 474 maternas inscritas durante los últimos seis meses, lo que evidencia un mantenimiento global del porcentaje de cobertura.

En relación al número de maternas que han tenido parto normal o cesárea y han asistido al curso de Apoyo terapéutico para Madres Gestantes durante los doce meses del año, el porcentaje total es del 72,72%, lo que sostiene una gran influencia terapéutica en nacimientos llevados hasta su fin, y en especial se nota un alto incremento en los partos

normales de quienes han asistido al Curso de Apoyo terapéutico, dando cumplimiento de esta manera a uno de los objetivos de los cursos que es disminuir los partos por cesárea y reducir complicaciones en la gestación, parto y puerperio.

Finalmente estos porcentajes estadísticos sostienen que el curso de Apoyo Terapéutico para Madres Gestantes ha tenido durante el año 2008 alta influencia en las maternas lo que promueve a continuar con estos cursos este periodo de 2009.

El Ministerio de Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA – Colombia, en el mes de Diciembre del año 2007, publicaron el texto titulado “SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES. “ un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia”. Es una guía dentro del sistema de seguridad social actual de Colombia, que sirve como norma técnica para detectar e intervenir en forma temprana los problemas de salud que afectan el desarrollo de jóvenes entre 10 y 19 años, tiene como objetivos específicos identificar oportunamente los problemas que afectan a jóvenes y adolescentes; promover la orientación y planes de intervención en salud de una manera participativa con el adolescente y coordinadamente con su familia, colegio, centro de salud, buscando la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de riesgos, promover el auto cuidado, factores protectores y el control de los factores de riesgo teniendo en cuenta la búsqueda del desarrollo sano del joven.

Según la definición de la Resolución Número 412 de 2000, la institución plantea la necesidad de crear un programa para adolescentes apoyado en su Artículo 1 que tiene como objeto adoptar las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

Esta resolución apoya y establece prioridad en la detección temprana y atención al manejo de enfermedades de interés en salud pública, dentro de lo cual se hace pertinente y relevante trabajar con la población de adolescencia, debido a problemáticas como: enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, suicidio, homicidio y demás situaciones que demandan dicha intervención.

En este orden de ideas se hace pertinente e importante intervenir directamente a la población de adolescentes desde dos instancias. La individual que corresponde a un proceso terapéutico que incluye su familia, pareja y colegio. Y la grupal que se dirige a talleres educativos y reflexivos, foros, encuentros juveniles, dinámicas, con el objetivo principal de llegar a los jóvenes para de esta manera poder lograr prevenir, educar, y resolver todos esos cuestionamientos, dudas y cambios característicos de dicha etapa evolutiva.

Actualmente en la institución existe un proyecto dirigido al programa para adolescentes realizado por Juanita Valencia Psicóloga, quien planteó la importancia de acoger a esta población ya que por sus características son vulnerables a presentar riesgos en su salud tanto física como mental. Propósito tal que se retomará en este periodo para su ejecución.

De igual manera el coordinador del Área de Promoción y Prevención el Doctor Jhon Cortés Maldonado, manifestó su fuerte necesidad de intervenir tanto a los jóvenes adolescentes como a las madres gestantes debido a sus características de vulnerabilidad tanto a nivel biológico como a nivel social, ya que en el caso de las madres gestantes son portadoras de nuevas vidas y los jóvenes son seguidores de metas que se ha creado la sociedad frente a la juventud.

Durante todo el periodo de práctica no se ha identificado nuevas necesidades que ameriten una modificación de los ejes de intervención planteados en el plan de práctica.

2.2 Ejes de intervención

Teniendo en cuenta que no hay nuevas necesidades, se hizo pertinente continuar con los objetivos de cobertura social que tiene la institución, interviniendo en la atención de todas esas necesidades integrales que tienen los miembros de una familia, como núcleo básico de la sociedad, haciendo especial énfasis en programas de salud mental, promoción de la salud y estrategias de vida saludable.

2.2.1 Intervención Psicológica individual

Este eje de intervención cuenta el siguiente proceso: evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento a dos poblaciones específicas, Adolescentes entre 10 y 19 años y Madres Gestantes. Además se realiza intervención en crisis, remisiones y sesiones dirigidas especialmente a prevención.

2.2.2 Intervención psicoeducativa

Mediante este eje de intervención se ejecutarán talleres ya diseñados por la institución como lo son los del curso de Apoyo Terapéutico para Madres Gestantes y se diseñarán talleres encaminados a la prevención como lo son: pautas de crianza, drogadicción, anorexia y bulimia, enfermedades de transmisión sexual, entre otros, dirigidos a la población de Adolescentes.

2.3 Justificación de los Ejes

Comfamiliar Risaralda en el Departamento de Promoción y Prevención tiene como objetivo general “Promocionar la salud y prevenir la enfermedad a través de programas que permitan dar información y ejercer control sobre los usuarios y su entorno”. En relación a este objetivo los dos ejes de intervención se direccionan principalmente a prevenir comportamientos individuales poco saludables tanto en los adolescentes como en las Madres Gestantes y promocionar programas educativos, mejorando así su calidad de vida y la de quienes están en su entorno.

2.3.1 Eje de intervención psicológica individual

Esta planteado desde un enfoque cognitivo – conductual, con el objetivo de prevenir y mejorar tanto pensamientos como comportamientos que estén facilitando factores problemáticos y patológicos. Teniendo en cuenta la participación de la familia y/o pareja, para de esta manera lograr una modificación a nivel personal y ambiental.

- *Novedad:*

Este servicio psicológico individual fue novedoso ya que se le dio prioridad a la maternidad en relación a sus cambios psicológicos, consiguiendo con esto una aceptación de todos sus cambios emocionales, físicos y hormonales.

En los adolescentes la intervención individual fue novedoso ya que actuó como una herramienta de aprendizaje para la etapa evolutiva de la adolescencia que trae consigo cambios biológicos, sociales y psicológicos, que crean en el individuo temor, incertidumbre, miedo, desajuste emocional y social, los cuales pueden ser manejados de una forma terapéutica; disminuyendo de esta manera sus factores de riesgo, reconociendo sus propias conductas inapropiadas e identificando las consecuencias de decisiones poco asertivas para su proyecto de vida.

- *Interés:*

Intervenir de forma individual a las madres gestantes se hace pertinente ya que diversas investigaciones han demostrado que un manejo de forma preventiva contribuye a evitar embarazos prematuros, patologías como depresión post-parto, factores desencadenantes como el estrés, preocupación excesiva y ansiedad durante el embarazo.

Intervenir a los Adolescentes de forma individual se hizo pertinente ya que prevenir esos comportamientos desadaptativos desde la intervención psicológica, puede lograr que su relación con el ambiente proporcione respuestas más funcionales y sanas para el joven.

- *Utilidad:*

La utilidad se hizo relevante a las dos poblaciones mencionadas anteriormente (Madres Gestantes y Adolescentes), ya que el campo de aplicación individual actualmente es pensado como una herramienta de vida para favorecer al sujeto permitiéndole establecer límites, crear estrategias, prevenir, controlar y manejar su problema, mejorando así su calidad de vida.

2.3.2 Eje de intervención *psicoeducativa*

Tiene como objetivo principal generar a partir de los talleres, discursos reflexivos, solucionar dudas, fortalecer el criterio para la toma de decisiones y capacitación en temas de interés general que previenen e instruyen en toda la realidad tanto social como individual.

- *Novedad:*

Los cursos de Apoyo terapéutico para Madres Gestantes fue novedoso ya que en primera instancia aportó significativamente a la familia de la madre gestante y le permitió a la institución participar en su objetivo de cobertura integral principalmente en la conservación de una nueva vida. Los contenidos como: desarrollo prenatal, depresión post-parto, rol de madre y padre, manejo de emociones, embarazo prematuro causas y riesgos, comunicación afectiva y sexosensualidad con la pareja, estrategias de afrontamiento y todo lo referente a cambios en el embarazo tanto físicos, biológicos y psicológicos, pueden entregarle a la madre y al padre un espacio donde se aprende en pareja, se reflexiona y se aclaran dudas.

El programa para adolescentes fue novedoso ya que tuvo como objetivo trabajar sobre las principales problemáticas sociales como lo son: drogadicción, trastornos alimentarios, alcoholismo, embarazos prematuros, presentes en la juventud, dentro de las cuales el adolescente pudo reflexionar y crear una mirada más crítica frente a las mismas.

- *Interés:*

Se hicieron pertinentes los Cursos de Apoyo Terapéutico para Madres Gestantes, ya que permitieron explorar todos esos conocimientos desde la psicología educativa, los cuales llevaron a reflexionar ciertas temáticas direccionadas en compañía del psicólogo y la practicante, sobre el embarazo, familia y pareja.

El programa de adolescentes nació de una preocupación social debido a las diversas problemáticas encontradas día a día en nuestra sociedad, situaciones que están obstaculizando la formación de muchos jóvenes quienes son nuestra esperanza, lo que invitó a la proponente a cumplir un reto de encontrar las mejores estrategias para generar en el adolescente una actitud diferente frente a sí mismo y frente al mundo.

- *Utilidad:*

Se hizo importante intervenir de forma grupal a estas dos poblaciones ya que el ser humano necesita en muchas ocasiones la posición de un actor externo que le proporcione herramientas para identificar nuevas soluciones y también que le permita el reconocimiento de su propio cambio desde su realidad.

3. Marco Teórico

En los últimos años se ha marcado la necesidad de darle importancia a las condiciones de vida de los individuos, percibiéndose ésto a partir de nuevas políticas dirigidas a prevenir el riesgo de enfermedades y promoción de conductas que conserven la salud. Entre estas políticas se encuentran campañas como la prevención del cáncer de cuello uterino, enfermedades de transmisión sexual, prevención del cáncer de mama, solamente para nombrar unas pocas. Todo esto implica una relación directa con la conservación de la vida en una visión amplia e integral dentro del campo de la salud, en el cual se incluye la dimensión psicológica como elemento primordial dentro del nuevo modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial considera al individuo como un ser en el que participan sus esferas biológica, psicológica y social, entendiendo la enfermedad no sólo como ausencia de salud sino también cualquier alteración psicológica o social que determine en el individuo alguna transformación. Y es en este nuevo modelo donde la psicología empieza a tomar fuerza en relación a la salud mental, la enfermedad, la calidad de vida y bienestar, dejando de lado el concepto enfermedad solamente desde la parte orgánica.

Es de esta manera como la psicología empieza a interrelacionarse entre los fenómenos psíquicos y comportamentales, convirtiéndose el psicólogo(a) como profesional de la salud en la intervención tanto individual como grupal en la promoción y prevención de la salud.

Así mismo, en este proceder terapéutico, la psicología pasa por varias aplicaciones las cuales se dirigen a determinados fines y procesos, en este caso es pertinente tener en cuenta La psicología de la Salud ya que pone de manifiesto en gran medida diversos aprendizajes desde la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, teniendo en cuenta variables psicológicas particulares.

La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo bio-psico-social según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad.

Ésta se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas en sus investigaciones y en el desarrollo de planes de intervención los cuales se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, cefalea, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.

