

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TESIS DE GRADO

**TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

***“TRABAJO EN RED PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ÁREA DE SALUD # 7, HOSPITAL
GENERAL ENRIQUE GARCÉS DEL SUR Y COLEGIO ZALDUMBIDE.
2008 – 2009”***

AUTORA

Dra. MARÍA LUCILA CARRASCO G.

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Susana Guijarro

TUTORA METODOLÓGICA:

Dra. Karen Pesse

QUITO, Marzo 2008.

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

A mi hijo José Ricardo, que al optar por esta Maestría
sacrifiqué el tiempo en el que podía estar contigo,
espero que todo este esfuerzo tuyo y mío,
se vea reflejado en un futuro exitoso para los dos.

Tu mamá.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.....	2
INDICE DE CONTENIDOS Y GRÁFICOS.....	3
RESUMEN Y ABSTRACT.....	5
1. PRESENTACIÓN.....	6
Situación en el Ecuador.....	7
Generalidades del Sur de Quito.....	8
Generalidades de la Investigación.....	9
1.3.1 Hospital Enrique Garcés.....	9
1.3.2 Servicio de Gineco-Obstetricia y Clínica de Adolescentes HEG.....	10
1.3.4 Colegio Gonzalo Zaldumbide.....	11
2. ANÁLISIS SITUACIONAL.....	12
2.1 Problema de Embarazos en el HEG.....	12
2.2 Área de Salud # 7, El Carmen.....	16
2.3 Colegio Gonzalo Zaldumbide.....	16
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
5. MARCO CONCEPTUAL.....	18
5.1 ¿Qué es la adolescencia?.....	18
5.2 Embarazo en la adolescencia. Concepto.....	19
5.3 ¿Qué es embarazo no deseado en el adolescente?.....	19
5.3.1 Causas y factores de riesgo.....	19
5.3.2 Curso del Embarazo.....	20
5.4 Riesgos asociados durante el embarazo en la Adolescencia.....	22
5.4.1 Riesgos maternos.....	22
5.4.2 Riesgos del niño.....	22
5.4.3 Riesgos socioeconómicos.....	23
5.5 Atención Integral del Adolescente.....	23
5.5.1 Seguimiento.....	23
5.6 Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.....	24
5.7 Marco Legal Internacional y Nacional.....	24
5.8 Orientaciones del trabajo con adolescentes.....	26
5.9 Creación de redes.....	27
6. MODELO DE REFERENCIA.....	28
7. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA.....	30
7.1 La red de Prevención del Embarazo Adolescente en la Ciudad De Medellín.....	30
7.2 Red Intersectorial de la Adolescencia y Sexualidad en Quito.....	30
7.3 Red de Comunicadores Adolescentes de Nicaragua.....	31
7.4 Maternidad Adolescente: Un proyecto de Intervención con Éxito.....	31
7.5 La gestión de la atención de salud de los adolescentes y Jóvenes en Chile y Perú.....	32

8. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES.....	33
8.1 Alternativas de Cambio.....	33
8.2 Hipótesis de Cambio.....	34
8.2.1 Estrategias.....	34
9. PROPÓSITOS Y OBJETIVOS.....	34
9.1 Objetivos de la Investigación.....	34
9.1.1 Objetivo General.....	34
9.1.2 Objetivos Específicos.....	34
10. INSTRUCCIONES OPERATIVAS.....	35
11. MAPEO DE ACTORES.....	37
12. METODOLOGÍA.....	39
13. RESULTADOS.....	41
13.1 De la Evaluación Operativa.....	41
13.2 De la Evaluación Analítica.....	44
14. DISCUSIÓN.....	45
15. CONCLUSIONES.....	46
16. RECOMENDACIONES.....	47
17. BIBLIOGRAFÍA.....	48
18. ANEXOS.....	51
Testimonios de las Adolescentes.....	51
Historia Clínica Única del Adolescente del MSP.....	52
Protocolos de Atención del Adolescente.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tabla #1: Número de estudiantes que asisten al Colegio Gonzalo Zaldumbide 2009.....	12
Tabla #2: Diez principales patologías de Hospitalización HEG, 2008.....	13
Tabla #3: Diez principales patologías de Emergencia HEG, 2008.....	13
Tabla #4: Mujeres entre 10 a 19 años que estuvieron Hospitalizadas en el HEG, 2007-2008.....	14
Tabla #5: Número de mujeres adolescentes embarazadas Atendidas en el Área de Salud #7.....	16
Tabla #6: Riesgos de la Embarazada Adolescente y de Su hijo.....	23
Gráfico #1: Egresos Hospitalarios HEG 2008.....	15
Gráfico #2: Flujograma de Atención a la Paciente adolescente Embarazada.....	43

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

Antecedentes: Según reportes estadísticos internos, se conoce que el 24,2% (3834) de 15853 pacientes que acudieron por atención médica al Hospital Enrique Garcés corresponden a madres adolescentes. Los problemas obstétricos y ginecológicos de las adolescentes son los que acumulan un porcentaje de casi el 55,7% del total de hospitalizaciones, son los servicios de gineco-obstetricia los más demandados por las mujeres adolescentes.

En vista de lo indicado, la presente investigación propone un trabajo coordinado de 3 instituciones para lograr una Atención Integral en las Adolescentes Embarazadas, mediante la formación de una red que incluya al Área de Salud # 7 (primer nivel de atención), el Hospital General Enrique Garcés del Sur de Quito (segundo nivel de atención) y el Centro Educativo Gonzalo Zaldumbide.

Objetivo: Analizar el aporte de la creación de una Red para la Atención Integral de Adolescentes Embarazadas.

Pacientes y métodos: Se partió de una línea de base de 24 estudiantes del Colegio Gonzalo Zaldumbide, adolescentes: embarazadas, con hijos y en riesgo potencial de embarazo (adolescentes que iniciaron vida sexual activa), identificadas por el DOBE (Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil), y se decide trabajar en red con las instituciones que tienen como objetivo el bienestar de los adolescentes: Colegio Gonzalo Zaldumbide, Área de Salud # 7 y Hospital Enrique Garcés. Se trabajo en la delimitación de funciones y roles de cada uno de los actores y en la formulación de un flujograma de atención de la adolescente embarazada.

Resultados: Se logró un trabajo articulado entre el DOBE del Colegio Gonzalo Zaldumbide como captador de las adolescentes que requieren atención integral del embarazo y el Área de Salud a través del Comité de Adolescencia. Se inició una atención diferenciada para la adolescente embarazada dentro del Área, con un grupo interdisciplinario de profesionales. Se implementó el formato único de la Historia Clínica de Adolescentes del Ministerio de Salud Pública en todas las instituciones participantes para estandarizar la información. Hubo una total reinserción de las estudiantes a su sistema de educación formal.

Conclusiones: El empoderamiento¹ de los actores involucrados en la salud del adolescente a través de un trabajo articulado (en red) permite obtener los resultados esperados.

Keywords and Abstract

Background: According to internal statistical reports, it is known that 24,2% (3834) from 15853 patients that attend for medical attention to the Enrique Garcés Hospital, are adolescent young mothers. The gynecological and obstetric problems of this adolescents are the ones that accumulates around 55,7% of the total hospitalizations, forcing this gineco-obstetric services to be highly demand by young women.

Based on this fact, the investigation propose a coordinated work with 3 institutions in order to achieve an Integral Attention for Young Pregnant Women, by means of the formation of a net that includes the Area of Health #7 (first level of medical attention), the Enrique Garcés General Hospital of the Quito's South (second level of medical attention) and the Educational Center Gonzalo Zaldumbide.

Objective: Analyze the results of creating an Integral Medical Attention for young pregnant women Net.

Patients and methods: Started with a 24 student's base line from the Gonzalo Zaldumbide High School. Pregnant Adolescents, with child's and with high risk pregnancy (adolescents who began active sexual life) identify by the DOBE (Departamento de Orientación y

¹ **Empoderamiento:** es un proceso multidimensional de carácter social en donde el liderazgo, la comunicación y los grupos autodirigidos reemplazan la estructura piramidal mecanicista por una estructura más horizontal en donde la participación de todos y cada uno de los individuos dentro de un sistema forman parte activa del control del mismo con el fin de fomentar la riqueza y el potencial del capital humano que posteriormente se verá reflejado no solo en el individuo sino también en la comunidad en la cual se desempeña (Blanchard, Carlos & Randolph 1997).

Bienestar Estudiantil). Work together on a net with this institutions: Zaldumbide High School, Area of Health #7 and Enrique Garcés Hospital, in order to achieve the objective to bring wellness to the adolescents.

The work done was on the functions delimitations and roles of each actor, also in the formulation of the flowchart for young pregnant medical attention.

Results: Articulated work achieved between the DOBE from the Gonzalo Zaldumbide High School as collector of adolescents that require integral medical attention in pregnancy, and the Area of Health with the Adolescence Committee. Inside the Area, initiated a differentiated attention for the young pregnant women with an interdisciplinary group of professionals. There has been an implementation of a unique Clinical History format for adolescents coming from the Minister of Public Health within all the institution that were participation for this standardizations. It's been a total reinsertion of the student in the forma educational system.

Conclusions: The empowerment of the actors responsible of the adolescent's health through an articulated work (network) allows obtaining the expected results.

1. PRESENTACIÓN

La adolescencia es un periodo crucial dentro de la vida de las personas, es tiempo de vivir y aprender las destrezas que le servirán al adolescente para desempeñarse en la fase adulta. Casi la mitad de los habitantes del mundo tienen menos de 25 años de edad: se trata de la mayor generación de jóvenes jamás registrada en la historia.

El UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), en su informe sobre el *Estado de la Población Mundial 2003*, examina los retos y los riesgos que enfrenta esta generación y que influyen directamente sobre su bienestar físico, emocional y mental. Los adolescentes de entre 10 y 19 años², constituyen una proporción significativa (21,7%) de la población de los países de América Latina y el Caribe. El futuro desarrollo económico y social de estos países depende del aumento proporcional de la población que esté bien educada y que sea saludable y económicamente productiva; pero muchos de los jóvenes de América Latina y el Caribe no reciben la educación suficiente que les permita acceder a las labores productivas. Esta situación es peor para los jóvenes que viven en los círculos de pobreza urbana; y para todos aquellos adolescentes pobres que viven en el sector rural³.

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 años y la otra al grupo de 15 a 19 años⁴. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas. Gran parte de estos embarazos no son planificados; las probabilidades de ser madre en esta etapa aumentan en las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección familiar o del estado⁵.

² Pelaéz Mendoza Jorge. Adolescencia y salud reproductiva. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 1999.

³ Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Youth: Health Topics: Sexual Behaviors. Updated 4/26/04, accessed 5/10/04. *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information*. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2004

⁴ *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information*. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2004 García Imía Ileana, Ávila Gálvez Elena, Lorenzo González Antonio, Lara Carmona Maricela. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev. Cubana MGI 2002;18(2):5-12.

⁵ García Imía Ileana, Ávila Gálvez Elena, Lorenzo González Antonio, Lara Carmona Maricela. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev. Cubana MGI 2002;18(2):5-12.

Actualmente, millones de adolescentes y jóvenes enfrentan perspectivas de matrimonios precoces, procreación temprana y educación incompleta, además de la amenaza del VIH/SIDA. En América Latina, la fecundidad adolescente⁶ no muestra una tendencia sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad. En los países de América Latina y el Caribe, la sexualidad, el embarazo y la maternidad de la adolescente traen consigo problemas graves de salud. En las naciones europeas la situación es mucho mejor que en los EE.UU., en cuanto a prevención de embarazos y maternidad no deseada⁷.

Los riesgos de salud del aborto ilegal en la adolescente son considerables. Se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos de adolescentes terminan en aborto, con una proporción que se incrementa a seis de cada diez embarazos en Chile, y baja a dos de cada diez en México (Singh and Wulf, 1994). Cuando el embarazo de la adolescente es el resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud.

Los programas de ayuda al adolescente que funcionan en los países de América Latina y en otras partes del mundo son focalizados⁸. La atención que el adolescente recibe normalmente, si recibe alguna, se centra, con demasiada frecuencia, en comportamientos problemáticos muy específicos, pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención en salud. La atención terciaria con enfoque restringido no ha demostrado ser efectiva para cambiar la vida de los adolescentes. Además, este tipo de atención tiene un elevado costo al realizarse mediante un servicio individualizado. Las intervenciones sobre la salud del adolescente son más eficaces cuando utilizan un marco holístico e integral de trabajo (biológico, psicológico y social)⁹.

1.1 Situación en el Ecuador

Para el 2005 la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'734.821, lo que representa el 20.69% de la población total, en el grupo de 10 a 14 años son 1'393.402 y de 15 a 19 años 1'341.419. Solamente el 34,2% de adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años han completado la educación básica. En los hombres es el 32,9% y en las mujeres 35,3%¹⁰.