Por psicología de la salud debería entenderse según Morales ,1997, citado por Piña y Rivera , 2006, a “ *la rama aplicada de la psicología, dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente*”, este planteamiento propone un campo de actuación profesional en los psicólogos, ya que el psicólogo puede proponer un especial énfasis en las variables psicológicas que facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos de riesgo, con el objetivo de prevenir una enfermedad y promover la salud.

Estas variables psicológicas deben abstraerse dentro de un marco que tome en cuenta los factores individuales propios del estilo de vida, en interacción con otros factores como: factores de tipo orgánico, factores de tipo cognitivo dentro de los cuales incluye pensamientos, creencias y valoraciones personales, influencias sociales y comunitarias, condiciones de vida y de trabajo, condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales en general, logrando que con esta perspectiva psicológica se reduzca el riesgo de caer en un sesgo individualista que lleva a descargar toda la responsabilidad de su salud y enfermedad a la sola persona olvidando así su contexto.

En este orden de ideas la dimensión psicológica de la salud se describe como la participación del individuo dentro de conceptos como atender, percibir, sentir, razonar, imaginar, hablar y pensar, entendiendo el comportamiento como una interacción del organismo con el ambiente físico, químico, cognitivo, ecológico y/o social, es decir, tiene que ver con el hacer y decir en diferentes situaciones en las que se encuentra expuesto el individuo. Sin dejar de lado todos los fenómenos que forman parte del lenguaje de los afectos, la motivación y la personalidad, los cuales son concebidos como categorías de tipo particular que influyen en los logros, resultados, circunstancias, tendencias, propensiones y estados como puntos de partida.

Los propósitos que involucran la descripción, el análisis y la investigación de la dimensión psicológica pueden ser desagregados en tres factores que se justifican en la teoría de la personalidad de Ribes & Sanchez, 1990, citados por Piña y Rivera, 2006, estos son: “ a) *la forma en la que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos; b) las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con múltiples situaciones que directa o indirectamente afectan la salud, y c) las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica*”, con esto se pretende intersectar tanto el modelo psicológico como el modelo de salud biológica.

En esta dirección la que llamamos psicología de la salud constituye una categoría general en la que finalmente convergen todas las iniciativas orientadas a la prevención de una enfermedad y la promoción de la salud. La prevención y promoción en salud deben verse dentro de un mismo esquema ya que la prevención busca principalmente la adquisición de aprendizajes dirigidos a disminuir esos factores de riesgo de un estilo de vida insana y la promoción se refiere a la adquisición de hábitos saludables o de factores protectores de la salud, entendiendo estos dos como una combinación de aprendizajes que buscan mejorar y sostener la salud. Esta adquisición y aprendizaje de comportamientos saludables, deben proceder de un proceso multidisciplinar que actúe en los diferentes determinantes tanto particulares como culturales, los cuales van a determinar la posibilidad de mejorar o enfermar, como lo concluye Florez, 2000, *“La adquisición de un comportamiento saludable, o, en general, la modificación de un comportamiento que afecte la salud, constituye un proceso multideterminado por factores interactuantes, más que un fenómeno simple y continuo de sumatoria algebraica de diversos factores aislados”*.

Adquirir un comportamiento nuevo como lo propone la psicología de la salud en el campo de la promoción y prevención, es hablar de aprendizaje, el cual aparece como consecuencia de la experiencia. Si un adulto realiza un comportamiento que en un momento resulta inadecuado podría explicarse como un comportamiento “insano”, que se aprendió de la misma forma y con los mismos principios que cualquier otro comportamiento “sano”. Por esto se habla de una resolución de problemas basados en desaprender, es decir, si ya se habían aprendido ciertos comportamientos inadaptativos, entonces éstos podrían eliminarse, y en su caso aprender otros nuevos mucho más adaptativos.

Consecutivamente se retoman pioneros de la psicología de la década de los setenta los cuales han aportado al modelo comportamental. En un primer momento Pavlov el cual contribuye a la teoría, que los organismos tienen una relación de aprendizaje entre estímulos-ambiente (condicionamiento clásico). El segundo desde F.B Skinner (1930) quien hace referencia a un aprendizaje condicionado por consecuencias, manteniendo o

extinguendo la conducta en relación a la consecuencia que le siguen. El tercero es Albert Bandura (1960) quien hace especial énfasis en un aprendizaje social que consiste en la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales.

Dentro de esta línea, se hace pertinente retomar a Watson quien defiende que los procedimientos deben ser estrictamente experimentales, especialmente para estudiar la conducta, considerando el entorno como un conjunto de estímulos-respuesta, dejando de lado todo lo relacionado con la introspección. A comienzos de la década de 1910, Watson trabaja porque la psicología se sustente sobre variables objetivas y manipulables, con el fin de poder controlar científicamente la conducta de los organismos, incluyendo el hombre.

Resumiendo en términos generales que el pensamiento de los conductistas estaba centrado en los siguientes aspectos según Patiño y Galvis (1989):

- 1. Los psicólogos deben proponerse la descripción, la explicación, la predicción y el control de la conducta.*
- 2. La conducta animal debe ser investigada (junto con la humana) porque frecuentemente es más fácil de estudiar y de entender que la conducta humana.*
- 3. Dentro de la conducta, el medio es el factor determinante de la conducta simple y compleja, de las aptitudes y de los rasgos de la personalidad.*
- 4. Los métodos introspectivos deben ser abandonados a favor de los métodos objetivos, como la experimentación, la observación y los test.*

Es de esta manera cómo la psicología empieza a centrarse en el cambio de conducta en el hombre y empieza a asumir diferentes procedimientos de aprendizaje logrando tener un cambio inicialmente comportamental, para luego verse permeado por un cambio cognitivo, el cual corresponde a La psicología cognitiva la cual se encarga del estudio de la cognición, es decir, los procesos mentales implicados en el conocimiento, teniendo como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el

conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje. Esta intervención psicológica pertenece al enfoque cognitivo- conductual, el cual será explicado a lo largo de este informe.

Hoy se asume en psicología clínica que a través de cualquiera de los procedimientos de aprendizaje, se puede lograr un cambio de tres tipos: conductual, cognitivo y fisiológico, los cuales al evaluar una conducta se deben tener en cuenta. Por otra parte el aprendizaje esta enmarcado en el desarrollo del sujeto, como sujeto activo en relación con su ambiente que construye su historia básica de aprendizaje (repertorio de conductas, hábitos, creencias) al hilo de sus nuevas experiencias y en ultimo lugar, la base genética y la constitución orgánica que determina el impacto de las nuevas experiencias, es decir, los nuevos aprendizajes.

Esos tres tipos de cambios mencionados anteriormente, conductual, cognitivo y fisiológico, también se identifican como respuestas que corresponden al contenido que subyace a un “problema” psicológico, el cual se adquiere y se desarrolla de la misma manera que lo hace cualquier otro comportamiento humano, por aprendizaje. Cuando se menciona la palabra “problema” hay que tener presente que corresponde a un acontecimiento que un individuo esta viviendo en su presente el cual no sabe cómo solucionarlo por sí mismo, identifica que esta influyendo en su aspecto emocional, laboral, social, físico, entre otros, es decir, es percibido como algo que no está funcionando bien en su vida, algo pasa, lo que lo hace quejarse y finalmente buscar ayuda psicológica.

Esta intervención psicológica tiene como objetivo resolver los problemas que plantea un individuo respecto a sus dificultades, para nuevamente adaptarse al medio en el que vive, es decir, identificar esas relaciones funcionales que están permeando de forma global su problema y empezar a establecer unos objetivos terapéuticos que dependen de ese análisis funcional, el cual se obtiene a partir de los datos obtenidos en la evaluación y cuenta principalmente por cinco preguntas como lo son: 1) Cual es el problema?, 2) Que

antecede al problema?, 3) Cómo responde el sujeto ante el problema, (respuestas conductual, cognitiva, afectiva y fisiológica)?, 4) Cómo estos antecedentes y estas respuestas impactan a esta persona (consecuencias), y 5) Cómo funcionan esos componentes?.

Pero para que exista una buena intervención psicológica es indispensable que exista una relación terapéutica dirigida principalmente a las necesidades del cliente quien entrega en la consulta todo su sufrimiento para que sea desentrañado por su terapeuta. En este orden de ideas es necesario que el terapeuta tenga ciertas habilidades para permitir que su intervención tenga un mayor éxito y resultados satisfactorios. Entre estas habilidades terapéuticas están: proporcionarle a su cliente un bienestar en el espacio de consulta, confidencialidad en todo lo hablado, crear una relación dual entre paciente-terapeuta, contar con la capacidad de escucha, calidez, empatía, autenticidad, proximidad, actitud amable, cordialidad y aceptación positiva incondicional. Debe poseer destrezas de comunicación en habilidades tanto verbales de escucha, entre estas, clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis, como también en competencias verbales de acción, en la realización de preguntas, interpretación, confrontación e información.

El sujeto desde el enfoque cognitivo-conductual, es un sujeto activo, orientador de sí mismo, es un sujeto que explora sus propios problemas para entenderse así mismo, asume su responsabilidad, aprende destrezas para vivir efectivamente, se ubica como aprendiz de su patología, logrando que al conocer en qué consiste su diagnóstico pueda asimilar y controlar sus respuestas desadaptativas, es decir, el terapeuta le brinda todas la herramientas necesarias para que el cliente sea el actor de su propia realidad, siendo partícipe directo de la construcción de su cambio, en relación con sus factores relacionales.

Esta forma de proceder en la intervención psicológica pertenece al enfoque cognitivo - conductual el cual tiene en cuenta toda la parte conductual (aprendizaje de conductas,

mencionados en los párrafos anteriores) y la parte cognitiva del sujeto como (creencias, valoraciones, reglas, atribuciones de los hechos).

De la terapia conductual retoma el presente sin dejar de lado la historia del sujeto, interpreta la conducta como un aprendizaje y le da importancia a los factores biológicos que determinan las diferencias en los sujetos. Y la terapia cognitiva toma conceptos como lo son los esquemas cognitivos, los cuales constituyen una abstracción de la experiencia previa, son organizaciones de significados personales referentes así mismos, a los eventos, las cosas y las personas. Como operaciones cognitivas refiere a la actividad, conducta o procesos de los esquemas cognitivos. Esta actividad procesa información y da lugar a los estados normales o patológicos del sujeto, y por último los productos cognitivos son sus resultados.

Este enfoque cognitivo- conductual, destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de una conducta, lo que hace entender al ser humano ya no como un sujeto que emite determinadas respuestas ante determinados estímulos, sino que cuenta con percepciones, creencias, expectativas, atribuciones, interpretaciones, autoinstrucciones, los cuales se entienden como responsables en gran medida de los problemas del cliente.

Para sostener esta afirmación el esquema ABC propuesto por el modelo de la terapia racional-emotiva de Ellis en 1962, explica claramente el funcionamiento de dichos contenidos e influencia de los mismos. Este esquema consiste en breve explicación, un componente A en el que se sitúa el acontecimiento, situación o circunstancia, B se ubican todas las creencias, ideas, pensamientos, evaluaciones, a nivel cognitivo, y C las consecuencias tanto emocionales, conductuales, como fisiológicas. Las consecuencias (C), están relacionadas directamente con el contenido del componente (B), ya que existe una relación entre el pensar, el sentir y el actuar, esto demuestra que al hacer una intervención

en el componente (B) podrá modificarse el contenido (C), es decir, disminuir sus consecuencias.

Para la modificación del contenido (B), existen unas técnicas denominadas Técnicas de Reestructuración Cognitiva, las cuales están encaminadas a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del cliente. La terapia cognitiva de Beck concede a la cognición el papel precursor del estado emocional, y propone conceptos como esquemas, pensamientos automáticos, y distorsiones cognitivas (6) las cuales son errores sistemáticos en el procesamiento de la información, entre estas se emplea el entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos, examinar y someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos y detención y modificación de esquemas básicos. La terapia racional emotiva de Ellis propone que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos (irracionales) lo que se sustenta en el modelo ABC explicado con anterioridad, identificando dichos pensamientos o creencias irracionales (13) para de esta manera modificarlos por pensamientos más racionales. Se nombran estas dos sin desconocer otras técnicas cognitivas.

Para lograr una evaluación de los contenidos tanto conductuales como cognitivos, debe realizarse una evaluación que cuenta con cuatro pasos básicos desde el enfoque, el primero paso consiste en la evaluación, la cual cuenta con varias herramientas como la entrevista, observación, auto-informes, cuestionarios, el segundo, hace referencia al diagnóstico el cual se abstrae del análisis funcional previamente elaborado en relación con su hipótesis y el DSM IV o C I E 10, leído desde los principios del aprendizaje. El tercero corresponde a la intervención, aplicación de técnicas identificadas anteriormente confrontando la hipótesis inicial y un cuarto y último paso es el seguimiento o control de las nuevas conductas aprendidas. Según Frojan (2005), existen cinco pasos los cuales ilustran la forma simplificada de una actuación psicológica:

1. *La identificación y evaluación de los comportamientos problemáticos, a partir de la queja del cliente y el establecimiento de la línea de base.*
2. *La realización del análisis funcional y el establecimiento de los objetivos que se quieren lograr con la intervención.*
3. *El diseño del plan de tratamiento que nos permitirá alcanzar los objetivos terapéuticos.*
4. *La aplicación del tratamiento y la valoración de los resultados obtenidos.*
5. *La comprobación del mantenimiento de los resultados durante un periodo de seguimiento.*

Dentro del proceso psicológico individual realizado en Comfamiliar Risaralda, se intervinieron las Madres Gestantes, con quienes se llevaron procesos de prevención y manejo emocional. En relación a esto, hablar de embarazo no es hablar simplemente de una consecuencia después de una relación sexual sin protección, expresión muy utilizada por los adolescentes que no esperan y no desean el bebe que viene en camino.

Remitirse al embarazo es pensar en la concepción de una nueva vida que trae consigo en primera instancia cambios biológicos y también cambios psicológicos tanto en el bebe como en la madre. Tanto así que la genética como ciencia que estudia la herencia, explica cómo los factores innatos, heredados de los padres biológicos, afectan el desarrollo de un bebe, como lo describe Papalia ,1997, “*Cuando se unen el ovulo y el espermatozoide, dotan al bebe por nacer de una estructura genética que influye en una amplia gama de características que van del color de los ojos y el cabello a la salud, el intelecto y la personalidad*”.

La ciencia explica la influencia que tiene la herencia y el ambiente en el que se desarrolla un individuo y cómo operan estas dos fuerzas. La heredabilidad es la influencia que tiene la herencia en las diferencias individuales de un rasgo específico observado en cierto momento determinado, es decir, indica la proporción estadística en que los genes

contribuyen a un rasgo. Y la influencia ambiental es entendida como una combinación de factores constitutivos, relacionados con todos los factores sociales, culturales, económicos, oportunidades educativas, desarrollo del lenguaje, los cuales ayudan a dar forma al desarrollo. Entre mas ventajosas sean esas circunstancias biológicas y esas experiencias ambientales, mayor es la probabilidad de un desarrollo óptimo del individuo.

Esta relación se denomina según Papalia, 1997, “*Correlación genotipo-ambiente*”, lo que se relaciona en las influencias tanto genéticas y ambientales que tienden a actuar en la misma dirección y opera de tres maneras: la primera, son *Las Correlaciones Pasivas*, donde los padres son quienes proporcionan los genes que predisponen a un niño un rasgo, también tienden a generar un ambiente que favorece el desarrollo de ese rasgo, se denomina pasiva porque el niño no la controla, por ejemplo heredar el talento musical del padre.

La segunda se denomina, *Correlaciones Reactivas o Evocativas*, son los niños con diferentes estructuras genéticas que evocan respuestas distintas de los adultos, es decir, los padres no tienen como componente genético el talento musical pero hacen un esfuerzo especial para proporcionar una inclinación genética del niño hacia la música. Y por último la cuarta es *La Correlación Activa*, se relaciona con las decisiones que tiene el niño a medida en que va creciendo y tiene libertad para elegir, seleccionando y creando experiencias congruentes con sus tendencias genéticas, buscando en su medio amigos que tengan intereses musicales.

Esta relación de fuerzas inseparables tienen algunas características en su participación, entre estas se habla según Papalia, 1997, de: a) *Rasgos Físicos y Fisiológicos*, los cuales se relacionan con factores ambientales que influyen en los rasgos físicos y fisiológicos, por ejemplo la obesidad es una condición multifactorial, el tipo de comida y cantidad que se consume en un hogar particular puede aumentar o disminuir la probabilidad de que una persona sea obesa, es decir, existe una relación de la interacción de una predisposición genética con un ambiente inadecuado. De igual manera se habla de b)

La Inteligencia y Aprovechamiento Académico como otra característica, un ambiente enriquecido o empobrecido puede afectar sustancialmente el desarrollo y la expresión de la capacidad innata. Los estudios arrojan una estimación de heredabilidad 50 a 60 por ciento para las habilidades verbales y 50 por ciento para las habilidades espaciales.

Y c) *La personalidad* también suele verse regida por estos dos componentes, ya que ciertos aspectos de la personalidad parecen ser heredados, el temperamento tiende a ser innato y a menudo es consistente a lo largo de los años, aunque puede responder a experiencias especiales o a la educación por parte de los padres, la timidez y la audacia son en gran medida innatas y tienden a permanecer a lo largo de la vida. Sustentado que estudios científicos identificaron genes directamente vinculados con rasgos específicos de la personalidad.

El desarrollo prenatal corresponde a un tiempo gestacional aproximadamente de nueve meses o 266 días, de desarrollo entre la concepción y el nacimiento. Durante este periodo gestacional se analizan también factores ambientales que pueden afectar a la persona en desarrollo, este desarrollo prenatal tiene tres etapas: germinal, embrionaria y fetal, durante estas tres etapas el cigoto unicelular original se convierte en un embrión y luego en un feto.

En la *Etapa Germinal* (de la fertilización a las dos semanas), el cigoto se divide y se implanta en la pared del útero. En las primeras 36 horas entra en un periodo de división y duplicación celular o mitosis, 72 horas después se ha dividido en 16 a 32 células; un día más tarde posee 64. Mientras el óvulo se divide atraviesa la trompa de falopio hasta llegar al útero en tres o cuatro días. Su forma cambia para convertirse en una esfera llena de líquido, el blastocisto, el cual flota libremente en el útero durante uno o dos días y luego empieza a implantarse en la pared uterina, comenzando la diferenciación celular, la cual algunas células alrededor del borde del blastocito se agrupan a un lado para formar el disco embrionario, una masa celular engrosada a partir de la cual se desarrolla el embrión.

En la *Etapa Embrionaria* (2 a 8 semanas), se desarrollan con rapidez los principales órganos y sistemas corporales como lo son el respiratorio, digestivo y nervioso, es un periodo en el que el embrión es más vulnerable a las destructivas influencias del entorno prenatal. Un aborto espontáneo denominado fracaso, es la expulsión del útero de un embrión o feto incapaz de sobrevivir fuera del vientre.

La Etapa final se denomina *Etapa Fetal*, y es el periodo en el que el feto crece con rapidez hasta veinte veces de longitud previa y los órganos y sistemas corporales se vuelven más complejos. Los científicos pueden observar el movimiento fetal mediante ultrasonido, procedimiento médico prenatal que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para detectar el contorno y los movimientos fetales, con el fin de establecer si un embarazo avanza normalmente.

Hacia el comienzo de la 12a. semana de gestación el feto deglute e inhala parte del líquido amniótico en el que flota, éste contiene sustancias que pueden estimular los incipientes sentidos del gusto y del olfato, y contribuir al desarrollo de los órganos necesarios para la respiración y digestión. Las células maduras del gusto aparecen aproximadamente a las dos semanas de gestación y el sistema olfatorio que controla el sentido correspondiente, también se desarrolla antes del nacimiento. Los fetos también responden a la voz de la madre, al latido de su corazón y a las vibraciones de su cuerpo, lo que demuestra que escuchan y sienten, la familiaridad con la voz de la madre puede tener una función básica de supervivencia como lo es ayudar a los recién nacidos a localizar la fuente de alimento.

Durante el embarazo no solo existen cambios biológicos sino que también la mayoría de los padres experimentan fuertes emociones que pueden oscilar entre la alegría y el placer, o los sentimientos de duda e inseguridad.

Uno de los cambios que experimenta la madre es sentirse agotada en las primeras semanas y en los últimos meses del embarazo, muchas mujeres se sienten más frágiles, y sin fuerzas en comparación con su estado anterior, esto no solamente resulta muy normal sino que también tiene su razón de ser. El cuerpo está ahora ocupado con otras obligaciones muy especiales: nutrir y proteger al ser que crece dentro de ella. También el llorar sin razón, aparece sobre todo en los últimos meses de gestación ya que muchas mujeres que esperan un bebé se sienten profundamente afectadas por cualquier noticia, imagen o relato que antes no les hubiera causado mayor impresión.

Y todo esto se debe a cambios hormonales debido a que el cuerpo de la mujer sufre una enorme alteración hormonal que va a producir toda una avalancha de cambios físicos que influirán en su psique. Unas de estas hormonas son: La hormona HCG hace que la mujer se sienta embarazada, esto es, sufra mareos, timidez en los pechos, aumento de peso y subidas bruscas de calor, La progesterona contrae y relaja los músculos, causa el aumento de peso y la retención de agua. Pero, sobre todo tiene un efecto tranquilizador sobre la mente. Por eso, muchas embarazadas experimentan esa sensación de que nada ni nadie les pueden hacer perder su calma. A los estrógenos se les atribuye, junto con la progesterona, el cansancio que invade a la mujer gestante durante el día y el insomnio que sufre por la noche. La prolactina se ocupa de preparar los pechos para la lactancia. Y finalmente, las endorfinas desempeñan un papel importante ya que su nivel va creciendo a lo largo del embarazo, hasta llegar al momento de dar a luz, para que tanto la madre como el hijo, sientan menor dolor durante el parto.