Existe la concepción errónea de que los adolescentes son "sanos" por presentar bajas tasas de morbilidad y mortalidad en comparación con los niños y adultos. No obstante, al revisar las estadísticas hospitalarias del año 2000 del INEC, el número de egresos fue de 89.575 y de éstos 67.543 correspondían a mujeres de 10 a 19 años de edad (75.4%). Las primeras causas de estos egresos son las relacionadas al embarazo, parto y puerperio, seguidas a gran distancia por las enfermedades del sistema digestivo, infecciones parasitarias transmisibles, envenenamientos y alguna otra consecuencia de causas adversas y las del sistema génito-urinario¹¹. Esto no significa que el embarazo sea una enfermedad, pero si es considerado un antecedente importante para complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, porque el embarazo en una mujer adolescente es de por si un embarazo de riesgo.

⁶ The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Teen Pregnancy, So What? Updated 2/04, accessed 5/11/04.

⁷ (Se considera embarazo no deseado a la concepción que alguno de los miembros o la pareja no lo deseó conscientemente en el momento del acto sexual)

⁸ The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancys Link to Other Critical Social Issues. Washington, D.C., 2002.

⁹ OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2002.

¹⁰ CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Área de Salud, economía y sociedad. El embarazo en la adolescencia. Buenos Aires-Argentina. 2004.

¹¹ INEC. Situación de la salud en el Ecuador. Indicadores básicos por región y provincia. Edición 2001.

Se calcula que, en el Ecuador, 7 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia, sea física, psicológica o sexual en algún momento de su vida. Según ENDEMAIN 2004, el 11% de las mujeres de 15 a 49 años de edad reportó abuso sexual en algún momento de su vida. Estos antecedentes son factores de riesgo que afectan a las niñas, adolescentes y jóvenes, influyendo en el inicio temprano de relaciones sexuales y/o embarazos no deseados. El embarazo no deseado y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), son barreras para la culminación de sus metas.

De acuerdo con la encuesta ENDEMAIN 2004, el 46,2% de las mujeres entre 15 y 24 años han tenido ya relaciones sexuales; el 8% las inició antes de cumplir los 15 años y el 30,0% antes de los 18 años. Estas relaciones muchas veces son no deseadas, producto de violaciones intrafamiliares. A nivel nacional el promedio de edad de la primera relación sexual es 19 años. A menor edad de la primera relación sexual, menor el porcentaje de uso de anticoncepción. Mientras más bajo es el nivel económico y educativo, las mujeres inician relaciones sexuales a edades más tempranas. El 38,9% de las mujeres de 15 a 24 años han estado alguna vez embarazadas.

El embarazo en adolescentes constituye un problema de salud pública, pues es considerado como riesgo obstétrico que pone en peligro la vida tanto de la madre como del niño, las causas para este riesgo obstétrico son la desproporción céfalo-pélvica, partos pre-termino, placenta previa, entre otras. En el 2003, las adolescentes entre 12 y 19 años, constituyeron el 16,0% de las mujeres embarazadas del país. (SIISE, 2003)

Por otro lado, la mortalidad materna tiene una tasa de 79,6 por cada 100.000 nacidos vivos (INEC: 2004). El 20% de las muertes maternas corresponden a niñas y adolescentes. Los embarazos terminados en aborto constituyen la segunda causa de mortalidad materna. (International Biometric Society [IBS]: 2005). Estas cifras son mayores en el área rural, en mujeres pobres y con menor acceso a educación y servicios de salud.

En Ecuador, las diferentes entidades de salud han estado actuando de manera aislada y descontextualizadas de la psicología especial del adolescente; más bien desarrollando estrategias de intervención considerando al adolescente como un adulto pequeño.

1.2 Generalidades del Sur de Quito

El Sur de Quito es un sector¹², cuya población básica está compuesta por quienes migraron de provincia a la capital, en busca de trabajo y estabilidad. Para mejorar la calidad de vida de la población, las autoridades se plantearon sintonizar las demandas con las políticas y proyectos considerados dentro de la estrategia del gobierno local e iniciar el proceso de cambio.

En el 2001, la administración municipal actual dividió al sur en dos zonas, por la considerable extensión del territorio y el número de habitantes. La Administración Zonal Eloy Alfaro tiene bajo su jurisdicción los sectores de La Magdalena, Chimbacalle, La Argelia, Chilibulo, San Bartolo, La Mena, Ferroviaria, Solanda y la parroquia rural de Lloa. La Administración de Quitumbe comprende todo el sector de Quitumbe, desde la av. Morán Valverde hasta el límite con el cantón Mejía. Entre ambas abarcan 66 059 hectáreas, donde están asentados 790 barrios y alrededor de 960 mil habitantes. Solo la zona sur tiene más de 57 mil ha, 470 barrios y una población cercana a los 600 mil habitantes. Mientras que Quitumbe se extiende en 8 900 ha, con 320 barrios y 280 mil personas. Juntas abarcan casi el 50% de la población capitalina.

Esta zona se caracteriza por ser altamente comercial, por eso no es de asombrarse que el 70% de las casas tenga instalado un negocio y la mayoría de compras sea cancelada en efectivo. Al momento, el 97% de la población del sur posee alcantarillado y agua potable. La zona cuenta con un corredor periférico de 44 km que lo conecta con el norte y dos más que

¹² Jarrín N. Hacer del Sur un lugar más bonito para vivir, un reto que se cumple. Página web Diario Hoy: hoy.com.ec. 2009

están en construcción para el sistema de transporte masivo. El sur occidental es construido sobre la av. Mariscal Sucre entre Miraflores y Quitumbe (13,2 km) y el oriental, en la av. Maldonado, entre Quitumbe y La Marín. Estos se complementan con la Terminal Terrestre Quitumbe, adonde llegarán los buses interprovinciales que ingresan y salen hacia el sur de la ciudad. En cuanto a espacios de recreación, posee el parque Lineal Machángara con 45 km de extensión, La Raya, el de Solanda, el parque Las Cuadras y el parque Metropolitano del Sur (su tamaño abarca el Metropolitano del Norte y dos Carolinas). En el tema de seguridad, el sur cuenta con 17 Unidades de Policía Comunitaria y más de 9 000 alarmas comunitarias.

Dentro de los Servicios de Salud, cuenta con algunos hospitales públicos y privados para la atención de segundo y tercer nivel, entre los que se destacan, el Hospital General Enrique Garcés, Hospital Tierra Nueva, Clínica Villaflora, etc. El primer nivel está cubierto por las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública y por consultorios y centros privados con y sin fines de lucro. Además, se está construyendo el Hospital de Especialidades Santacruz, con inversión privada.

1.3 Generalidades de la Investigación

Esta investigación nace a partir de la preocupación de los directivos del Hospital General Enrique Garcés del Sur (HEG), los cuales se vieron obligados hacer una intervención por los altos porcentajes de morbilidad gineco-obstétrica (44,9% de los egresos hospitalarios) y mortalidad materna que han venido presentando a partir del 2004, año en el que se reportó la tasa más alta de mortalidad materna¹³.

Se organizaron varias reuniones con las áreas de salud, los colegios y la comunidad, para buscar conjuntamente soluciones a estos problemas. Se decidió comenzar con una investigación que involucre solo un área de salud y un colegio por razones logísticas y de toma de decisiones. Los resultados de esta investigación permitirán extender las intervenciones en otras áreas de salud y colegios.

El Área de Salud #7 "El Carmen", expreso su deseo en formar parte de esta investigación y ser la primera área que arranque con este proyecto, porque ese encuentran en proceso de implementación de las ADAs (Atención Diferenciada de las Adolescentes). La psicóloga¹⁴ del área comentó que ya han venido trabajando con el Colegio Zaldumbide y el personal que conforma el DOBE, mencionó que tienen una gran apertura y organización en proyectos de investigación.

La investigación propone el trabajo en red para la Atención Integral de la Adolescente Embarazada, se resolvió iniciar con las embarazadas por la gran necesidad de apoyo que requiere la madre y su producto, trabajando en prevención de nuevos embarazos, promoción de hábitos saludables (no consumo de tabaco, alcohol y drogas, practicar deportes, etc) y en curación, la atención prenatal, natal y postnatal; reinserción escolar. Fue identificado este grupo conjuntamente con el DOBE, estuvo conformado por 24 adolescentes: embarazadas, con hijos y aquellas que habían iniciado vida sexual y por lo tanto estaban en riesgo de quedar embarazadas.

La Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública (Anexo 2) fue utilizada en todas las instituciones participantes: Hospital Enrique Garcés Clínica de Adolescentes, Área #7 y Departamento Médico Colegio Gonzalo Zaldumbide. Se escogió este formato por la facilidad y el menor tiempo empleado para completar los datos (tipo lista de chequeo) y la finalidad última fue armonizar la información en cada uno de los sitios donde serán atendidas las adolescentes. Otro de los instrumentos empleados fueron los últimos Protocolos de Atención a la Adolescente Embarazada del MSP (Anexo 3), para facilitar el trabajo y enfocar la atención diferenciada de la adolescente embarazada.

¹³ OPS/OMS. Boletín Informativo. Edición # 25. Marzo 2008.

¹⁴ Entrevista a la Dra. Sandra Espinoza, Psicóloga del Área #7, Enero 2009.

A continuación se hará una descripción general de cada uno de los tres actores de esta investigación, cabe aclarar que estos actores son institucionales y no se mencionan los otros actores políticos y sociales que debido al limitado tiempo de la investigación y al tratarse de un plan piloto, se decidió iniciar con instituciones legalmente constituidas.

1.3.1 Hospital Enrique Garcés

El proyecto de creación del Hospital Enrique Garcés se inicia en 1972 en el Gobierno del Gral. Guillermo Rodríguez Lara, con la colocación de la primera piedra y la denominación de Hospital Dr. Enrique Garcés por parte del Ministerio de Salud Pública¹⁵.

El área de influencia del Hospital Enrique Garcés, actualmente se extiende desde la Av. 24 de Mayo hasta Guamaní incorporando 8 parroquias urbanas de la ciudad de Quito como: Guamaní, Chillogallo, Las Cuadras, El Beaterio, Villa Flora, Eloy Alfaro, La Magdalena y Chimbacalle, además se han asignado como referencia los hospitales cantonales de Sangolquí y Machachi; con una densidad poblacional de 6.1 habitantes por vivienda. Esta población pertenece a estratos económicos bajos y apenas el 60% dispone de infraestructura sanitaria básica, ubicándose en este sector los barrios urbano-marginales que componen el cinturón de máxima pobreza de la ciudad.

El Hospital Enrique Garcés, tiene una superficie de 36.000 m² con un área hospitalaria de 3.000 m², distribuida en 9 pisos, 6 de ellos son de internación, 1 de Consulta Externa y Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Colaboración Médica, 1 Área Administrativa, Alimentación, Emergencia, Planta Baja Estadística, Información, Mantenimiento, Farmacia y Bodega Central.

Los servicios que presta el Hospital están divididos en cinco áreas con sus respectivas especialidades y son las siguientes:

- **Medicina Interna:** Cardiología, Clínica, Dermatología, Diabetes, Gastroenterología, Hematología, Neurología, Psiquiatría, Reumatología y Psiquiatría.
- **Cirugía:** Cardioraxica, Cirugía General, Maxilofacial, Cirugía Plástica, Cirugía Vascular, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Urología.
- **Gineco-obstetricia:** Colposcopia, Ginecología, Mastología y Obstetricia.
- **Pediatría:** Cirugía Pediátrica, Neonatología, Neuropediatría, Pediatría y Psicología Pediátrica.
- **Clínicas:** VIH, Diabetes, Movimientos involuntarios, Hipertensión, Nutrición, Discapacidades, Odontología, Fisiatría y Psicología.
- **Servicios de Diagnóstico:** Laboratorio Clínico, Histopatología, Imagenología y Ecosonografía, Radiología dental, Endoscopia, Electrocardiografía, Pruebas de Esfuerzo y Audiometrías.

1.3.2 Servicio de Gineco-Obstetricia y Clínica del Adolescente HEG

En el HEG funciona la Clínica de Adolescentes que pertenece al Servicio de Gineco-Obstetricia de esta institución, cuenta con 6 camas y 3 profesionales en obstetricia, bajo la supervisión del Director de este servicio. La atención brindada se enfoca al periodo prenatal, estimulación temprana y área psicológica. Las adolescentes embarazadas que son atendidas por primera vez en la consulta externa del Hospital, son transferidas a esta Clínica en el noveno piso, donde son recibidas por una obstetra especialista.