Los cambios físicos, psicológicos y sociales que acompañan a la gestación, obligan a grandes ajustes y adaptaciones, teniendo como resultado en algunos casos patologías como: *La Ansiedad*, poco se sabe de la psicopatología de la ansiedad en el embarazo, si tiene o no unos rasgos diferenciales de los síndromes de ansiedad en otros momentos vitales. No hay que olvidar que el embarazo en sí mismo puede ser una causa de ansiedad en las madres. Según algunos autores la ansiedad en el embarazo debería ser considerada

como un síndrome diferente de la ansiedad generalizada, ya que es este síndrome el que puede afectar al parto y producir cambios neuroendocrinos en el embarazo. Se incluirían tres factores diferenciales y específicos del embarazo, como son el miedo al parto, el miedo a tener un niño enfermo y la preocupación con la propia imagen.

La ansiedad en el embarazo se asocia con un mayor número de visitas al obstetra, visitas relacionadas con miedo al parto y a las contracciones. Las madres con ansiedad prenatal tienen más cesáreas programadas y anestesia epidural. Hay una asociación entre la ansiedad prenatal y el incremento de las consultas y uso médico, incluyendo las cesáreas. Sin embargo poco se ha escrito sobre el potencial ansiógeno de las visitas obstétricas. En el mundo occidental donde se practica una obstetricia altamente medicalizada con un alto intervencionismo a lo largo del embarazo, son muchas las mujeres que salen de las consultas preocupadas por resultados de ecografías tras haber recibido información médica sobre la salud de su bebé y los posibles riesgos.

Los principales estudios prospectivos sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil han observado una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia del hijo.

Aunque ya se conocía que la ansiedad materna puede provocar el parto prematuro o afectar al crecimiento intrauterino del bebé, las investigaciones más recientes demuestran que el estrés y la ansiedad de la madre pueden además tener repercusiones significativas sobre la salud mental infantil. En concreto parece probable que la ansiedad materna en la segunda mitad del embarazo puede producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño (a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), cambios que lo harán más vulnerable e incrementarán considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad. Este hallazgo por si mismo confirma la necesidad de prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los trastornos de

ansiedad en el embarazo. Desde luego que los motivos para ello no son sólo la prevención de las patologías mentales en el futuro niño, sino aliviar el mismo sufrimiento materno.

Otra patología es *la Depresión*, todas las familias pasan por un periodo de ajuste cuando nace un niño. Mientras que el embarazo y el nacimiento generalmente están llenos de gran alegría y triunfo, con frecuencia traen cambios y exigencias que pueden ser difíciles y apremiantes. *La Tristeza materna*, por un corto periodo de tiempo después del nacimiento de un niño, es común que una mamá tenga cambios de ánimo repentinos, intranquilidad y llanto. Estos síntomas, que generalmente no duran mucho, son generalmente conocidos como tristeza materna. Incluso las madres más experimentadas pueden tenerlo. Para la mayoría de las mujeres, esta tristeza desaparece en unos días o semanas.

La Depresión materna, algunas veces es más grave y duradera. Esta depresión se llama “depresión posparto”. Generalmente comienza en los primeros seis meses después del parto y puede durar un año o más si no recibe tratamiento. La depresión posparto afecta los pensamientos, el estado de ánimo, el sueño y la salud física de la mujer. También puede afectar sus sentimientos hacia ella misma, su bebé y hacia la familia. Dado que una mujer con depresión posparto puede tener dificultades en desarrollar una actitud amorosa hacia su bebé, la falta de tratamiento de la depresión puede afectar el desarrollo saludable del bebé.

Y los *Problemas de pareja*, los nueve meses del embarazo son necesarios para que el bebé se encuentre preparado a hacer su aparición en el mundo, pero también para que los futuros padres se preparen para el feliz acontecimiento.

En la mayoría de los casos, los padres se emocionan con el anuncio del embarazo. A veces, sin embargo, les hace falta un poco de tiempo para asumir la nueva situación. El padre necesita, en algunos casos, ver a su futuro bebé en la ecografía para tomar conciencia de su futura paternidad, mientras que la madre vive su maternidad mucho más intensamente desde el principio. Por eso es importante que cada miembro de la pareja pueda expresar sus sentimientos desde el primer momento.

Las relaciones sexuales no constituyen un problema durante el embarazo. La vida afectiva y sexual puede presentar otras formas que las habituales, dejando más lugar a la ternura o la imaginación.

Durante las primeras semanas del embarazo, la futura madre puede sentirse menos atraída por las relaciones sexuales porque tiene pequeños malestares (náuseas o cansancio, por ejemplo). También puede temer por la evolución de su embarazo o por dañar al bebé. El padre también puede sentir los mismos temores y evitar, por ello, las relaciones sexuales.

Al final del embarazo el vientre de la madre ha crecido mucho y obliga a adoptar algunas modificaciones en las relaciones sexuales. Muchas parejas espaciarán sus encuentros: la mujer se siente cansada, se siente menos atractiva, la pareja se prepara para la llegada del pequeño, generando angustia y dificultades al interior de la relación que deben ser por supuesto superadas en algunas condiciones con la ayuda de un psicoterapeuta.

Este momento tan esperado durante nueve meses cuenta con unas fases las cuales hacen parte de ese trabajo de parto. Estas fases son:

Primera fase: dilatación del cuello de la matriz, esta se caracteriza por la presencia de contracciones las cuales permiten que la matriz modifique su forma y realice la dilatación hasta llegar a diez centímetros. Dentro de esta primera fase se encuentran tres etapas:

a) Borramiento del cuello: contracciones irregulares

Este se caracteriza por contracciones que toman cierto ritmo, cada diez o cada siete minutos, siendo relativamente cortas, lo cual pueden ser manejados con algunos ejercicios de respiración. En este momento la matriz va perdiendo su forma de pera.

b) Dilatación: contracciones regulares

Las contracciones se presentan con mayor fuerza, en la primigestante se presentan cada cinco o tres minutos, con duración de 45 segundos, durante tres horas, en esta etapa la mujer debe realizar ejercicios de relajación de los músculos voluntarios y la respiración debe ser consciente profunda y lenta, de esta manera podrá oxigenar el corazón y el sistema nervioso del bebé.

c) Transición: sensación de pujo

En esta etapa las contracciones se hacen más frecuentes, cada dos minutos, con duración de un minuto, acompañadas de sensación de pujo, los ejercicios de respiración deben ir dirigidos a inhalar profundo y exhalar por la boca contrayéndola fuertemente. El bebé debe bajar hasta completar la primera fase de dilatación, diez centímetros.

Segunda fase: paso del bebé por el canal vaginal, esta fase se conoce como expulsiva, aquí la madre debe pujar muy fuerte para que el bebé pueda asomar su cabeza en el canal vaginal, la respiración en esta fase debe ser: inhalar en el momento justo en el que se inicia la contracción, exhalar rápidamente, inhalar profundo, sostener el aire, tomar los muslos, arquear los codos, colocar el mentón contra el pecho y utilizar los músculos abdominales para ayudar a la matriz a expulsar el bebé

Tercera fase: expulsión de la placenta, esta fase se conoce como placentaria, consiste en que la placenta es expulsada mediante una contracción, luego se realiza una revisión uterina con el fin de extraer residuos de membranas y de placenta que pudieran ocasionar hemorragias o infecciones. En esta fase final la madre experimenta una sensación de complacencia, su cuerpo esta en reposo mientras escucha el llanto del bebé el cual la despierta a una maravillosa realidad.

A partir de este momento para la madre empieza otra etapa de su vida dentro de la cual se refiere a la lactancia de su hijo, alimento que no sólo le proporciona al bebé todos los nutrientes para su desarrollo sino que también permite que se estreche ese vínculo entre madre e hijo, comunicándose y desarrollando en el bebé un sentido de identidad y pertenencia.

La lactancia favorece el desarrollo físico e intelectual. Lactar es el primer logro emocional del niño porque satisface su ansiedad brindándole seguridad y estabilidad, de igual manera estimula el desarrollo de los maxilares y de los músculos faciales, lo cual más adelante facilitará el desarrollo del lenguaje. Como beneficios de la lactancia para la madre esta que cuando el bebé succiona favorece la producción de una hormona llamada oxitocina que estimula la matriz y provoca contracciones, esto evita las hemorragias después del parto, previene el cáncer de seno y ayuda a bajar de peso.

La experiencia de la lactancia solamente hace participe a la madre pero esto no quiere decir que el padre no pueda participar de este momento, ya que puede gozar de su compañía mientras el bebé toma su alimento

La otra población a intervenir fueron los Adolescentes en edades entre 10 y 19 años. Dichos procesos terapéuticos debido a sus patologías fueron encaminados hacia la intervención conductual, entendiéndola como un proceso basado en la implementación de técnicas conductuales, las cuales tienen el objetivo de incrementar o la extinguir conductas, las cuales han pasado por un “aprendizaje previo”, el cual cuenta con unas clasificaciones como lo expone Frojan (2005):

1. *Aprendizaje no asociativo: habituación y sensibilización*
2. *Aprendizaje asociativo: Condicionamiento clásico y operante*
3. *Aprendizaje perceptivo: configuración y aprendizaje por observación*
4. *Aprendizaje simbólico: lenguaje, aprendizajes complejos*

Dentro del Aprendizaje No Asociativo, se encuentra El aprendizaje por habituación, el cual se produce cuando el organismo se acostumbra a la presencia de un determinado estímulo o respuesta y como consecuencia deja de responder, pero para que se produzca habituación debe existir un periodo grande de exposición del estímulo y una frecuencia. El fenómeno contrario a la habituación se denomina sensibilización, que consiste en responder con la misma intensidad a estímulos cada vez más débiles. Estas dos reacciones son aprendidas ya que se producen en función de las experiencias previas fruto de la experiencia.

En Los Aprendizajes Asociativos se encuentran el Aprendizaje por Condicionamiento Clásico y el Aprendizaje por Condicionamiento Operante. El aprendizaje por condicionamiento clásico se refiere a la asociación entre dos situaciones estimulables, es decir, se asocian dos eventos, dos hechos que naturalmente no se dan juntos pero que, por algún proceso previo se presentan asociados. Los elementos a considerar en el condicionamiento clásico son los siguientes: estímulo incondicionado (EI) es aquel que desencadena una respuesta refleja persistente, universal, estímulo condicionado (EC), estímulo neutro (EN) denominado así porque inicialmente no produce ninguna respuesta relacionada, respuesta incondicionada (RI) y respuesta condicionada (RC).

El condicionamiento operante se puede definir como un procedimiento a través del cual el sujeto incrementa o disminuye la probabilidad de la aparición de una determinada conducta, es decir este aprendizaje permite instaurar una nueva respuesta y hacer desaparecer otras. Una gran parte de la conducta humana depende de sus consecuencias lo que puede decirse que si se modifica alterando las consecuencias estas conductas pueden verse modificadas, entonces en el condicionamiento operante el sujeto aprende a asociar una respuesta con las consecuencias que ésta produce.