Se está planificando la creación de un espacio de consultorios con atención diferenciada para adolescentes, en ella intervendrá un grupo multidisciplinario; además de "Salas de Primera Acogida" para los partos. Este proyecto ha sido propuesto por el director del servicio

¹⁵ Información proporcionada por la Lcda. Alicia Pérez, Comunicadora Social del Hospital Enrique Garcés, diciembre 2008.

de gineco-obstetricia a los directivos del hospital, todavía no ha arrancado por la falta de recursos destinados a su creación.

En el mismo piso funciona el Departamento de Psicología del Hospital. Este departamento está enfocado a la atención de pacientes con problemas psicológicos graves, entre los que se destacan los Intentos Autolíticos¹⁶. Se fortalece al paciente con terapias psicológicas individuales y grupales.

La mayor parte de la población de pacientes que atendida por este departamento, acude al parto y son ingresadas en ese momento para su atención. No se encuentra articulada el área de Pediatría. En el tercer piso está localizado el Centro Obstétrico. La atención del parto no es diferenciada, en la sala de labor se encuentran tanto mujeres embarazadas adultas como adolescentes. En este mismo piso, está al área post-parto, con una sala exclusiva para madres adolescentes. En el período post-parto se entabla un diálogo directo con las nuevas madres, para orientar a la paciente adolescente en la aceptación de su nueva realidad y el cuidado del bebé; aún más si fue producto de violación.

No manejan un sistema de información único para adolescentes como el formato de historia clínica del Ministerio de Salud Pública, simplemente se adhiere un papel de colores para diferenciar las historias clínicas de adolescentes. No han desarrollado Protocolos propios de atención en adolescentes, ni han implementado los del Ministerio.

La Clínica de Adolescentes no se encuentra articulada con el primer nivel de atención y con los otros servicios del Hospital, por ejemplo Pediatría. Si ha realizado convenios con diferentes ONGs que ofrecen capacitación a las madres adolescentes en oficios artesanales lo cual permitiría su autofinanciamiento; lamentablemente, no se han evaluado los resultados de estos proyectos.

1.3.3 El Área de Salud # 7

Esta ubicada en la región sur oriental de la ciudad de Quito, es una zona operativa asignada a población urbano-marginal, asentada en los barrios El Carmen, Aída León, Argelia, Oriente Quiteño, Lucha de los Pobres, Hierba Buena 1 y 2. A la cual pertenecen las unidades de salud que llevan sus mismos nombres.

La población asignada estuvo estimada para el año 2008, en 55859 habitantes. Se caracteriza por ser, en un gran porcentaje, población inmigrante interna, procedente principalmente de las provincias de Cotopaxi, Loja, Bolívar, Chimborazo y Esmeraldas; la mayoría se asienta permanentemente en la zona, pero existe un porcentaje de personas que retorna a sus pueblos o ciudades natales en períodos de cosecha.

Gran parte de la población es de bajos recursos económicos, cuya actividad económica se centra básicamente en el comercio informal, un gran porcentaje son obreros de fábricas, empleados de la construcción, lavanderas, empleadas domésticas y estibadores.

Existe, de acuerdo a una encuesta efectuada en el 2002 por Internos Rotativos en el Área N° 7, un 5% de analfabetismo; mientras que el mayor porcentaje de la población tiene instrucción primaria incompleta (40%), un 30% primaria completa, y únicamente el 15 y 10% de la población alcanzan la instrucción secundaria y superior, respectivamente¹⁷. El recurso humano con el que cuenta esta formado por 12 médicos (entre medicina general y pediatría), 10 enfermeras, 2 auxiliares, 10 odontólogos y 9 obstetras, distribuidos entre las unidades mencionadas.

¹⁶ Se denominan intentos autolíticos a los intentos de suicidio.

¹⁷ Avilés J. Area de Salud N°7. Situación de Salud del Area de Salud N° 7 Epicachima. DPS. Septiembre del 2007.

En ninguna de las unidades operativas de esta Área de Salud se encuentran formados los equipos de atención en adolescentes “ADAs” (Atención Diferenciada de Adolescentes); están en proceso de implementación. Recientemente se formó el “Comité de Adolescencia” conformado por profesionales en Psicología, Pediatría, Obstetricia y una Médico especialista en Adolescentes. Este grupo está liderado por la Psicóloga del Área, quién ya han tenido sus primeras aproximaciones con los Colegios que han solicitado apoyo del área con la intervención de las adolescentes embarazadas.

Tanto la atención médica a las pacientes, como los instrumentos de información (Historias Clínicas), son manejadas de manera estándar sin ninguna variación en caso de las pacientes adolescentes. No se encontraron registros de referencia y contrarreferencia con el segundo nivel de atención, al preguntar a los profesionales a dónde son enviadas las pacientes, refieren que a la Maternidad Isidro Ayora, al Hospital Tierra Nueva, Hospital Enrique Garcés entre otros.

1.3.4 Colegio Gonzalo Zaldumbide

Es una Unidad Educativa ubicada en Solanda Sector 1, cuenta con 49 docentes y brinda el nivel de educación secundaria a la población del sur de Quito.

Para la atención integral del adolescente fue creado el Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) hace veinte años aproximadamente. Está conformado por 3 licenciados en psicología, 1 trabajadora social y la médico. El objetivo de este departamento es crear un ambiente educativo con oportunidades, estimular la formación integral de los estudiantes, considerando sus necesidades individuales, educativas especiales, familiares y emocionales; para facilitar un rendimiento óptimo y lograr el desarrollo de sus potencialidades. En coordinación con las políticas dadas por la Dirección de la Institución y las personas que conforman el área de Inspectores, se complementa el proceso de formación integral, sirviendo de puente entre todos los miembros de la Comunidad Educativa: estudiantes, representantes y personal del colegio.

Tabla. 1: Número de estudiantes que asisten al Colegio Gonzalo Zaldumbide 2009

SEXO	Número	Diversificado	Básico
MUJERES	515	254	261
HOMBRES	405	192	213
TOTAL	920	446	474

Fuente: Departamento de Estadística, Colegio Gonzalo Zaldumbide, 2009.

2. ANÁLISIS SITUACIONAL

2.1 Problema de embarazos en el HEG.

La población del sur de Quito tiene características especiales pues allí se encuentra la mayoría de los barrios que constituyen el cinturón sur de pobreza del distrito metropolitano. Muchos de los adolescentes que ahí viven, sufren por estar constituidos dentro de hogares desestructurados: sus padres en su gran mayoría son o han sido migrantes a países industrializados y los/las adolescentes ya no se encuentran bajo el control de sus progenitores. Muchos de ellos están encargados a sus familiares, amigos, conocidos o incluso son abandonados.

El Hospital Enrique Garcés presentó en los años 2004-2005 una de las tasas más altas de mortalidad materna del país¹⁸ 16 muertes maternas por 5000 nacidos vivos, lo que determinó el desarrollo de investigaciones epidemiológicas y una intervención por parte del MSP. Se llegó a establecer que un porcentaje importante de las madres que acudían al hospital eran madres adolescentes, cuyo promedio de edad estaba entre los 17 y 18 años, pero se tenía madres tan jóvenes como de 12 años¹⁹.

Para el 2008, el Departamento de Estadística del Hospital, reporta dentro de las 10 principales patologías de hospitalización, a las gineco-obstétricas; tal y como se describe en la tabla siguiente:

Tabla.2 Diez principales patologías de Hospitalización en el Hospital Enrique Garcés (2008)

Patología	Frecuencia	Porcentaje %
Parto normal	3430	24,0
Cesárea	2006	14,1
Abortos	975	6,8
Coilecistitis-colelitiasis	801	5,6
Esterilizaciones	770	5,4
Apendicitis aguda	699	4,9
Fracturas	405	2,8
Hernias	321	2,2
Neumonía bacteriana	321	2,2
Hiperbilirrubinemia	312	2,2
Otras	4227	29,6
Total	14267	100

Fuente: Departamento de Estadística Hospital Enrique Garcés. Egresos Hospitalarios, Quito 2008.

Sumando los porcentajes que corresponden a los diagnósticos de patologías gineco-obstétricas, da como resultado el 44,9% de los egresos hospitalarios.

Otro hallazgo llamativo es el cuarto lugar que ocupan los Abortos registrados dentro de las diez principales patologías atendidas en el Servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés como se observa en la Tabla 3:

Tabla.3 Diez principales patologías de Emergencia en el Hospital Enrique Garcés, 2008

Patología	Frecuencia	Porcentaje (%)
Infección de Vías Urinarias	908	1,9
Traumas	889	1,9
Faringitis/ Faringoamigdalitis	886	1,9
Abortos	872	1,9
Enfermedad Diarreica Aguda	815	1,7
Gastroenteritis Bacteriana	776	1,7
Fracturas	713	1,5
Abdomen agudo	650	1,4
Neumonía	563	1,2
Intoxicaciones	510	1,1

¹⁸ Tasa de Mortalidad Materna Ecuador 2007: 200 por 100.000 nacidos vivos.

¹⁹ Trujillo F. Estadísticas internas sobre mortalidad materna en el HEG 2008.

Otras	39331	83,8
Total	46913	100

Fuente: Departamento de Estadística Hospital Enrique Garcés.
Registros de Atención en Emergencia, Quito 2008.

La mortalidad general para el 2008 fue de 254 casos, de los cuales 4 correspondieron a Muertes Maternas (1,5%). Uno de los casos de Muerte Materna era de una Mujer Adolescente. En la historia clínica de la paciente está escrito como causa del fallecimiento “Paro Cardio-respiratorio” durante la cesárea. El seguimiento pre-natal lo realizó en el hospital, sin antecedentes patológicos de importancia. Es importante aclarar que el Paro Cardio-respiratorio es consecuencia de algún proceso patológico y por lo tanto no es diagnóstico de fallecimiento. Pero no se encontraron más datos que lo sustenten.

En relación a la atención de adolescentes, cabe destacar que realizando un análisis de la base de datos de pacientes hospitalizados desde Enero del 2007 hasta junio del 2008 en el Hospital Enrique Garcés, encontramos que se registraron 21'344 pacientes en este período de análisis, de los cuales 15'853 fueron mujeres (74,3%). El 24,2% de las mujeres que acudieron por atención durante este período fueron adolescentes entre los 10 hasta los 19 años (3834 pacientes).

En la tabla 4 se presentan los servicios en donde estuvieron internadas las adolescentes:

Tabla 4. Mujeres entre 10 a 19 años que estuvieron hospitalizadas entre Enero 2007 y Junio 2008 al Hospital Enrique Garcés.

Servicio	Número de pacientes	Porcentaje
Obstetricia 1 y 2	2103	54,8%
Ginecología	34	0,9%
Pediatría	1111	29%
Otros Servicios	586	15,3%
Total	3834	100%

Fuente: Trujillo F. Estadísticas Internas del HEG Quito 2007-2008.

La tabla anterior nos deja ver que los problemas obstétricos y ginecológicos de nuestras adolescentes son los que acumulan un porcentaje de casi el 55,7% del total de hospitalizaciones en este grupo etáreo, siendo los servicios de obstetricia los más demandados por las mujeres adolescentes.

Los motivos más frecuentes por las que las adolescentes visitaron estos servicios fueron: Aborto incompleto, embarazos, partos prematuros y a término, de los cuales la mayoría son de alto riesgo por complicaciones infecciosas (infecciones de vías urinarias, vaginitis, vaginosis), pre-eclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, embarazos ectópicos, embarazos molares. Frecuentemente estas pacientes deben ser intervenidas quirúrgicamente y recibir atención por parte de un equipo multidisciplinario comprendido por Cirugía General, Obstetricia, Emergencia, Pediatría y Salud Mental. Cabe mencionar que este equipo no se encuentra formalmente constituido, el personal es solicitado según los requerimientos de la paciente.

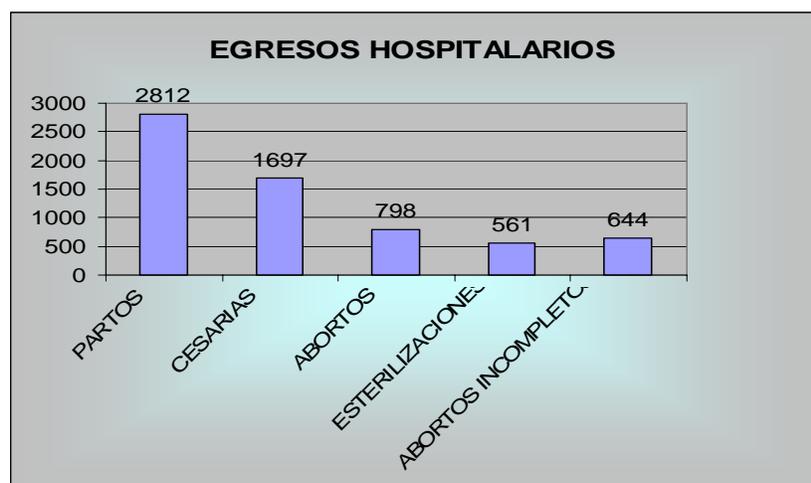
La obstetra de la Clínica de Adolescentes²⁰ acotó, que las pacientes son en su mayoría colegialas de clase media y baja, solo un porcentaje mínimo son analfabetas o muy pobres (0,1%). Generalmente provienen de 3º o 4º curso de colegio.

²⁰ Entrevista realizada a la Lcda. Eva Pérez –Obstetra del HEG, que se encuentra al frente de la organización y funcionamiento de la Clínica de Adolescentes.

En este sitio se da un fenómeno especial, las adolescentes que siguen su embarazo en la Clínica de Adolescentes, generalmente no termina su embarazo en el Hospital, acuden a la Maternidad Isidro Ayora para dar a luz. Por el contrario las mujeres adolescentes que dan a luz en el Hospital, fueron controladas en otras instituciones de salud.

También refirió que las consultas para control de embarazo en adolescentes en el Hospital Enrique Garcés, son en promedio 6 diarias, registrándose 524 atenciones pre-natales durante el 2008 entre primeras, subsecuentes y en cuestión de partos en Adolescentes se maneja el 26% (731) del total de partos registrados (2812) para el 2008 como se observa en el Gráfico No1.

Gráfico No 1. Egresos Hospitalarios Hospital Enrique Garcés, 2008



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Enrique Garcés, Quito 2008.

La población demandante no es solo de las madres adolescentes. La obstetra menciona que los hijos de las madres adolescentes parecen no ser bien cuidados y están más desprotegidos por la sociedad, evidenciándose en altas tasas de morbilidad por descuido, falta de experiencia en la crianza. Se están iniciando estudios sobre este tema ya que se ha observado que cuando estos infantes son atendidos en el Hospital Enrique Garcés, en su mayoría vienen traídos por familiares, amigos o derivados de las casa cunas.

Frente a esta problemática los directivos del Hospital del Sur²¹ se reunieron con los directores de todas las áreas de salud para indagar cuánto conocían acerca de su población de adolescentes embarazadas y que actividades estaban emprendiendo para contrarrestar este problema. La mayoría de las áreas había creado consultorios de atención diferenciada para madres adolescentes, también se habían desarrollado clubes. Pero su conocimiento en cuanto al número de colegios e instituciones de educación secundaria de sus áreas de influencia no era muy completo y menos aún de las adolescentes que no se encontraban bajo un sistema escolarizado formal.

²¹ Trujillo F. Principales causas de mortalidad materna del Hospital Enrique Garcés, Quito 2205.

Durante el 2008, se realizaron tres reuniones en el Hospital Enrique Garcés, convocadas por el director de ese momento a las que fueron invitados los directores de algunos colegios, entre ellos el Gonzalo Zaldumbide, y grupos representativos de los estudiantes (líderes estudiantiles), junto con las Áreas de Salud.

Posteriormente se organizó el Festival Musical “Adolescentes Salvando una vida” en las instalaciones del Hospital Enrique Garcés que tuvo como objetivo principal la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes. Participaron las Áreas de salud de: Chimbacalle, La Magdalena, El Carmen, Guamaní, Chillogallo, los Colegios: Montufar, UNE, Miguel Zambrano, Simón Bolívar, Espejo, Amazonas, Benito Juárez, Doroteas, Eloy Alfaro, Unidad Educativa Quitumbe, Miguel de Santiago, la Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Este evento motivó a los asistentes para seguir trabajando en este proceso.

2.2 Área # 7 El Carmen

Recopilando información sobre las adolescentes que son atendidas en esta unidad, fueron proporcionados²² los siguientes datos descritos en la tabla # 5, lamentablemente solo corresponden a dos unidades de salud de las cuatro que conforman esta área. Las estadísticas manejadas son deficientes, no tienen el número exacto de adolescentes atendidos, donde pertenecen, qué riesgos presentan, etc.

Tabla 5. Número de mujeres adolescentes embarazadas atendidas en el Área de Salud #7 – Unidades 1 y 2 (2008)

UNIDAD	TOTAL MUJERES	MUJERES EMBARAZADAS	MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS	%
UNIDAD 1	2998	1475	110	7%
UNIDAD 2	1347	661	33	5%
TOTAL	4345	2113	143	6,6%

Fuente: Estadísticas de Atención en Salud Reproductiva, Área #7, Unidades 1 y 2, Quito 2008.

Como ya se mencionó anteriormente no cuentan con un Sistema de Atención Diferenciada a las Adolescentes, esta iniciando su formación

2.3 Colegio Gonzalo Zaldumbide

Al no tener información sobre las adolescentes tanto en el Hospital Enrique Garcés, como en el Área de Salud # 7, se decidió partir de una línea de base en el Colegio Gonzalo Zaldumbide, en el cual podíamos tener una mejor aproximación a la realidad de las adolescentes por el trabajo que ya venía realizando el DOBE.

Las adolescentes identificadas cumplieron con los siguientes criterios: embarazadas, madres con hijos y las que iniciaron vida sexual activa y están en riesgo de quedar embarazadas, que asisten a un sistema formal de educación “Colegio Gonzalo Zaldumbide”. Con este grupo de estudiantes en el Departamento Médico, se las entrevistó y llenó la

²² Información proporcionada por el Dr. Walter Remache, profesional que se encuentra a cargo de los Programas de Salud del Ministerios de Salud Pública.

historia clínica única para adolescentes (Formato del Ministerio de Salud Pública del Ecuador). Los resultados encontrados son los siguientes:

Este grupo estuvo conformado por 24 adolescentes comprendidas entre las edades de 13 a 19 años, que hasta la fecha del análisis registraba alguno de los criterios arriba mencionados. La mayor parte de las adolescentes estudiadas son de 16 años (34%), seguida de 17 años (29%), los 13 y 14 años reportan el menor porcentaje de estudiantes (4%). Todas las estudiantes cuentan con el apoyo de sus padres o pareja. El 71% (17 estudiantes) viven exclusivamente con sus padres, el 16% (4 estudiantes) vive con sus padres o suegros y su pareja; y el 13% (3 estudiantes) viven solo con su pareja. Se consultó su estado civil reportando que, 13 (54,1%) estudiantes están casadas, 9 (37,5%) solteras, 1 (4,2%) unión libre y 1 (4,2%) divorciada. Llama la atención el número de estudiantes casadas (6) que viven con sus padres, pero que no se halló información sobre su pareja.

Dentro de este grupo la edad más frecuente para el inicio de la vida sexual son los 15 años (41%). Se observó un 17% de pacientes que desconocía o no reportó la edad de inicio de relaciones sexuales.

Actualmente el 83% (20) de adolescentes mantienen vida sexual activa. El 83% (10) de adolescentes usa algún método anticonceptivo. Sin embargo se puede observar que 6 (25%) estudiantes tienen vida sexual activa y no usan anticoncepción. Las ocho restantes actualmente no tienen vida sexual activa o se encuentran cursando por embarazo.

De este grupo de estudio los resultados de la finalización del embarazo se obtuvo que: el 19% (11) fueron partos normales, el 8% (5) cesáreas y el 3% (2) finalizó en aborto.

Las observaciones finales de este análisis son:

Las adolescentes se quejan de que sus padres asumen las responsabilidades de paternidad y cuidado del niño, sin respetar sus nuevos roles de padres.

La mayoría de adolescentes pertenece a hogares desestructurados, por ejemplo hijas de emigrantes.

Las adolescentes que conviven con su pareja, expresan que su libertad de decisión es restringida por su pareja.

Solicitan mayor información sobre planificación familiar y sexualidad.

Las adolescentes embarazadas y con hijos desean tener horarios más flexibles de atención clínica, la misma que debería ser proporcionada por un Equipo Multidisciplinario (Psicólogo, Obstetra, Ginecólogo, Pediatra). La accesibilidad a la atención pediátrica para ellas es muy importante, porque debido a sus horarios de clases no pueden acudir con sus hijos, realizando esta actividad los abuelos y desplazando su responsabilidad de padres.

Por último refirieron que algunos de sus maestros no comprenden su estado fisiológico y las categorizar simplemente como adolescentes que tienen que responder de la misma forma que sus pares. Es el caso de educación física, los ejercicios son los mismos para todas las estudiantes.

3. JUSTIFICACIÓN

Todavía las adolescentes y sus parejas no han recibido la suficiente atención, lo que trae importantes implicaciones sociales y económicas que incluyen procesos de socialización precarios, efectos adversos para la salud de la madre y el/a hijo/a, dificultades para hacerse cargo de una familia, falta de oportunidades para la formación escolar y laboral, rechazo o pérdida de redes sociales, falta de apoyo, ausencia o irresponsabilidad de los hombres/padres, transmisión intergeneracional de la pobreza, etc. Estos aspectos repercuten en la posibilidad de alcanzar las metas en el desarrollo social e individual, entre otras. Por otra parte, en caso de que decidan terminar con el embarazo, las adolescentes se enfrentan a leyes que penalizan el aborto, a intervenciones riesgosas, a la falta de atención psicológica y social y el alto costo, entre otros aspectos.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia suelen de tener más hijos, y estos hijos reciben en menor grado el apoyo de sus padres biológicos. El embarazo también dificulta que el/la adolescente complete su educación, trabaje en algún tipo de vocación, y establezca la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por sí mismos. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios (80%) que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos²³.

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos, la madre y el bebé²⁴. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias, tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro, y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años. Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más de probabilidades de tener bajo peso de nacimiento que los que nacen de madres de 20 años o más.

La problemática de los embarazos en adolescentes nace de las altas tasas de morbi-mortalidad maternas encontradas en el Hospital Enrique Garcés, a partir de lo cual se inicia campañas de prevención de embarazo en adolescentes, organizadas por los directivos de esta institución. Esta alta morbi-mortalidad materna es el proceso final de la falta de coordinación entre niveles de salud y espacios responsables de la inteacción del adolescente.

Al analizar la respuesta del Área de Salud frente a esta problemática, se obtiene resultados desalentadores, porque poco o nada se está realizando para enfrentar el embarazo en adolescentes, desde su perspectiva de atención de primer nivel de salud. Las estadísticas de adolescentes proporcionadas tanto por el Hospital Enrique Garcés, como del Área son escasas y no permiten analizar la magnitud del problema.

Otros espacios en donde se desenvuelven los adolescentes son los centros educativos. El Colegio Gonzalo Zaldumbide tiene muy bien constituido el Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil, la médica de la institución ha logrado empatía con las estudiantes y en un trabajo adecuado con las psicólogas, han logrado captar a las estudiantes que requieren una mayor atención por su estado de embarazo y maternidad. El Colegio Zaldumbide acepta a este grupo de adolescentes y permite su reinserción a la vida estudiantil.

Estos antecedentes de altas tasas de morbi-mortalidad materna durante la adolescencia, requieren una respuesta inmediata de los profesionales que se encuentran día a día en contacto con esta población: personal de salud, maestros, padres, etc. y la sociedad, en general se trata de un problema de salud pública que está afectando a toda la población.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo es de alta importancia, porque la identificación de roles y funciones debe estar enfocada de cada uno de los actores: Área 7, el Hospital del Sur y el Colegio Zaldumbide, y el trabajo coordinado, conjunto y participativo de los mismos, permitirá una atención integral (incorporación del embarazo en la adolescencia, la prevención de embarazos inmediatos subsecuentes y la reinserción escolar, logrando finalmente que la adolescente alcance sus objetivos de vida y la disminución de las tasas de morbi-mortalidad materna.

5. MARCO CONCEPTUAL

²³ Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público, una visión crítica. Salud Pública de México. Vol.39 n.2. Cuernavaca México, 1997.

²⁴ Evans MA, Rosen LN: Demographic and Psychosocial risk factors for preterm delivery in an active duty pregnant adolescent population. J Medicine 2000; 165: 49-53.

5.1 ¿Qué es adolescencia?

La adolescencia, que según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica (10-19 años)²⁵.

La clasificación de la adolescencia según la OMS es la siguiente:

“Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; tiene dificultad para controlar sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es el período cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y, a menudo conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de su experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Termina el crecimiento biológico y deben aceptar su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a la adolescencia especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

5.2 Embarazo en la adolescencia

Concepto

Se llama embarazo en la adolescencia al embarazo que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años.

5.3 ¿Qué es embarazo no deseado en el adolescente?

Se considera embarazo no deseado a la concepción que alguno de los miembros, o la pareja, no deseó conscientemente en el momento del acto sexual. Puesto que la unión sexual entre adolescentes, la mayoría de los casos no tiene como finalidad la concepción, en su mayoría lo practican por curiosidad y en la búsqueda de reafirmarse como adultos.