A las consecuencias que hacen que la conducta aumente se denomina refuerzo y al proceso por el cual conseguimos aumentar una conducta, reforzamiento. El reforzamiento

puede ser positivo, cuando se añade un estímulo después de que la conducta es emitida (teniendo en cuenta que sea agradable para el sujeto), o puede ser negativo, cuando se retira un estímulo que suele ser desagradable para el sujeto para de esta forma lograr que la conducta deseada incremente. Pero si por el contrario la conducta es indeseable entonces lo que se busca es disminuir o eliminar dicha conducta, por lo cual se va a denominar que la conducta va a ser castigada y se denomina castigo a esas consecuencias que hacen que se reduzca la probabilidad de aparición de la respuesta. Esta respuesta puede ser castigada con una consecuencia desagradable para el individuo, denominado castigo positivo o por la retirada de un estímulo agradable para el individuo, denominado castigo negativo.

El Aprendizaje Perceptivo hace referencia al Aprendizaje Observacional, vicario o por modelos, que corresponde a un tipo de aprendizaje el cual se aprende observando e imitando el comportamiento de otra persona que se denomina modelo, este procedimiento se aprende en la observación de otra persona. Este proceso de imitación tiene un claro beneficio adaptativo, ya que permite que las personas aprendan sin tener que pasar por todas las experiencias.

Hay ocasiones en las que el observador no reproduce la conducta del modelo después de observarlo, lo que implica que no ha obtenido consecuencias en su propia conducta, sin embargo se habla de un aprendizaje de conducta manifiesta debido a un tipo de conducta manifiesta, es decir, a los procesos cognitivos del observador, especialmente los de atención y retención. Una vez que la conducta se ha aprendido por observación, el mantenimiento de la misma dependerá principalmente de las consecuencias que sigan a su ejecución, independientemente de aquellas que se hubieran observado en el modelo.

El aprendizaje Simbólico se da mediante instrucciones que corresponde al procedimiento más habitual en los seres humanos. Este aprendizaje está mediado por signos o símbolos con los que nos referimos a objetos, situaciones, acciones, presentes, pasadas o futuras con las que no interactuamos en el momento en que estamos hablando, sino que nos

referimos a ellas mediante el lenguaje. Se produce en contextos sociales a través del lenguaje hablado o escrito, es decir, mediante el lenguaje se puede referir todo tipo de experiencias que nuestro interlocutor conocerá sin necesidad de haberlas vivido u observado.

En este orden de ideas todo lo mencionado anteriormente sobre la adquisición de nuevos aprendizajes a través de diversos medios, nos hace remitirnos a entender el proceso evolutivo como un proceso lleno de cambios y transformaciones especialmente en la relación directa con el medio, lo cual será la base para concluir finalmente en la creación de un ser humano particular. Por esta razón se hace necesario dirigir este proceso evolutivo a una de las etapas en las que el ser humano podría mencionarse “más vulnerable” que es la Adolescencia.

Según la OMS y OPS (1995) define la adolescencia como “ el periodo de vida entre los 10 y 19 años de edad, el cual se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad), así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil” y la juventud como “el periodo entre los 15 y 24 años” personas jóvenes es un término que utiliza para incluir a ambos grupos, a diferencia del código de la infancia y la adolescencia que define como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años de edad.

Durante esta etapa poco a poco cambian los gustos, los gestos, los motivos de conflicto, los deseos, los cuerpos, los pensamientos y los sentimientos, por tanto esta etapa es pertinente dividirla en:

Adolescencia temprana o inicial (10 a 13 años): En esta etapa los jóvenes adolescentes experimentan cambios puberales que marcan el inicio de la misma, se dan *cambios biológicos* en el que las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a

los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos entre los 12 y 18 años. El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila y de las piernas, comienza típicamente alrededor de los 9 o 10 años de edad, se presenta la menarquía (el comienzo de los periodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de 2 años después de notarse los cambios iniciales de la pubertad y puede suceder entre los 10 y 15 años, a más tardar.

Los hombres comienzan la pubertad más tarde, entre los 10 y 16 años, y necesitan más tiempo para completar sus cambios: aproximadamente 7 años. Sus hormonas les engruesan la voz, los estiran corporalmente y les desarrollan los genitales, aumentando el tamaño de testículos y pene. Se evidencia también crecimiento del vello púbico, axila, pierna, pecho, y cara, un crecimiento rápido simultáneo en la estatura alcanzada su punto máximo alrededor de los 14 años. En medio del proceso aparece la primera eyaculación o espermaquia.

Los cambios psicológicos / sociales propios de esta etapa se dan principalmente en la adaptación y comprensión de los cambios que ocurren en su cuerpo, el adolescente canaliza sus sentimientos hacia fuera de la casa: amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a sus problemas y comprensiva con su conducta. En el ámbito socio-emocional se manifiestan inquietos y habladores, no les gusta estar solos, desarrollan múltiples relaciones interpersonales, se centran en si mismas y exploran que tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad, se inicia la curiosidad sexual principalmente a través de la masturbación (pero no exclusivamente). Sus *cambios cognitivos* van dirigidos a la transformación en términos de aprendizaje según Piaget, se desencadenan el acceso al pensamiento formal por medio del cual se hace extensiva la lógica al dominio de las ideas, principios y proporciones abstractas para dar razón de los hechos y acontecimientos concretos observables.

Para Bandura el aprendizaje infantil prepara al niño o la niña para afrontar los retos de la adolescencia; si durante la infancia ha aprendido en independencia, autonomía e iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades, de igual forma será su aprendizaje adolescente. De esta manera su adolescencia será solo el resultado de toda una historia evolutiva previa, sin romper con el pasado.

Adolescencia media (14-16 años): En este punto el distanciamiento afectivo hacia sus padres es más marcado, *sus cambios biológicos* con respecto a la primera menstruación y eyaculación ocurren cada vez a edades más tempranas. En la actualidad se presentan antes de los 14 años. Sus cuerpos quedan biológicamente aptos para dar nuevas vidas, pero el proceso de convertirse en una persona adulta hasta ahora inicia. *Los cambios psicológico/sociales* se dan en la medida en que el grupo de compañeros se extiende, hasta incluir integrantes del sexo opuesto, son los primeros momentos en los que se es conciente de la atracción sexual por otra persona, del mismo sexo o del opuesto, en este periodo es más fácil para el adolescente identificar cual es el sexo que le atrae, se da inicio a la actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual, durante esta etapa es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad reconocimiento social y cultura.

Cambios cognitivos, los adolescentes son más conscientes de sus propias ideas, lo que les posibilita dar opiniones más formadas y tomar decisiones, suelen poner en duda la moral y las creencias familiares, siguen un pensamiento crítico estos procesos le ayudan a ganar independencia y son importantes para la formación de su identidad.

Adolescencia final o tardía (17-21 años): En esta etapa el adolescente puede integrar su imagen con su identidad o personalidad, prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades, define metas y planes específicas más viables y reales y define su sistema de ideologías y valores, claro está que estas transformaciones están condicionadas por los determinantes de cultura, sexo, nivel educativo de la familia y el

entorno social entre otras. Los *cambios biológicos* tienen menor predominancia frente a los cambios psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos. Estos cambios biológicos se constituyen en la imagen corporal que se integra a la personalidad e identidad que lo distinguirá a lo largo de la vida.

Los *cambios psicológicos/sociales* empiezan a separarse de sus padres y otros adultos, luchan por romper la dependencia de su familia y conquistar su autonomía, se van independizando emocionalmente de su familia, construyendo un criterio propio frente a ella, el mismo que gradualmente les permitirá tener una relación diferente con ella en el futuro.

Desde el lado de los *cambios cognitivos* son más analíticas y críticas de sus madres, padres y adultos configura de autoridad, de la realidad económica y social que les rodea, así es como van desarrollando su capacidad de pensar en abstracto, con lo cual aumentan el control que tienen de su propia vida, toman decisiones más reflexivas y analizan con más serenidad las consecuencias de cada acto.

Según Papalia, 1997, los cambios de la adolescencia tienen muchas manifestaciones psicológicas entre las que se incluyen los efectos de la madurez precoz y de la madurez tardía, en la medida en que una de las grandes paradojas de la adolescencia es el conflicto entre el anhelo de los jóvenes por hallar su propia identidad, para expresarse como seres únicos, y el arrollador deseo de ser exactamente iguales a sus amigos o amigas. Cualquier cosa que aleje a un adolescente de la multitud puede ser perturbadora, y los jóvenes suelen inquietarse mucho cuando su madurez sexual llega mucho antes o mucho después que la de sus amigos.

Una investigación demostró que los niños que maduran antes del promedio son más equilibrados y tranquilos entre sus compañeros y probablemente sean líderes, están más preocupados por su apariencia y se ajustan mejor a la regla. En cuanto a quienes maduran

tarde, se ha encontrado que tienden a sentirse mal, rechazados, y dominados, a ser más dependientes, agresivos e inseguros, a revelarse más en contra de sus padres y a pensar menos en sí mismos. De tal manera existen ventajas y desventajas para ambas situaciones. A los jóvenes les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen tener una ventaja sobre los jóvenes que maduran después; pues obtienen muchos beneficios para su autoestima.

Las ventajas y desventajas de la madurez precoz y tardía en las niñas resulta menos claras pues no suele gustarles madurar pronto; por lo general son mas felices si maduran a la par con sus compañeras, ni antes ni después.

El adolescente es percibido desde diferentes formas como lo explica Escobar y colaboradores (2004):

El sujeto vulnerable y en riesgo: Se identifica dentro de políticas públicas como, Embarazos en Adolescentes, Enfermedades de Trasmisión sexual, violencia, delincuencia, inseguridad en las áreas urbanas y rurales, consumo de drogas, agresividad, entre otros.

Es así como en muchos casos se alimentan imágenes del Joven como un ser en riesgo, indefenso, potencialmente peligroso, ignorante, y desarticulado en la vida social, política y económica del país, Muñoz, 1.996.

Otra dimensión de esta noción considera la adolescencia como una etapa de transición y alta inestabilidad, desequilibrio frente al despertar de la sexualidad y la construcción de la identidad. Afirmar la necesidad de otorgar una orientación y guía a los jóvenes sobre asuntos de salud sexual y reproductiva. En este sentido se afirma que los cambios producidos en la adolescencia son generadores de angustia e inestabilidad en el núcleo familiar.

El Sujeto Peligroso: Esta noción hace referencia a: la inseguridad y el narcotráfico que se ve en los jóvenes del nuestro país. La Presencia de actores colectivos como ciudades, bandas, pandillas y parches en los barrios. Se encuentra la imagen del sicario causando alarma en el escenario público y en los medios de comunicación. Esto es leído por la falta de oportunidades sociales para los sujetos.

El joven como motor del cambio social: Es visto como el futuro del país y el depositario de las esperanzas de transformación social, cobra fuerza con la Asamblea Nacional Constituyente. Actor protagónico frente a los destinos de país como factor de renovación y/o como agente de informalidad y resistencia.

Como sujeto en Búsqueda de Identidad: La noción de la búsqueda de identidad es una de los componentes más importantes. Se relaciona con un periodo de incertidumbre, periodo de cambios maduración física y psicológica, cambios turbulentos, inestabilidad, ambigüedad de roles, rebeldía, conflictos internos, crisis por la independencia, momento de transformación y afirmación personal, preparación y fortalecimiento de la personalidad.