5.3.1 Causas y factores de riesgo.

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y con un enfoque sistémico importante. Se deben examinar muchos factores,

²⁵ Hermida C. Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente. Memorias del II Congreso por la Salud y la Vida. CONASA. Cuenca 2007.

además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

El porqué los adolescentes practican el sexo, lo hacen sin métodos efectivos de contracepción y finalmente se embarazan, es un tema de discusión. Las razones sugeridas son las que siguen²⁶:

- Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y sin consecuencias.

- Usualmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad orientación sobre educación sexual responsable (La educación sexual tiene como objetivo generar conciencia en los niños y adolescentes del respeto por su propio cuerpo y enseñar formas de cuidarse y protegerse) e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual, incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales. Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros que no están formados psicológicamente. La información que llega a través de padres y maestros no es la que ellas desean o necesitan por lo que le prestan poca atención.

- En los adolescentes que escogen ser sexualmente activos, algunas de las causas más frecuentes del embarazo son las siguientes²⁷:

- Ignorancia sobre los métodos anticonceptivos
- Ignorancia del riesgo de un embarazo
- Inaccesibilidad a los medios anticonceptivos
- Deseo de un embarazo
- Objeciones morales al uso de anticonceptivos
- Contraindicaciones médicas al uso de anticonceptivos
- Temor de que las técnicas anticonceptivas puedan interferir en el placer sexual
- Sentimiento negativo al establecer una relación sexual
- Práctica del *coitus interruptus*

Los probables factores de riesgo para que adolescentes lleguen a embarazarse incluyen:

- Los tempranos contactos sexuales (si se dan a los 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia)²⁸.
- El uso temprano del alcohol, tabaco y / u otras drogas, deserción escolar, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito, baja autoestima o falta de proyectos de vida.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma, más que como una causa para su interés.
- Crecer en condiciones empobrecidas.
- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.
- Cuando su madre dio a luz antes de los 19 años.
- Jóvenes que crecen bajo las consecuencias de la migración de los padres, con el cuidado de abuelos, familiares, amigos y muchas veces solos.
- Ruralidad
- Bajo nivel educativo

²⁶ Papalia, Diane. Psicología del desarrollo. Editorial Mc Graw Hill 7ma. Edición, Pág. 532-540; 601-608. 2005

²⁷ Rigol, Orlando. Obstetricia y Ginecología. Ciencias Médicas. La Habana. 2004.

²⁸ Scaramella LB, Conger RD, Simons RL, Whitbeck LB. Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Rev Psychol* 2000; 34: 1233-45.

- Población vulnerable (indígenas, afroecuatorianos, etc)

5.3.2 Curso del embarazo

Lo que se describe a continuación es lo que sucede en la mayor parte de adolescentes, pero no es una generalidad ya que puede variar según la cultura, religión, costumbres, etc.

Aspectos psicológicos²⁹:

A partir de un retraso menstrual, la mayoría de las adolescentes negarán la realidad, muy difícil de soportar. A continuación, la negación da paso a la ansiedad por la persistencia del retraso menstrual. La ansiedad da lugar a los mecanismos de defensa: el deseo de huir muy lejos para siempre, la idea mágica que le hace creer que todo se arreglará solo.

En segundo lugar, la confirmación del diagnóstico produce un estado de crisis en el adolescente y su familia (si ella ha comunicado su problema). Desencadena momentáneamente un desequilibrio familiar lleno de dolor y de culpabilidad. Los padres describen a la pareja como el culpable. Con los días la ansiedad disminuye y una intensa relación se crea entre la adolescente y sus padres. Ella teme la reacción paterna, mientras que la mayoría de los padres tienen un comportamiento adecuado.

Después de la crisis viene la etapa decisiva donde la adolescente se enfrenta a la elección. Los padres dan a conocer su elección o discuten la de su hija. La pareja es neutra en la decisión o bien muy intervencionista. Se subraya que la adolescente generalmente no busca soporte en una persona algo mayor, aunque ésta haya tenido la misma experiencia; se encuentra aislada y turbada. No existe la solución ideal delante de un embarazo en la adolescencia. La adolescente está siempre sujeta a tomar una decisión difícil, teniendo en cuenta el impacto psicosocial de un embarazo a esta edad.

Puede tener su hijo viviendo con su familia. Quizá la solución ideal sería que ella fuese ayudada por sus padres, lo que haría más aceptable el hecho de su maternidad; pero en muchas ocasiones, no están cómodas en el entorno familiar durante el embarazo. Al inicio de la gestación muchos padres sugieren las ventajas de un aborto sobre la continuación del embarazo. Ellos no se sienten en condiciones, teniendo en cuenta su modo de vida moderna, de criar al niño, aunque sean relativamente jóvenes³⁰. Los valores religiosos transmitidos, las condiciones sociales particulares y el sentimiento de fracaso de los padres, educadores y socializadores actúan de manera que la madre soltera se vea a los ojos de su familia como un miembro desviado. Además, como ciertos adolescentes ven a menudo en su embarazo una forma rápida de evadirse, no sienten la necesidad de vivir con los padres, a menos que sean muy jóvenes.

La segunda posibilidad consiste en criar a su hijo viviendo con la pareja. Las estadísticas han demostrado que la duración media de la estabilidad de la convivencia de la pareja en el caso de las madres solteras menores de edad es corta. Se ve a menudo un desinterés por parte del padre que encuentra muy pesadas las responsabilidades que le incumben por el rol de padre de familia y la necesidad de ganar más dinero para su sustento, principalmente si el padre es adolescente, si es un adulto puede ser que su decisión sea distinta.

Como tercera posibilidad, la adolescente embarazada puede optar por un centro de acogida de madres solteras. Estos centros tienen todos un fin común: la reinserción social a partir de una problemática de embarazo. Hacen el oficio del entorno familiar, protegiendo la salud de la mujer gestante y el desarrollo del futuro bebé, facilitando los planes para el bienestar del niño y ayudando a la adolescente en su futuro papel de madre.

²⁹ Molina Ramiro. Enfoque de riesgo en Adolescentes Embarazadas. Universidad de Chile. 2000.

³⁰ Papalia, Diane. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición. Pág. 608-613. 2006

Una cuarta posibilidad, es el aborto. Esta solución es privilegiada en los países que contemplan el aborto legal. El aborto es una de las posibles salidas; la adolescente y sus padres lo saben. El aborto no es visto por la joven como un modo de contracepción. Es una solución de menores consecuencias a un embarazo que ella no puede asumir. Las consecuencias del aborto han sido objeto de publicaciones, unas que describen consecuencias infaustas y otras que muestran cómo las adolescentes no presentan mayores problemas. La adolescente que favorece el aborto como salida de su embarazo ha hecho una elección. Normalmente esta elección no está hecha a la ligera y conlleva una gran ansiedad. La experiencia muestra, por el contrario, que si la elección es impuesta o es rechazada, las consecuencias pueden ser penosas y en ocasiones desastrosas. Esto se aplica a los países donde el aborto es legal, en los países de Latinoamérica el aborto es penado y la adolescente tiene que recurrir a centros clandestinos, poniendo en riesgo su vida.

Una quinta posibilidad que se ofrece a la adolescente embarazada es la adopción. Este fenómeno fue muy popular hasta los años 60 en que el embarazo fuera del matrimonio era un tabú reconocido y donde hacía falta borrar las trazas lo más pronto posible. Esta tendencia de confiar el hijo en adopción es menos popular en nuestros días. Esta nueva mentalidad puede explicarse en parte por el hecho de que el ambiente social es más liberado y permite a las madres solteras asumir con menor dificultad esta pesada responsabilidad.

El embarazo para la adolescente es un impasse, ya que la joven embarazada debe escoger entre las soluciones propuestas. La decisión debe tener en cuenta la salud de la adolescente, su edad, su madurez, su deseo de ser madre y sus capacidades en este sentido. La decisión debe contemplar también las disponibilidades de la familia y las del padre natural. Esta elección es dura y difícil de hacer para una adolescente. Debe ser ayudada y no dirigida. Hace falta acompañarla en su elección, permitirle descubrir lo que ella es, lo que ella quiere y lo que ella puede. El embarazo en la adolescencia produce una especie de disfunción en el desarrollo psicosocial de la adolescente.

5.4 Riesgos asociados durante el embarazo en la Adolescencia

5.4.1 Riesgos maternos:

Generalmente, la mortalidad materna es un 40% superior en madres menores de 15 años y un 13% más altos para aquellas cuyas edades oscilan entre 15 y 19 años, comparativamente con mujeres de 20 años³¹. Una razón importante para el incremento del riesgo es que el embarazo en la adolescencia, a menudo está marcado por un retraso en su asistencia médica. Aproximadamente el 50% de las adolescentes no tienen asistencia médica durante el primer trimestre y el 16% no tienen ninguna durante el segundo trimestre. Las tasas incrementadas de mortalidad, y el incremento de la frecuencia de una deficiente alimentación y anemia en las adolescentes parecen estar estadísticamente relacionadas con las clases sociales. Aún en caso de que las madres adolescentes reciban una adecuada asistencia y nutrición, persiste un crecido riesgo materno en estos grupos. Existe una relación directa entre las complicaciones del embarazo, la interrupción de éste y el número de semanas de embarazo sin atención médica.

5.4.2 Riesgo del niño:

Los riesgos del embarazo en la adolescencia están asociados no sólo a la joven madre sino a la salud del niño. Estudios recientes han demostrado un 30% de incremento en la frecuencia de bajo peso en el nacimiento y aproximadamente un incremento casi del 100% en la mortalidad perinatal de niños nacidos de madres adolescentes comparativamente con

³¹ González Hernández A, Alonso Uría RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. *Toko-Ginecol Práct* 2002;61:395-9

los nacidos de madres entre 20 y 34 años³². La mortalidad infantil es más alta en los hijos de madres más jóvenes; las tasas más bajas se registran entre 25 y 29 años de edad materna. Además, el nacer de una madre adolescente parece tener, a largo plazo, efectos nocivos en el desarrollo del niño. Estudios en la literatura médica indican que los niños de las madres adolescentes son más susceptibles que otros niños a ser víctimas de abusos infantiles y de rechazo, esto como consecuencia del estrés causado por las dificultades económicas, debidas a las limitadas ofertas de empleo y al aislamiento social (estas adolescentes a menudo no finalizan sus estudios). Esto puede variar en adolescentes con un mejor estatus económico, las mismas que tienen un mejor acceso a los servicios de salud, alimentación y el cuidado de su hijo generalmente dado por los abuelos.

Por el hecho de que la madre adolescente se encuentra todavía en el proceso de su propio desarrollo psicológico, se teme que no pueda atender las necesidades psicológicas de su hijo. Algunos estudios de seguimiento realizados en Estados Unidos sugieren que los hijos de madres adolescentes tienen mayores problemas de aprendizaje y menores rendimientos en pruebas de inteligencia.

El riesgo de mayor mortalidad del hijo de madre adolescente puede disminuirse sustancialmente mediante la implantación de programas de intervención especialmente diseñados, que consideren las características fisiológicas, psicológicas y sociales de las adolescentes embarazadas. El impacto de estos programas debe ser también evaluado a largo plazo.

5.4.3 Riesgos Socioeconómicos:

Un estudio llevado a cabo en Chile indica que la maternidad temprana va acompañada de efectos económicos negativos, en términos de menores ingresos mensuales, especialmente para las madres pobres que más necesitan de esos ingresos. Los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor de un 90% menor que los de las madres adultas. Al incluir la variable educación (0 - 9 años) los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor del 70% inferior que los de las madres adultas. Por lo tanto, la maternidad temprana profundiza la pobreza de las mujeres³³.

En la tabla 6 se resumen los riesgos de la adolescente embarazada y de su producto.

Tabla 6. Riesgos de la Embarazada Adolescente y de su hijo/a

	Salud	Educación	Socio-económicos
Adolescente	Control tardío de la gestación Fumar durante la gestación Anemia e hipertensión de la gestación Complicaciones obstétricas Terminación del embarazo Depresión postparto Depresión y aislamiento	Interrupción o Abandono de Estudios	Familia monoparental Divorcio o separación Menor oportunidad de empleo Dependencia del estado de Bienestar Peor vivienda y nutrición Bajo nivel económico Bajo nivel educativo

³² Burrows R, Rosales M, Alayo M, Muzzo S. Variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo de adolescentes. Rev Méd Chile 1994; 122: 510-6.

³³ Buvinic, M (1998). Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Washington. No WID-102.

Hijo o hija	Muerte súbita Bajo peso Prematuridad Menor lactancia materna Accidentes Peor nutrición Negligencia Embarazo adolescencia Mayor mortalidad infantil	Retraso del desarrollo preescolar	Pobreza Vivienda de menor calidad Familia monoparental
--------------------	--	-----------------------------------	--

Fuente: Colomer J. Prevención del Embarazo no deseado e Infecciones de Transmisión sexual en Adolescentes. 2003

5.5 Atención integral de la Adolescente

Las dificultades más importantes que confrontan la adolescente y a su hijo pueden ser mitigadas a través de un programa de extensa atención obstétrica para la madre, más un cuidado continuado para el niño, comprendiendo el cuidado prenatal temprano y cuidados pediátricos postnatales. Un adecuado programa especializado en embarazo de adolescentes asegura un bebé más saludable.

El fumar, uso de alcohol, abuso de drogas debe controlarse, y los métodos de apoyo deberían ofrecerse para ayudar a la adolescente embarazada a llevar tales comportamientos. La alimentación adecuada debe asegurarse mediante la educación y la disponibilidad de recursos sociales. El ejercicio apropiado y el sueño adecuado deberían también ser informado adecuadamente.

La información anticonceptiva post-parto es muy importante. Las adolescentes deben de ser aconsejadas y ayudadas para permanecer en la escuela o en programas educativos que les permitirán encargarse de su niño financieramente, además de que es más saludable emocionalmente³⁴.

El acceso al cuidado de los niños en guarderías es un factor importante para que las madres adolescentes continúen la escuela y/ o trabajo. Asistentes sociales profesionales pueden asistir a través de una coordinación correcta con los servicios de salud pública, centros educativos y a través de consejos individuales o en grupo.

5.5.1 Seguimiento

Finalmente en el cuidado del embarazo de una adolescente los servicios de asistencia obstétrica se deben enfocar en preservar el futuro bienestar de la adolescente su pareja y del niño/a, así como en relación a futuros embarazos no deseados.

5.6 Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes

Se conformó un Comité Interinstitucional en el que participaron los Ministerios de: Salud Pública, Educación, Inclusión Económica y Social, Coordinador de Desarrollo Social; Consejo Nacional de las Mujeres CONAMU, Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia CNNA, Proyecto Ecuador Adolescente, Plan Ecuador y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, para elaborar el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes³⁵. Se tomaron como insumos las Memorias del Taller Intersectorial del 26 de julio 2007 y el documento inicial preparado por el Programa de Adolescencia del MSP. El 21 de septiembre del 2008 se realizó una reunión con algunos representantes de adolescentes del Ecuador; misma que estuvo enmarcada en una voluntad política del Gobierno Ecuatoriano y de las organizaciones que han participado en la elaboración de este plan, el cual prioriza la participación juvenil en todo el proceso de diseño e implementación del presente plan.

Este plan tiene como fundamentos estratégicos:

³⁴ Soto Martínez Oscar, Franco Bonal Anelys, Silva Válido Jorge, Velásquez Zuñiga George.

Embarazo en la adolescencia, conocimientos sobre la sexualidad. Rev Cubana Pediatr, 2000; 90

³⁵ MSP. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2008.

- 1) Ejercicio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
- 2) Intersectorialidad
- 3) Promoción de la igualdad entre hombres y mujeres
- 4) Construcción de ciudadanía y participación social
- 5) Respeto a la diversidad cultural y étnica

El objetivo general planteado es contribuir a disminuir el embarazo en adolescentes, mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la sociedad civil.

5.7 Marco legal internacional y nacional³⁶

Dentro del marco legal que sustenta la respuesta al embarazo adolescente en el país se encuentra la Constitución Política de la República del Ecuador, que garantiza el derecho a un nivel de vida que asegure la salud. La Constitución Política, en el artículo 44 garantiza la protección de mujeres embarazadas con total gratuidad en la atención. El Artículo 45, garantiza el desarrollo integral de las niñas, los niños y adolescentes y asegura el ejercicio pleno de sus derechos. Esto incluye el derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

El artículo 46 establece que el Estado reconoce y garantiza la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, los niños y los adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad.

Por otro lado el país es signatario de varios instrumentos internacionales aprobados por consensos en Conferencia y Convenciones Internacionales, entre las que podemos destacar:

La Convención de Derechos Humanos que identifica los derechos culturales, sociales, económicos, políticos, determina que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad³⁷.

La Convención sobre los Derechos del Niño y sus protocolos facultativos determinan cuatro tipos de derechos: a la supervivencia, al desarrollo, a la participación y protección integral. También determina la necesidad de protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento³⁸.

La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto; proporcionando servicios gratuitos

³⁶ Constitución Política del Ecuador 2008

³⁷ Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales del 4 de Noviembre de 1950, ratificado por España con fecha 26 de septiembre de 1979, y publicado en el Boletín Oficial del Estado de 10 de octubre de 1979. Revisado en conformidad con el Protocolo n° 11 (Fecha de entrada en vigor 1 de noviembre 1998)

³⁸ Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990

cuando fueren necesarios, y le asegurarán nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia³⁹.

El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo) de 1994, definió el término “derechos reproductivos” de la siguiente manera: “Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobadas por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento a tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, como está expresado en los documentos sobre derechos humanos”.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, se incluyó a la salud sexual como parte de la salud reproductiva y se estableció que: “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto a estas cuestiones, sin coerción, discriminación y violencia.”

Finalmente, la Cumbre del Milenio en el año 2000, estableció ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el propósito de garantizar un desarrollo económico sostenible. De ellos, tres se refieren a: igualdad entre géneros y autonomía de la mujer; reducción de la mortalidad en la infancia y al mejoramiento de la salud materna⁴⁰.

El Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador establece el derecho a la vida de niños, niñas y adolescentes desde su concepción (Art. 20); en el artículo 25 se determina la creación de condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de las madres y de niños/as; especialmente tratándose de madres adolescentes y de niño o niñas con peso inferior a 2.500 gramos. En el artículo 50 establece la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, y en particular dispone el derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual.

Ley Orgánica de Salud del Ecuador (2004) determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones sin costo para la paciente de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes. Esto además de otras disposiciones que constan en el capítulo de la salud sexual y salud reproductiva.

En el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (2004-2014) y en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, se enuncia “disminuir el embarazo en adolescentes en un 25% y reducir la mortalidad por esta causa, especialmente en zonas pobres e indígenas”

5.8 Orientaciones del trabajo con adolescentes

La mayor parte de los programas que prestan ayuda al adolescente se centran en condiciones específicas y, por lo general, no intervienen hasta que tales condiciones se convierten en un "problema". Así, cada programa atiende sólo el embarazo adolescente o la deserción de la escuela, el consumo de drogas entre jóvenes o la violencia juvenil. Ese patrón de compartimiento aislado de cada servicio refleja, en gran medida, el enfoque limitado de muchas entidades gubernamentales. Así, numerosas investigaciones realizadas

³⁹ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981

⁴⁰ OMS. Asamblea General. Declaración del Milenio, 13 de Septiembre del 2000.

acerca de los factores que contribuyen al surgimiento de tales problemas revelan que éstos tienen, por lo general, antecedentes comunes y que se identifican repetidas veces las mismas condiciones subyacentes⁴¹.

Es sumamente importante establecer coordinación entre las partes involucrada y las del sistema de apoyo, de modo que las necesidades del adolescente puedan ser atendidas de manera integral y coordinada. Aun en los casos en que la salud sea el foco principal del programa, es necesario tratar de responder a la necesidad del joven de ganar dinero, ayudar a la familia, lidiar con las dificultades diarias y confiar en sus habilidades; de otra manera, el adolescente no podrá seguir los regímenes apropiados de salud.

Las intervenciones dirigidas a los jóvenes en alto riesgo⁴² recalcan la importancia potencial de los factores protectores, y tratan de proveerlos y reforzarlos. Muchos programas se orientan al mejoramiento de la autoestima y autoeficacia del adolescente, independientemente de los otros aspectos de su experiencia sobre los que se intente ejercer influencia. Los programas también deben evaluar los problemas que puedan estar afectando a la familia del adolescente, y ofrecen ayuda directa al joven y a su familia en la solución de esos problemas. En situaciones donde la familia no tenga vivienda, o donde persistan los problemas familiares, o el padre sea violento o adicto a las drogas, el joven no puede concentrarse en el trabajo escolar o mantener su sentido de autoeficacia sin una ayuda que lo proteja de los factores familiares negativos. Muchos programas cuentan con adultos quienes brindan comprensión y ayuda a los jóvenes, y desarrollan una relación que sirve como factor protector adicional. Esto es especialmente importante cuando los problemas familiares y las dificultades con los padres son factores principales de riesgo en la vida del adolescente.

El manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2005), es un material de gran valor para la organización de los Servicios de Salud y la prestación de la atención a los adolescentes. Identifica los roles de cada uno de los niveles según la complejidad del servicio de salud. En la atención integral de los adolescentes describe las características que debe tener un servicio de salud: accesibilidad, confiabilidad, integralidad, con enfoque de género. Y mediante protocolos, guía a los profesionales de la salud para que la atención del paciente adolescente sea de carácter integral, respetando las esferas biológica, psicológica y social⁴³.

5.9 Creación de redes⁴⁴

El tipo de red que más se aproxima al trabajo planteado para la Atención Integral de las Adolescentes Embarazadas es tejiendo redes o constituyéndose como actores, en el que se encuentran involucrados el Hospital Enrique Garcés, el Centro de Salud # 7 y el Colegio Gonzalo Zaldumbide.

El sujeto se constituye socialmente como tal por una cierta des-individuación, relacionándose con los otros. Las redes se constituyen precisamente a través de la constitución de vínculos; independientemente de que se circule entre niveles micro o macro-sociales, son estas relaciones las que brindan este sostén.

Las redes pueden ser preventivas en la medida que sirven para constituir al sujeto como tal. También pueden ser redes empoderantes que respaldan, habilitan y autonomizan, o se crean para lograr objetivos que respondan a las necesidades de los grupos implicados.

La constitución de redes puede ser de los siguientes tipos:

⁴¹ Del Rosario Lauza M, Bembibre Taboada R, Soto Cantero A, Martín Llamas G. Impacto del Programa "Crecer en la adolescencia". Rev.Cub.Med.Gen.Integral 1999;15(1):32-5.

⁴² Tabares Cabral F Estudio de la Identidad, Afectividad y características de la socialización en adolescentes. [Trabajo de Diploma]. UCLA;2000.

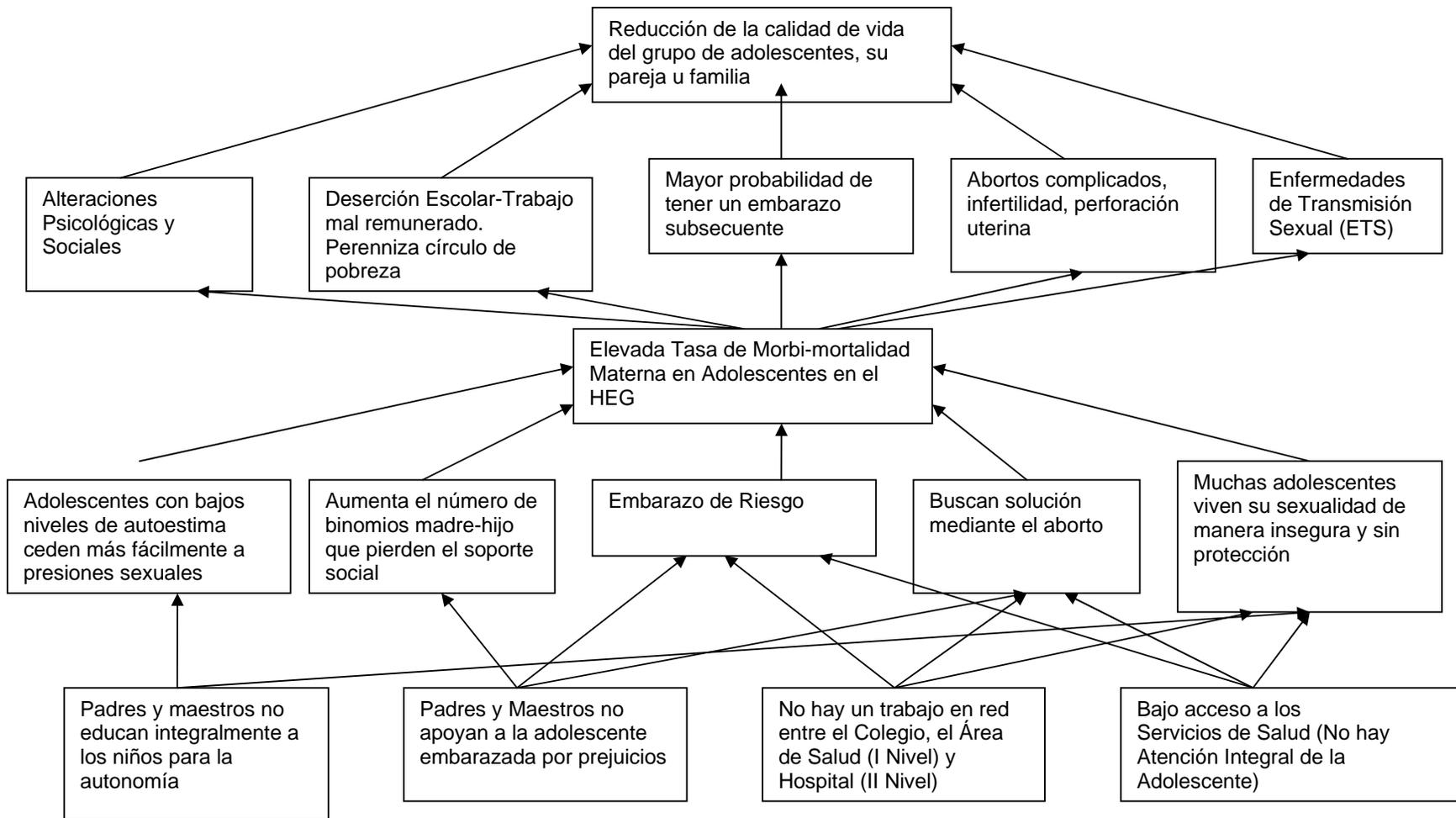
⁴³ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes (2005)