Sujeto adscrito a culturas juveniles: Está noción aparece desde la década de los noventa, pero cobra fuerza a mediados de ésta década cuando se produce la emergencia de los estudios que abordan la juventud desde una perspectiva cultural.

Las formas de agrupación permiten al sujeto joven, mediante significaciones, prácticas, lenguajes y estéticas, resistirse a los procesos propios de la cultura hegemónica y al orden establecido. Estos grupos pueden ser los raperos, punkeros, metaleros, barras bravas, satánicos, estudiantes universitarios y organizaciones juveniles.

Para Papalia, 1997, muchas de las disputas entre los adolescentes y padres giran en torno de dos preguntas “cuanto y “a que edad”: cuanta libertad deben tener los adolescentes para programar sus propias actividades y a que edad pueden tomar el automóvil familiar.

Los padres de los adolescentes deben tener un pensamiento flexible y ser más equitativos con los hijos que cuando tenían menos edad, guardar las proporciones para conceder a los hijos e hijas independencia gradual y ayudarlos a madurar en sus juicios. Donde la separación o la independencia emocional temprana de la familia u otros adultos importantes le pueden causar al adolescente problemas los cuales se presentan como asilamiento, susceptibilidad, las influencias negativas de los compañeros, abuso de drogas o una actividad sexual prematura.

El estilo de paternidad que parece promover el equilibrio adecuado es el democrático, calor humano y aceptación, firmeza con respecto a las reglas, normas y valores, voluntad para escuchar, explicar y negociar y sobre todo garantía de autonomía psicológica que estimulan a los y las adolescentes a formar sus propias opiniones.

Existen ciertas consecuencias muy marcadas en cuanto a un embarazo prematuro, ya que las madres adolescentes son mas propensas a sufrir complicaciones como anemia, parto prolongado, dar a luz bebes con bajo peso y con defectos neurológicos y tener bebes que morirán en el primer año de vida. A esto se suma la deserción en las escuelas donde el riesgo es mayor en la medida en que permanecen en actividad sexual y no emplean medios de control confiables.

Según las estadísticas en Colombia con respecto a la fecundidad ha venido aumentando significativamente. En 1990 era de 70 nacimientos por cada 1.000 mujeres y en 2005 fue de 90. Estos números tienen relación directa con el inicio temprano de las relaciones sexuales y el aumento de embarazo en adolescentes.

Actualmente esta situación se agrava al considerar que dos de cada cinco adolescentes han tenido relaciones sexuales y que el 14% tiene su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad. Este inicio temprano de la actividad sexual implica no solo un

mayor riesgo fisiológico para las complicaciones de la fecundidad, sino una menor madurez para el ejercicio asertivo de la sexualidad y embarazo.

4. Propuesta de Intervención

4.1 Intervención Psicológica individual

Se desarrollará inicialmente un proceso de evaluación a través de una entrevista en un formato de historia clínica ya establecido por la organización, de esta forma se identificará la problemática del individuo y su esfera más afectada, posteriormente se clasifica el diagnóstico según el CEI 10, teniendo en cuenta las características planteadas inicialmente por el paciente, para luego establecer unos objetivos terapéuticos desde el enfoque cognitivo –conductual, en pro de mejorar su problemática.

Como herramienta para evaluar adolescentes se utiliza el test del autoconcepto (Anexo Dos), con el fin de valorar en el niño tanto su contexto como conceptos de si mismo. De igual forma si es necesario se realizan remisiones a otros profesionales como lo son: Psiquiatría, Planificación familiar, Neuropediatría, Nutricionista, entre otros.

4.1.1 Objetivo General

Evaluar, diagnosticar e intervenir terapéuticamente desde el enfoque cognitivo-conductual, tanto a jóvenes adolescentes (entre los 10 y 19 años), como a madres gestantes (desde cualquier mes de gestación), posibilitando una modificación en sus conductas, pensamientos, creencias y hábitos, obteniendo con ello un bienestar psicológico tanto para ellos como para su familia y pareja.

4.1.2 Objetivos Específicos

- Conocer cuales son los Diagnósticos más frecuentes en consulta individual con adolescentes y adolescentes maternas.
- Determinar cuales son los Diagnósticos más recurrentes en consulta individual con Maternas.
- Analizar por medio de la asistencia a consulta individual, cual de las dos poblaciones (adolescentes y madres gestantes), tienen mayor adherencia al tratamiento psicológico)

4.1.3 Estrategias de Acción

- En el proceso de intervención clínica como primera medida se realizó una entrevista individual dentro de la cual se identificaron contenidos cognitivos, conductuales y fisiológicos que el paciente presentaba dentro de su problemática actual.
- Después de identificar cual de estas áreas o si todas debían ser intervenidas, se relacionaban dichos criterios para su diagnóstico, eligiendo posteriormente la técnica que correspondiera a la intervención de dicha patología.
- En el caso de ser un exceso de conducta se establecieron técnicas conductuales como: economía de fichas, time out, coste de respuesta, contrato conductual, moldeamiento, técnicas en habilidades sociales, entre otras.
- En el caso de estar disfuncional la parte cognitiva se utilizaron técnicas de reestructuración cognitiva como: técnicas de detención del pensamiento, sustitución de pensamientos, autoregistros para identificar distorsiones cognitivas y trabajar sobre estas logrando un pensamiento alternativo mas racional, entre otras.
- De igual manera se plantearon técnicas de disminución de activación fisiológica como lo son: técnicas de relajación como es la relajación muscular progresiva, entrenamiento

autógeno, desensibilización sistemática, entre otras. Teniendo en cuenta que en la mayoría de las ocasiones deben combinarse unas con otras.

En caso que la intervención necesitara apoyo de otros profesionales para hacer una intervención más global, se realizaron remisiones a profesionales como: Psiquiatría, Planificación familiar, Neuropediatría, Nutricionista, entre otros

4.1.4 Procedimiento desarrollado

- Para iniciar el proceso de evaluación psicológica, se hizo uso del formato de Historia Clínica establecido por Comfamiliar Risaralda, en el cual se evalúa, motivo de consulta, temporalidad de los síntomas, causa aparente, antecedentes familiares, condición de salud, estructura familiar, dinámica familiar, rutina diaria, actividades, interacción social, estado de ánimo, línea de conductas, diagnóstico principal, análisis y plan.
- Luego de diligenciar la historia clínica, se procede a la remisión de controles requeridos por el consultante. Dependiendo la problemática se establece el número de consultas y la necesidad de citar familia o pareja.
- En el formato de controles se establece el objetivo terapéutico, su técnica, descripción general, indicadores encontrados en el proceso, elementos a reforzar, tareas para la casa, seguimiento del plan de acción, análisis y plan.

4.1.5 Población

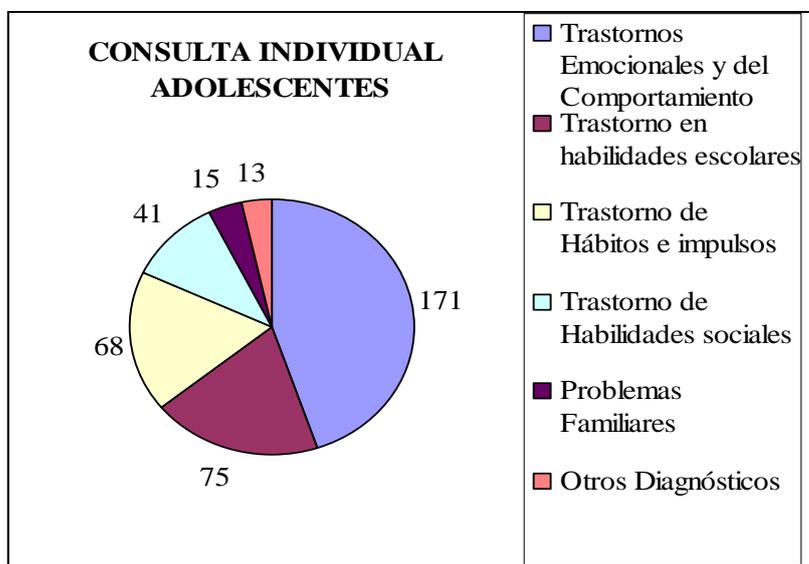
La población a intervenir está dirigida principalmente a madres gestantes y adolescentes entre los 10 y los 19 años en compañía de sus familias.

4.1.6 Presentación y análisis de resultados

A continuación se presentarán los resultados obtenidos durante el periodo de práctica en el eje de intervención psicológica individual.

De acuerdo con la Figura 1 y 2, los datos son tomados del formato denominado: Reporte actividades de Promoción y Prevención, el cual es utilizado diariamente para registrar los datos correspondientes a cada consultante. El total de pacientes atendidos durante el periodo de práctica Enero 16 hasta Noviembre 19 de 2009 en consulta individual es de **495**, dentro de los cuales se tienen en cuenta los de primera vez y los de control. De este total, **383** son Adolescentes y **112** son Madres Gestantes.

Figura 1. Diagnósticos más frecuentes en Intervención Individual con Adolescentes



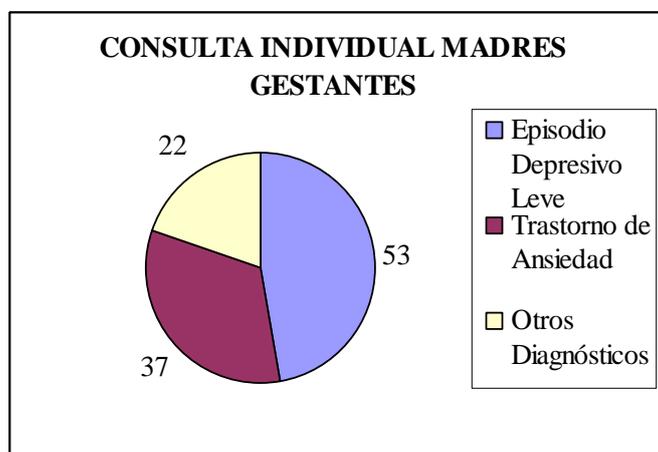
Para un total de 383 Adolescentes atendidos

Teniendo en cuenta el total de 383 Adolescentes atendidos, se evidencia que (171) Adolescentes presentaron Trastornos emocionales y del comportamiento en la adolescencia,

(75) Trastorno en habilidades escolares, (68) Trastorno de hábitos e impulsos, (41) Trastorno de Habilidades Sociales, (15) Problemas Familiares y (13) Otros Diagnósticos dentro de los cuales se encuentran (enuresis no orgánica, consumo de sustancias psicoactivas, orientación sexual y depresión). Estos diagnósticos no son muy recurrentes lo cual no son tenidos en cuenta en porcentajes individuales.

Con estos resultados puede evidenciarse que la problemática de mayor relevancia en los Adolescentes son los Trastornos emocionales y de comportamiento en la Adolescencia lo cual abarca todo lo relacionado con cambios físicos, sociales, cognitivos propios de la Adolescencia como también las variaciones en sus estados emocionales. En este caso ha sido pertinente trabajar a nivel terapéutico todo lo relacionado con la orientación hacia los nuevos cambios a enfrentar, fortalecer sus proyectos de vida, estrategias de afrontamiento, habilidades sociales, y en muchas ocasiones terapia de familia.