⁴⁴ Rovere M. Redes nómadas, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional. Ed. El Ágora, Córdoba. 2002

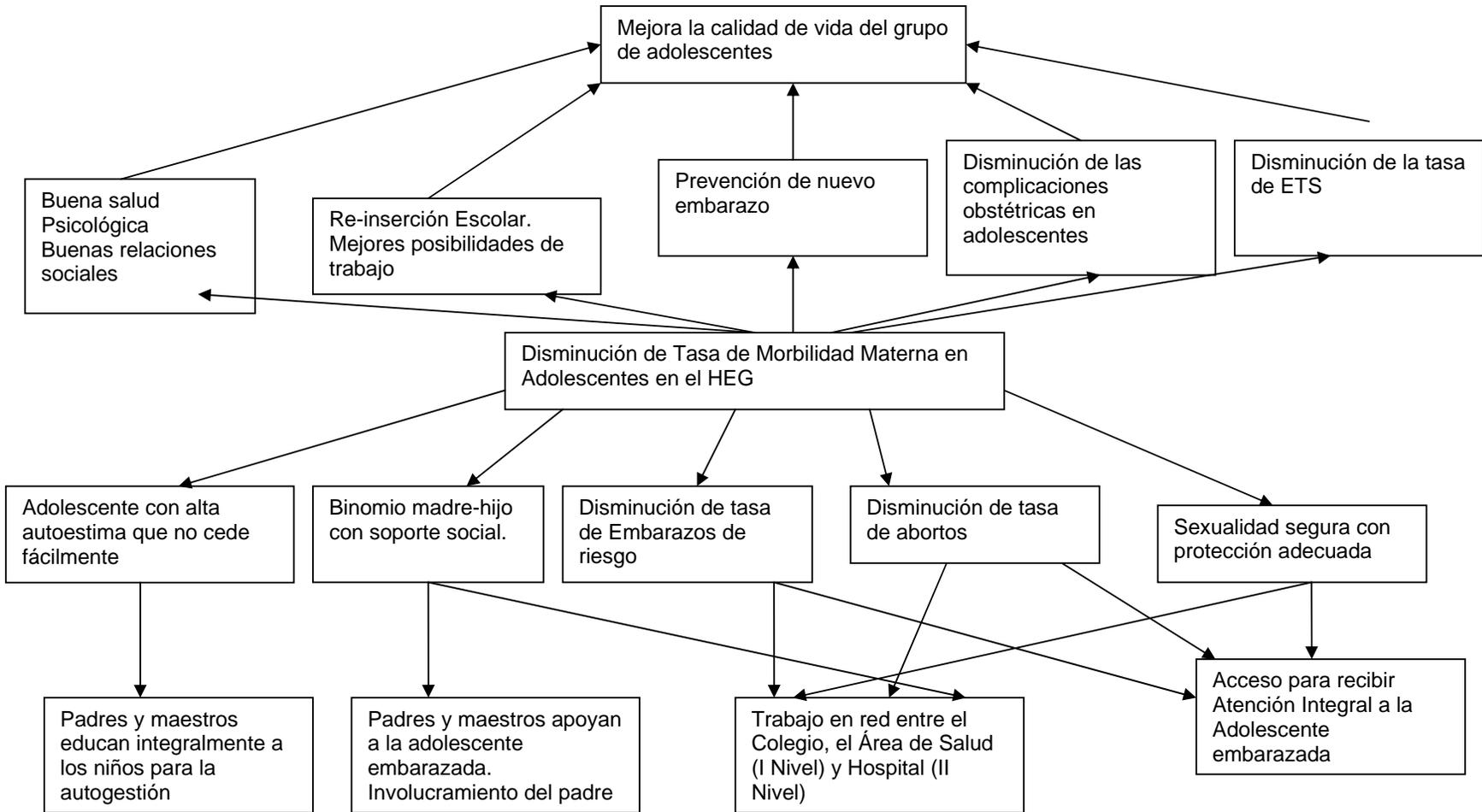
- Constituirse como sujetos que provienen de una experiencia de compartir ideas y objetivos; se organizan en grupos-red o en instituciones-red, trayectoria a la que denominaremos: “tejiendo redes o constituyéndose como actor”.
- Participan de organizaciones relativamente pequeñas al menos en relación a los objetivos que quieren lograr y que piensan en establecer coaliciones, alianzas, asociaciones o federaciones con otras organizaciones en forma de redes; avanzando así en una línea de parcerías o partnership: “sustentándose en redes o asociación con identidad”.
- Pueden pensar formas de canalizar la energía creativa que se libera en los procesos de reconstrucción de grandes organizaciones jerárquico burocráticas, sobre-estructuradas, “redes de seguridad o canalizando la des-institucionalización”.

6. MODELO DE REFERENCIA

ARBOL DE PROBLEMAS PARA LA DISMINUCIÓN DE LA MORBI-MORTALIDAD EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS HEG



ARBOL DE MEDIOS-FINES PARA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES



7. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA

7.1 La Red de Prevención del Embarazo Adolescente en la Ciudad de Medellín.

La Alcaldía de Medellín y diferentes organizaciones públicas y privadas han gestado la iniciativa “Red de Prevención del Embarazo Adolescente⁴⁵”.

Una de las primeras iniciativas desarrolladas por la Red tuvo que ver con el diseño de proyectos en cuanto a sexualidad adolescente, se destaca el siguiente:

Proyecto “Desarrollo integral para “Madres Adolescentes de la ciudad de Medellín: del Fracaso al Éxito”: 1) Población: 200 adolescentes madres o embarazadas (14 a 20 años) de estratos 1 y 2 y sus hijas. 2) Financiadores e instituciones participantes: Ayuntamiento de Sevilla (España), Asociación Latinoamericana de Cremona (Italia), Fundación William y Flora Hewlett a través de Compañeros de las Américas (Massachusetts) y Alcaldía de Medellín. 3) Objetivo: generar en las 200 madres adolescentes un proceso de fortalecimiento a nivel personal, social y laboral que les permita valorarse como mujeres y ciudadanas con responsabilidad por su nuevo papel de madres, sin prejuicio de su propio desarrollo y previniendo riesgos que compliquen su situación de pobreza. 4) Años de realización: 2002, 2003 y 2004.

Las principales conclusiones sobre el desarrollo institucional en el tema del embarazo adolescente, conclusiones que surgieron al interior de la Red fueron las siguientes:

- No son sostenibles en el tiempo. Se sustentan en diversidad de enfoques que no siempre se han apropiado de los contenidos de Salud Sexual Reproductiva como un asunto vital de los y las adolescentes. Predominan enfoques biológicos y religiosos. En tal sentido, las instituciones de la Ciudad no están, suficientemente, al tanto de los avances internacionales que hay sobre el tema.

- Por lo general, no se sistematizan las experiencias de las intervenciones y, más aún, cuando no tienen participación de la cooperación internacional. No generan apropiación de enfoques y lecciones aprendidas. No conllevan a evaluaciones de impacto.

Los principales retos que tienen las instituciones que trabajan con los y las adolescentes en el tema de la Salud Sexual y Reproductiva son las siguientes:

- Es necesario articular las intervenciones. Es imprescindible hacerlas sostenibles, creando capacidades al interior de las instituciones, capacitando el talento humano, generando posibilidades de transferencias metodológicas y de financiación.

7.2 Red Intersectorial de Adolescencia y Sexualidad en Quito

Por la necesidad de contar con un diagnóstico del perfil de los adolescentes que se atienden en las unidades de salud que pertenecen a las áreas de salud del Ministerio de Salud Pública y los consultorios comunitarios (postas) de la Dirección Metropolitana de Salud del MDMQ (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito) ubicadas en la zona sur de Quito y miembros de la RIAS (Red Intersectorial de Adolescencia y Sexualidad)⁴⁶, a través de sus delegadas a este proyecto, iniciaron este trabajo las instituciones mencionadas, solicitando el apoyo de la GTZ (Cooperación Técnica del Gobierno Alemán), y de los asesores de las RIAS, con el fin de realizar una investigación que arroje resultados, datos estadísticos reales, que permitan emprender actividades de atención aspirando aportar insumos para un modelo de atención diferenciado para este grupo poblacional.

Cuando se inicio la participación directa de los delegados de las áreas y las postas en las RIAS, no existía información confiable, que permitiera conocer la realidad. Se sumó a esto la

⁴⁵ Alcaldía de Medellín. Red de Prevención del Embarazo Adolescente en la Ciudad de Medellín. Colombia, 2004.

⁴⁶ RIAS Red Intersectorial de Adolescencia y Sexualidad. “Consulta de Adolescentes registrada en instituciones de primer y segundo nivel del sector público del sur de Quito, Desde Octubre del 1998 a Septiembre de 1999”.

necesidad de capacitación del personal de salud. En el primer plan operativo de la RIAS en Junio de 1999 surgió la “investigación”. Estos dos hechos pudieron ser integrados, mediante el taller desarrollado por el CLEPS sobre metodología de Investigación. Los actores de la Red en Noviembre de 1999 los delegados de Salud de las Áreas y las postas decidieron ejecutar esta Investigación, que permitió asumir el proceso investigativo en la práctica y obtuvo un producto informativo útil en varios contextos tanto al interior de la Red como fuera de la Red.

Esta investigación tuvo como objetivos para el equipo investigativo:

- La apropiación de herramientas de investigación en la práctica, para convertir este instrumento en parte del que hacer diario de las unidades de salud.
- Acercamiento a una realidad sobre la demanda de los adolescentes con respecto a las casas de salud, pues la red tiene como fin último el mejorar las condiciones de salud de los adolescentes.

7.3 Red de Comunicadores Adolescentes de Nicaragua

Los niños de Nicaragua reciben capacitación en medios de difusión a través de la Red de Comunicadores Adolescentes⁴⁷.

La Red de Comunicadores Infantiles y Juveniles es un programa educativo que combina la teoría y la práctica, y permite que niños y jóvenes de Nicaragua menores de 18 años participen en actividades relacionadas con los medios de difusión, incluida la grabación de programas en vivo. La Red fue creada en 2003 con apoyo de UNICEF y el Centro de Capacitación de Radio Nederland, y fue puesta en marcha por la Asociación Los Cumiches para la Comunicación y la Movilización Social, un aliado local.

Desde entonces, la Red ha organizado una serie de talleres y presentaciones en forma de emisiones radiales, vídeos, música y medios impresos con el objeto de promover los derechos de los jóvenes, la igualdad entre los géneros, la protección del medio ambiente y la prevención de la violencia y las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/SIDA.

Cuatro años de cursos prácticos

Diversas organizaciones de Nicaragua dedicadas a la defensa de los derechos de los niños eligen a los estudiantes que participan en estos talleres cuando tienen 11 ó 12 años, como premio por sus logros. Durante cuatro años, esos niños y niñas reciben capacitación en las esferas que más les llaman la atención. Durante el primer año, los participantes adquieren conocimientos generales sobre los derechos de la niñez, el VIH y otros temas en los que UNICEF trabaja activamente. El segundo y tercer año se dedican al estudio de técnicas de radio y televisión, danza, teatro, música y otras expresiones artísticas. El trabajo del último año se centra en aspectos más prácticos de la comunicación, pues cada participante debe actuar como tutor y guía de un chico de primer año. Mediante este sistema, los participantes de más edad enseñan a los más jóvenes las habilidades que han adquirido.

7.4 Maternidad adolescente: Un proyecto de Intervención con Éxito.

Ate, ha sido considerado uno de los Distritos con índices de embarazo adolescente muy altos. En el 2004, se han reportado 500 gestantes adolescentes cuyas edades oscilan entre 13 y 19 años de edad, es decir, el 26% del total de los embarazos registrados en Lima corresponde al Distrito⁴⁸.