Figura 2. Diagnósticos más frecuentes en Intervención Individual con Madres Gestantes



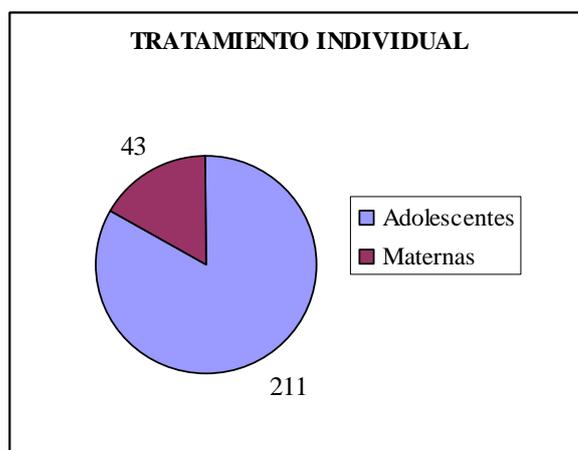
Para un total de 112 Maternas atendidas

Teniendo en cuenta el total de 112 Maternas atendidas, puede evidenciarse que (53) Maternas presentaron Episodio Depresivo Leve, (37) Trastornos de Ansiedad y (22) Otros Diagnósticos, dentro de los cuales se encuentran (problemas familiares, problemas de

pareja, horarios estresantes de trabajo y orientación sexual). Dichos diagnósticos no se presentan con frecuencia motivo por el cual no se cuentan como total individual.

Con estos resultados puede evidenciarse que el diagnóstico con mayor total es el de Episodio Depresivo Leve con (53), lo cual podría relacionarse con los cambios hormonales que subyacen al embarazo, como también a todos los cambios físicos, cognitivos, sociales y sexuales a los que la mujer materna se enfrenta desde el momento en que empieza a vivir su maternidad. Influyendo de igual manera en la relación con su pareja y en el manejo de su sexualidad. En este caso ha sido pertinente trabajar técnicas de respiración, manejo de emociones, reestructuración cognitiva con diligenciamiento de autoregistros, aceptación del rol de madre y en algunas ocasiones terapia de pareja.

Figura 3. Adherencia al Tratamiento Individual en Adolescentes y Madres Gestantes



Para tomar los datos encontrados en la figura 3, se tuvo en cuenta el número de controles a los que asistieron durante el periodo de Enero 16 hasta Noviembre 19 de 2009 cada una de las dos poblaciones. Como resultado puede evidenciarse que los Adolescentes tienen un número de controles asistidos de 211, resultado tal que abarca el mayor espacio, lo que muestra que existe mayor adherencia de los adolescentes al tratamiento terapéutico

individual que las Madres Gestantes con un valor de 43. El valor restante del total de las consultas corresponde a consultas de primera vez.

Esto podría concluir que existen varios factores que intervienen directamente en su adherencia, uno de ellos es la influencia significativa que existe por parte de los padres de los adolescentes, ya que el tratamiento se asume como un compromiso mutuo para el cambio. Mientras que en las maternas influyen factores como dificultades de salud en algunas ocasiones para asistir a la consulta, o en ocasiones sus intervenciones son más en situación de crisis, las cuales son pocas.

4.1.7 Evaluación de Impacto

- *Indicadores de Logro Cuantitativos*

- El 100% de los procesos de intervención individual se iniciaron oportunamente.
- El 70% de las Madre gestantes continúan el proceso terapéutico.
- El 90% de los Adolescentes continúan con el proceso terapéutico para el siguiente año.
- El 100% de las historias clínicas fueron diligenciadas.
- El 100% de las consultas programadas mensualmente fueron atendidas.

- *Indicadores de Logro Cualitativos*

- En el proceso de intervención individual se logró mantener la empatía con el consultante permitiendo una mejor adherencia al tratamiento.

- Se consiguió un reconocimiento de las patologías más recurrentes en la población adolescente y madres gestantes.
- Acorde con las patologías encontradas se implementaron las técnicas de intervención adecuadas para cada población.
- Se logró extraer todos los conocimientos teóricos a la práctica.

4.1.8 Dificultades presentadas

En este eje de intervención individual la mayor dificultad encontrada durante el periodo fueron las pocas remisiones de Maternas y Adolescentes por parte de los médicos.

4.2 Intervención psicoeducativa

En este eje de intervención se realizaron talleres psicoeducativos con contenido preventivo para la población adolescente, familia y madres gestantes. Los talleres para padres y adolescentes se diseñaron al inicio del periodo de práctica y las ocho sesiones del Curso de Apoyo Terapéutico -Nombre dado por la institución- ya estaban planteadas en el programa de psicología.

4.2.1 Objetivo General

Diseñar y ejecutar programas psicoeducativos orientados a fortalecer los programas de promoción y prevención, en la intervención temprana de problemáticas en la población adolescente y familia. De igual manera el Curso de Apoyo Terapéutico para Madres Gestantes pretende lograr que tanto las madres como sus parejas tengan un aprendizaje significativo en relación al embarazo y a todos los cambios que subyacen al mismo.

4.2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar la participación por medio de la inscripción mensual en los adolescentes al grupo y las madres gestantes al curso de Apoyo Terapéutico, con el fin de evidenciar el impacto, continuidad y satisfacción.
- Plantear los temas abordados de forma grupal, teniendo en cuenta las problemáticas identificadas en la evaluación de necesidades, conservando la mirada del adolescente como sujeto “vulnerable” socialmente y la madre gestante como portadora de nueva vida.

4.2.3 Estrategias de Acción

- Los talleres propuestos para las madres gestantes ya estaban creados por la institución, al contrario de los talleres para adolescentes, los cuales fueron creados por la practicante durante el periodo de práctica (ver Apéndice B). Estos contienen temas como: pautas de crianza, grupos alternativos, sexualidad cuerpo y danza, fármaco dependencia, anorexia y bulimia, manejo de emociones, técnicas de estudio, valores como ser humano, autoestima en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual y embarazo prematuro en adolescentes.
- Los talleres fueron presentados de forma lúdica y dinámica en video vean, teniendo como pretensión principal el aprendizaje en la socialización grupal.
- Los talleres con las madres gestantes tuvieron temáticas como: primera sesión: nutrición adecuada, segunda sesión: desarrollo embrionario, cambios físicos y rol femenino, tercera sesión: rol paterno, cuarta sesión: parto y post-parto, quinta sesión: parto pre término y depresión post-parto, sexta sesión: cuidados del recién nacido y lactancia materna, séptima sesión: comunicación afectiva y sexo sensualidad y octava sesión: planificación familiar.

4.2.4 Procedimiento desarrollado

- Los talleres para Adolescentes fueron desarrollados al inicio de la práctica profesional, se hizo revisión teórica de las problemáticas más relevantes en esta población y se diseñaron diapositivas alusivas a cada tema para ser expuestos al grupo.
- Para la realización de los talleres se contó con el apoyo de recreación, instructor de danza y música.
- Las sesiones del Curso de apoyo terapéutico fueron modificadas en la reducción de número de sesiones y tiempo, adicionándose dentro de estas odontología y vacunación.
- Las sesiones fueron ejecutadas en el auditorio No 1 de Comfamiliar, los materiales utilizados fueron video vean para la presentación de videos y diapositivas, lapiceros, bombas y muñeco para algunas actividades. Se contó con el apoyo de profesionales de la salud como: nutricionista y médico general para temas de su disciplina.

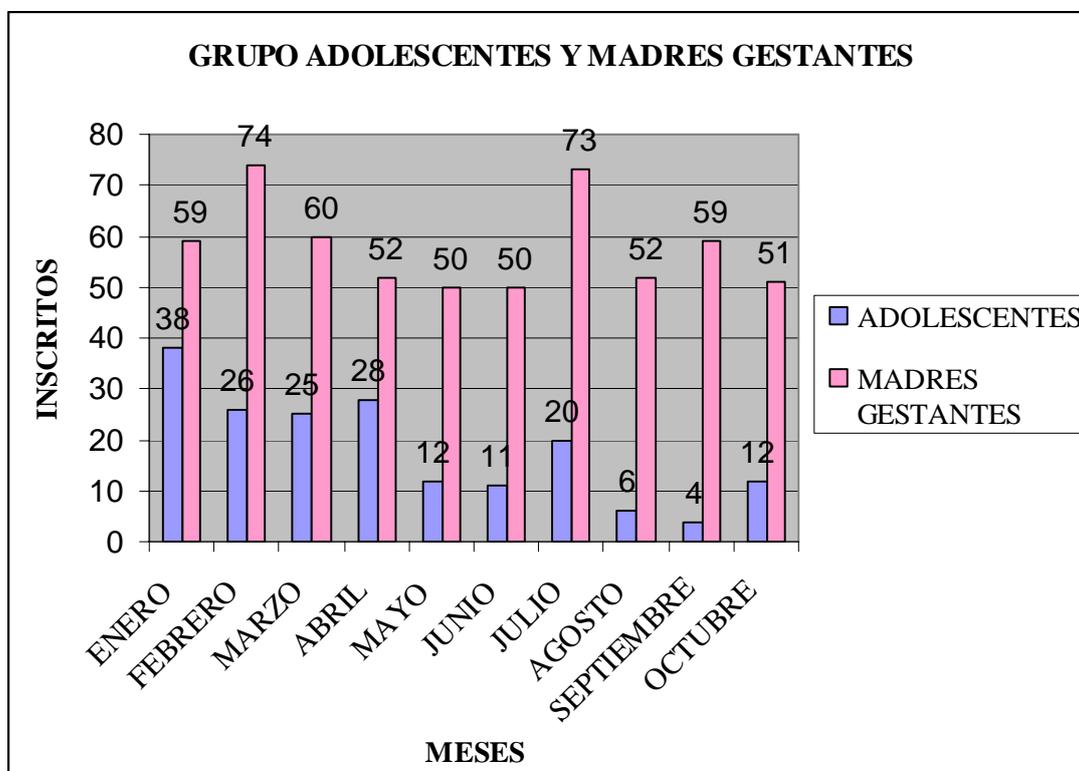
4.2.5 Población

Los talleres psicoeducativos están dirigidos a los adolescentes entre 10 y 19 años y madres gestantes a partir de los cinco meses.

4.2.6 Presentación y análisis de resultados

A continuación se presentarán los resultados obtenidos durante el periodo de práctica en el eje de Intervención Psicoeducativa.

Tabla 4. *Inscritos Mensualmente al Grupo de Adolescentes y Madres Gestantes*



Para realizar la Tabla 4 se tuvo en cuenta el número de inscritos mensualmente a cada uno de los dos programas. Para su inscripción se utilizan dos formatos, uno que se denomina: Instrumento Descriptivo Prenatal, en el cual la materna diligencia todos sus datos esenciales y otro instrumento de inscripción general para los adolescentes, en el cual se agrupan los datos generales del Adolescente.

En su totalidad el número de inscritos al grupo de Adolescentes entre enero y octubre de 2009 es de 182, y el número de inscritas al grupo de maternas es de 580, lo que concluye una mayor inscripción por parte de las maternas a los cursos en relación a los Adolescentes.

Estos resultados demuestran que en las madres gestantes existe un mayor compromiso a nivel educativo debido a su condición actual. Dentro de las temáticas que más atraen a la participación de las maternas son: la información que corresponde al parto y

post parto, cuidados del bebé, desarrollo embrionario, pero especialmente los ejercicios de respiración y preparación para el parto.

Y en relación con la inscripción de los adolescentes el número de inscritos se ha mantenido estable, a pesar de que en los meses de Agosto y Septiembre su número descendió. Esto teniendo en cuenta que finalizando el año la parte académica empieza a ser un factor predominante en el tiempo de los adolescentes; como también lo es el hecho de que algunos estudian en la jornada de la tarde, lo que obstaculiza asistir a los cursos en el horario programado (3:00 PM a 5:00 PM). Para su captación existen dos medios, el primero remisiones de los médicos y el segundo en la consulta individual.

Tabla 5. *Temáticas abordadas en los talleres del Grupo de Adolescentes*

PROGRAMA DE ADOLESCENTES

<i>MARZO</i>	DIRIGIDO A	TEMA	ACTIVIDADES
2	Adolescentes	Bulimia y Anorexia	Trabajo de Autoconcepto
9	Padres	Pautas de Crianza	Exposición en Video Bean
16	Adolescentes	Cine Foro	Película / Socialización
30	Padres	Dimensiones de la adolescencia	Exposición en Video Bean
<i>ABRIL</i>			
6	Adolescentes	Enfermedades de Transmisión sexual	
13	Padres	Enfermedades de Transmisión sexual	
20	Adolescentes	Danza-terapia	
27	Padres	Fármaco dependencia	
<i>MAYO</i>			
4	Adolescentes	Manejo de emociones	

11	Padres	Embarazo Prematuro	
18	Adolescentes	Cine Foro	
<i>JUNIO</i>			
1	Padres	Manejo de emociones	
8	Adolescentes	Autoestima en el Adolescente	Proyecto de vida
<i>JULIO</i>			
6	Padres	Técnicas de Estudio	
13	Adolescentes	Fármaco dependencia	
21	Padres	Cine Foro	
27	Adolescentes	Recreación	
<i>AGOSTO</i>			
3	Padres	Autoestima en el Adolescente	
10	Adolescentes	Técnicas de Estudio	
18	Padres	Estrategias de Afrontamiento	Análisis de Artículo
24	Adolescentes	Recreación	
31	Padres	Pubertad Precoz	Tema asignado a cada padre
<i>SEPTIEMBRE</i>			
7	Adolescentes	Visita Planetario	UTP
14	Padres	Bulimia y Anorexia	
21	Adolescentes	Taller de subculturas	
28	Padres	Internet en Adolescentes	Tema asignado a cada padre
<i>OCTUBRE</i>			
5	Adolescentes	Danza-terapia	
19	Padres	Cine Foro	
26	Adolescentes	Recreación- día Halloween	
<i>NOVIEMBRE</i>			

9	Padres	Taller sobre Planificación	
23	Adolescentes	Internet en Adolescentes	
30	Padres	Taller Lúdico	Para reafirmar vínculos padres-hijos
<i>DICIEMBRE</i>			
7	Adolescentes	Taller sobre valores	
14	Padres	Taller sobre valores	
21	Adolescentes	Cierre del programa	Actividad lúdica
28	Padres	Cierre del programa	Actividad lúdica

La tabla 5 corresponde a los temas abordados en el grupo para Adolescentes, teniendo en cuenta que una vez a la semana esta dirigido a los Adolescentes y a la siguiente a los padres, fomentando de esta manera que los padres sean partícipes del crecimiento de sus hijos, como también brindarles un espacio para resolver dudas sobre los cambios y manejo de la etapa de la Adolescencia.

Los temas relacionados anteriormente nacen del estudio de las problemáticas más relevantes a las que están expuestos los adolescentes, con el objetivo de generar estrategias para disminuir los riesgos y proporcionar estrategias de afrontamiento. Estos talleres han sido creados por la practicante de psicología durante el periodo de práctica con la ayuda del coordinador de psicología.

4.2.7 Evaluación de Impacto

- *Indicadores de logro Cuantitativos*

- El 100% de los talleres y actividades psicoeducativas con los Adolescentes fueron desarrolladas.

- El 40% de los jóvenes asistieron a los talleres programados.
- El 15% de los padres de familia asistieron a los talleres psicoeducativos.
- El 100% de las sesiones del curso de apoyo terapéutico para madres gestantes fueron realizados.
- El 90% de las madres gestantes asistieron a las sesiones del curso.

- *Indicadores de logro Cualitativos*

- Se identificó una participación activa en los talleres tanto de los padres como de los Adolescentes.
- En la evaluación de satisfacción para los Cursos de Apoyo Terapéutico para Madres Gestantes se obtuvieron observaciones agradables en cuanto a la dinámica de los talleres y la utilidad.
- En los talleres se contribuyó al desarrollo personal de los Adolescentes, padres y madres gestantes.
- Los talleres para Adolescentes permitió una libre expresión de pensamiento y socialización de creencias en relación a los temas propuestos.

4.2.7 Dificultades encontradas

Al inicio de la práctica profesional en la institución COMFAMILIAR RISARALDA se retomó un Proyecto para trabajar con Adolescentes diseñado desde el año anterior (2008), pero en su evaluación se identificó que la captación de los mismos no había sido

considerable, lo cual empezó a convertirse en un reto para lograr en este nuevo periodo de práctica.

Actualmente se cuenta con la asistencia de aproximadamente 15 Adolescentes con quienes se realizaron los diferentes talleres. En este proceder una de las dificultades presentadas fue la parte de presupuesto económico, ya que la institución no presta ningún apoyo de orden monetario para la realización de actividades de orden lúdico, y es necesario tener en cuenta que para el trabajo con Adolescentes es esencial un trabajo dinámico y rotatorio. Teniendo en cuenta que un grupo de jóvenes demanda estar constantemente en alguna gestión.

También se identifica como otra dificultad el horario de estudio de algunos Adolescentes en las horas de la tarde, lo que disminuye la probabilidad de que el número de asistentes sea más significativo, debido a que el horario de encuentro con el grupo es de 3:00 a 5:00 pm.

5. Conclusiones

- En relación al proceso terapéutico individual con Adolescentes, pudo identificarse que la mayoría de las problemáticas actuales van dirigidas hacia comportamientos desadaptativos como: rebeldía, grosería, ausencia de asertividad, poco control de los impulsos, impulsividad, hiperactividad, bajo rendimiento académico y dentro de estas dificultades como: problemas de atención y concentración, desinterés para escribir en los cuadernos, ausencia de responsabilidad escolar y problemas relacionados con el respeto a la autoridad y a la norma.
- En la evaluación que corresponde al campo familiar de los adolescentes se evidenció en la mayoría de los consultantes, ausencia de padre, ya sea por estar fuera del país o por no conocerlo, modelos familiares de agresión, ausencia de manifestaciones de afecto,

incongruencia en el establecimiento de normas, modelo negativo de autoridad, abandono de los padres, quedando la responsabilidad de crianza a los abuelos o familiares, preferencia y prioridad al amor conyugal en las madres en relación a las demandas de sus hijos y en algunos casos expresiones poco asertivas al momento de corregir y castigar.

- En las maternas durante las consultas individuales puede afirmarse gran influencia en sus respuestas depresivas y ansiosas a sus problemas de pareja, especialmente por abandono o no reconocimiento de la paternidad, generando incertidumbre, temor e inestabilidad en relación a su hijo y su proyección futura.

- En un apartado del Instrumento Descriptivo (diligenciado por las maternas para iniciar los cursos) puedo evidenciarse que la mayoría de los embarazos son no deseados en edades tempranas de la Adolescencia, lo que manifiesta su dificultad para aceptar y asumir su rol de madres.

- En el proceso de recolección de información con las maternas, podría asegurarse que la generalidad de los embarazos sucedieron de forma inesperada y accidental. En la mayoría de los casos por la no utilización de ningún método anticonceptivo, lo que lleva a pensar en acciones dirigidas más hacia la prevención.

6. Recomendaciones

- Contar con una ayuda presupuestal de Comfamiliar para realizar actividades lúdicas en el grupo de Adolescentes, utilizando estos talleres y espacios como un medio para aprender y socializar, previniendo a su vez el incremento de problemáticas sociales.

- Diseñar grupos focales con Adolescentes entre 15 y 19 años, los cuales no son abordados en consulta individual ni en el grupo de adolescentes. Se iniciaría con una captación

telefónica y luego en el grupo se plantearían los temas y la metodología en compañía del psicólogo.

- Incrementar las remisiones a consulta individual por parte de los médicos y enfermeras para lograr mantener en la población Adolescente una conciencia preventiva ante las actuales temáticas sociales. Esto podría lograrse realizando una reunión con el personal de salud de la institución y exponer la necesidad y los beneficios de prevenir diversas problemáticas a tiempo.
- Permitir que en los talleres psicoeducativos con los Adolescentes participen otros profesionales de la salud, con el fin de recibir información desde diferentes disciplinas.
- Incrementar de igual forma las remisiones a consulta individual de madres gestantes, para de esta manera prevenir patologías posteriores, embarazos prematuros, embarazos no deseados y manejo de respuestas ansiosas o depresivas.

7. Complementarios

Bibliografía

- Amat, Y.(2007). Embarazo en adolescentes deseado periódico el TIEMPO. Disponible en: http://www.eltiempo.com/salud/noticias/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR-3686366.html . Rescatado en Febrero 17 de 2009.
- Balboa, B y Colaboradores (2002). Conocimiento y actitudes sobre la sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Rescatado en Febrero 22 de 2009.
- Barros, T, y Colaboradores (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. Rescatado en Marzo 2 de 2009.

- Escobar, M y Colaboradores (2004). Estado del arte conocimiento producido sobre jóvenes en Colombia. Programa presidencial Colombia Joven. Agencia de Cooperación Alemana GTZ – UNICEF Colombia. Bogotá D.C.- COLOMBIA.
- Flórez, C (2006). La fecundidad entre las adolescentes Colombianas. Disponible en: www.voltairenet.org/article137099.html. Rescatado en Marzo 14 de 2009.
- Frojan P. (2005). Consultoría conductual: terapia psicología breve. Madrid, España. Editorial Pirámide.
- Florez, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. Avances en psicología clínica latinoamericana, volumen 18. 13-22
- Matiz, G. (2003). Embarazo feliz y cuidados del recién nacido. Bogotá, Colombia. Editorial Printer Latinoamericana Ltda..
- Papalia, D y Olds, S. (1997). Desarrollo humano. Bogotá, D, C. Editorial McGraw-Hill.
- Patiño, L y Galvis W. (1989). Psicología General, Universidad del Quindío. Quindío, Editorial Copyright.
- Piña, J., Rivera B. (2006, Junio 12). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. 670-677
- Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes “un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia” (2007). Bogotá D.C.- COLOMBIA.

Apéndices 

Apéndice A: Entrevista semiestructurada para identificación de necesidades

Apéndice B: Talleres para Adolescentes

Anexos 

Anexo 1: Estadísticas Indicadores de Madres Gestantes año 2008

Anexo 2: Test del autoconcepto