Muchas instituciones estuvieron trabajando en el distrito, pero, sin aunar esfuerzos. La Municipalidad Distrital de Ate y la Dirección de Salud IV – Lima Este idearon un proyecto en común para trabajar en la zona del Valle de Amauta con un total de 90 madres adolescentes.

⁴⁷ Red de Comunicadores Adolescentes de Nicaragua. Agosto 2008- Número #7
<http://www.un.org/esa/socdev/unyin/iyouthday.htm>.

⁴⁸ Municipalidad Distrital de Ate – Vitarte. Por Ada Paca Palao, M. Sc. Maternidad Adolescente: Un proyecto de intervención con éxito. Mayo 2007.

El objetivo principal era fortalecer capacidades y habilidades sociales en las madres adolescentes para que puedan reanudar su plan de vida y se reinsertaran en los espacios escolares permitiéndoseles así culminar la secundaria o estudiar carreras técnicas superiores.

Logros alcanzados:

- Madres Adolescentes capacitadas en Habilidades Sociales (HS) y en Salud Sexual y Reproductiva (SSR); y, con su Plan de Vida en proceso de reanudación.
- Madres Adolescentes acceden a servicios de salud, educación y espacio de participación ciudadana.

7.5 La gestión de la atención de salud de los adolescentes y jóvenes en Chile y Perú: Estudio de siete casos y una propuesta a probar en el sector público.

Esta investigación tuvo como objetivo: Proponer elementos básicos para el diseño de un Modelo de Atención en Salud del Adolescente, a través de la identificación de las características que deben reunir los servicios diferenciados de atención a adolescentes para ser viables en el sector público. Indagando las características gerenciales a combinar para lograr programas exitosos y determinar los elementos que conspiran contra su éxito⁴⁹.

Se realizó un estudio de casos en siete servicios de atención para adolescentes. En el Perú, estudiamos 4 casos del sector público y uno de un organismo no gubernamental, estos son: Hospital Cayetano Heredia, el Centro Juvenil del Hospital Cayetano Heredia, el Centro de Salud Tablada de Lurín, el Centro de Salud Reproductiva del Adolescente del Hospital de Vitarte y el Centro Juvenil Futuro -INPPARES .

En Chile se estudiaron dos casos, uno del sector público de salud y otro de la Universidad de Chile: el Centro “La Faena” de la corporación Municipal de Peñalolén y el Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente: CEMERA.

El trabajo concluye en definir las siguientes características básicas de un Modelo de atención para adolescentes entre las que se destacan las siguientes:

a) Desde la perspectiva del usuario, los servicios deberían reunir las siguientes características:

- Confidencialidad y ninguna injerencia de los padres.
- Que los oferentes del servicio sean acogedores y cálidos evitando el trato directivo, respetuosos de la realidad de los usuarios.
- El servicio debe contar con material audiovisual entretenido y educativo en las áreas de Sexualidad, Salud Reproductiva, problemas de comunicación con los padres y pares, problemas de aprendizaje y orientación vocacional.
- El servicio debe tener capacidad resolutoria de los problemas por los cuales consultan los adolescentes.
- Costos escalonados, adecuados a las posibilidades económicas de los usuarios.
- Que el servicio brinde oportunidades de participación y organización entre los usuarios.
- Que el servicio tenga un acceso directo y discreto, diferente del acceso de adultos.

b) A nivel Hospitalario, debe existir un servicio diferenciado para adolescentes (desde las actividades de consulta, hasta las de hospitalización), tanto en el ámbito de ubicación física y organizacional, como en el ámbito de Recursos Humanos. Esto supone cambios en la planificación de los servicios, pasando de la planificación por patologías a la planificación por segmentos poblacionales, de la atención unidisciplinaria y multidisciplinaria a la atención ofrecida por equipos interdisciplinarios (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas, obstétricas). El liderazgo de este tipo de servicios ha resultado ser más integral cuando está en manos de médicos pediatras, salubristas o de internistas.

⁴⁹ La Rosa Liliana. Servicio diferenciado, servicio diferente: Gestión de la Atención de salud de I@s adolescentes y jóvenes en Chile y Perú. SPAJ, MINSA, Fundación Ford, Lima 2001.

c) En el ámbito de Centro de Salud, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos humanos y de infraestructura, será necesario establecer días y horarios específicos para la atención de adolescentes, tratando de cumplir al máximo con las características de discreción y confidencialidad que plantean los usuarios frente a la atención de adultos. En este nivel de atención es clave el desarrollo de acciones que fomenten la participación ciudadana y la organización de los jóvenes para la promoción de conductas saludables y el mejoramiento de la calidad de vida. El liderazgo de estos servicios resulta más efectivo cuando está en manos de profesionales no médicos, en la medida que no compiten con otras dedicaciones laborales (consultorio médico, clínicas, etc.) y que están más preparados para el trabajo comunitario, además del menor costo para el sector.

d) En los diferentes niveles de atención debe buscarse la participación activa de adolescentes de organizaciones pre - existentes y los organizados como promotores de salud, tanto para realizar labor preventiva - promocional básica con sus pares, como para apoyar la labor asistencial.

8.- HIPOTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

8.1 Alternativas de cambio

A partir del modelo conceptual descrito en el acápite 7, se derivan las siguientes alternativas:

1) Mejorar el registro estadístico sobre adolescentes del Hospital Enrique Garcés, con énfasis en tasas y causas de morbilidad y mortalidad para este grupo etáreo. Esto se lograría mediante el mejoramiento del Sistema de Información y de Reporte de Datos, y permitiría el diseño de políticas basadas en evidencia institucional para la atención de la adolescente embarazada.

2) Diseñar un Sistema de Prevención del Embarazo en el que participen los actores señalados anteriormente, para llegar a la causa misma del problema de embarazos en adolescentes.

3) Reforzar el trabajo de cada una de las instituciones participantes por separado, sin una Atención Integral Diferenciada en la Adolescente Embarazada.

4) Definiendo las funciones y formas de coordinación de cada uno de los actores involucrados en la atención de la adolescente embarazada, se puede conseguir un Trabajo conjunto entre las instituciones de la siguiente forma:

a) Implementar en el Colegio Zaldumbide atención gineco-obstétrica para que las estudiantes se beneficien de una atención rápida.

b) De la institución que está en contacto directo con la adolescente (DOBE) con la ADA del Área de Salud, para la captación de la adolescente embarazada y su atención clínica integral.

c) Del DOBE con la Clínica de Adolescentes del HEG, para la captación de adolescentes embarazadas y la atención prenatal, natal y postnatal.

d) DOBE con Área de Salud # 7 y de ésta con el Hospital Enrique Garcés, mediante la organización del Sistema de Referencia-Contrarreferencia que permita a cada uno de los actores cumplir a cabalidad las funciones para las que fueron creados.

De estas alternativas de cambio se escogió el literal 4d, porque el trabajo coordinado entre el DOBE – Área de Salud – Hospital, cubre todas las necesidades de las adolescente, sin saltarnos niveles de atención y sobresaturar los servicios. Con esta organización, cada actor se empodera y cumple su función utilizando al máximo su capacidad en los temas para los que fue asignado, apoyando el momento que requieren un nivel mayor de complejidad o viceversa.

8.2 HIPÓTESIS DE CAMBIO

El establecimiento de funciones y responsabilidades propias para cada una de las instituciones (Colegio, Hospital y Área de salud) y la definición del flujo de pacientes e información, entre estas instituciones de salud y educación, logrará una atención integral de las mujeres adolescentes embarazadas y contribuirá a mejorar su calidad de vida.

8.2.1 Estrategias:

- 1.- Formación de una red de apoyo local, para la atención integral de las adolescentes embarazadas, conformada por el Hospital Enrique Garcés del Sur, el Área de Salud # 7 y el Centro Educativo Zaldumbide.
- 2.- Estudio de las reales necesidades y demandas de estos adolescentes y su entorno familiar: pareja, padres, etc., (Línea Base).
- 3.- Definición participativa de las funciones de los actores de la red para la atención integral de la adolescente embarazada
- 4.- Diseño e implementación de un modelo prescriptivo de flujo de las pacientes dentro del Sistema de referencia y contrarreferencia, que permita a la adolescente recibir una atención integral y diferenciada, mediante el trabajo coordinado de los actores.
- 5.- Implementación de la Historia Clínica Única de la Adolescente en las tres instituciones para mejorar la atención de las pacientes y facilitar el manejo de información.
- 6.- Preparación a los maestros y padres de familia en como enfrentar un embarazo en una adolescente y apoyarle para que no pierda sus expectativas de vida.

9. PROPÓSITO

Según reportes estadísticos⁵⁰ se conoce que el 24,2% (3834) de 15853 pacientes que acudieron por atención médica al Hospital Enrique Garcés corresponden a madres adolescentes. Los problemas obstétricos y ginecológicos de nuestras adolescentes son los que acumulan un porcentaje de casi el 55,7% del total de hospitalizaciones, siendo los servicios de gineco-obstetricia los más demandados por las mujeres adolescentes.

En vista de lo indicado, la presente investigación propone un trabajo coordinado de 3 instituciones para lograr una Atención Integral en las Adolescentes Embarazadas, mediante la formación de una red que incluya al Área de Salud # 7 (primer nivel de atención), el Hospital General Enrique Garcés del Sur de Quito (segundo nivel de atención) y el Centro Educativo Gonzalo Zaldumbide 48.

9.1 Objetivos de la Investigación:

9.1.1 Objetivo General

Evaluar el aporte de la creación de una red, al logro de una Atención Integral a las Adolescentes Embarazadas del Sur de Quito.

9.1.2 Objetivos Específicos

Evaluar el cumplimiento de las responsabilidades acordadas, por parte de cada uno de los actores.

Identificar las posibles causas para el incumplimiento de estas funciones.

⁵⁰ Estadísticas Internas. Hospital Enrique Garcés, 2007.

Analizar el proceso de diseño e implementación del sistema de referencia y contrarreferencia.

Evaluar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

10. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Estrategia 1. Formación de una red de apoyo local para la atención y funcionamiento de la atención integral de las adolescentes embarazadas, conformada por el Hospital Enrique Garcés del Sur, el Área de Salud # 7 y el Centro Educativo Zaldumbide.

Actividad	Indicador de proceso	Observaciones
a) Reunión de los actores para la formación de la red.	-Nº participantes en la reunión/ Nº de convocados.	-Percepción sobre el interés en trabajar en Atención Integral de Adolescentes Embarazadas.
b) Acuerdos y productos de la conformación de la red	-Nº de acuerdos realizados	

Estrategia 2. Definición participativa de las funciones de los actores de la red y del flujo del paciente para la atención integral de la adolescente embarazada

Actividad	Indicador de proceso	Observaciones
a) Mediante un taller participativo se definirán las funciones de los actores.	-Lista de compromisos formulados y firmas de responsabilidad	- Percepción sobre la participación de los actores en la formulación de compromisos.
b) Funcionamiento de la red	- Número de compromisos realizados/formulados	

Estrategia 3. Implementación de un Sistema de referencia y contrarreferencia, que permita a la adolescente embarazada, recibir una atención integral

Actividad	Indicador de proceso	Observaciones
a) Mediante un taller participativo se definirá el flujo de referencia y contrarreferencia de la paciente adolescente embarazada y el sistema de registro.	-Flujo de la paciente adolescente embarazada terminado y aprobado por autoridades.	Percepción sobre la participación de los actores en la formulación del flujo. Aceptación e implementación del flujo de referencia y contrarreferencia por los actores involucrados.
b) Cumplimiento del flujo	b) Número de sitios en donde usaron el flujo	
c) Evaluación del funcionamiento del flujo	c) Número de referencias y contrarreferencias realizadas	

Estrategia 4. Identificación del grupo de riesgo, línea base para la implementación de las estrategias.

Actividad	Indicador de proceso	Observaciones
a) Identificar a las pacientes embarazadas adolescentes, mujeres con hijos y que iniciaron vida sexual activa en el Colegio Gonzalo	-No de Estudiantes Identificadas. - Se identificaron 24 estudiantes de 515 estudiantes mujeres que	En el Análisis Situacional está descrita la línea de base.

Zaldumbide	asisten al Colegio.	
------------	---------------------	--

Estrategia 5. Implementación de la Historia Clínica única de la Adolescente Embarazada y de Protocolos de atención, para la armonización de la información en todas las instituciones participantes.

Actividad	Indicador de proceso	Observaciones
a) Implementar la historia clínica única de adolescentes formato MSP. b) Implementar protocolos de atención en la adolescente embarazada, en las distintas instituciones participantes.	-Número de historias clínicas en formato único llenas - Número de pacientes en las que se aplicó el protocolo - Número de instituciones en las que se está aplicando los protocolos.	Percepción sobre la aceptación de la historia clínica y de protocolos en la atención de la adolescente embarazada.

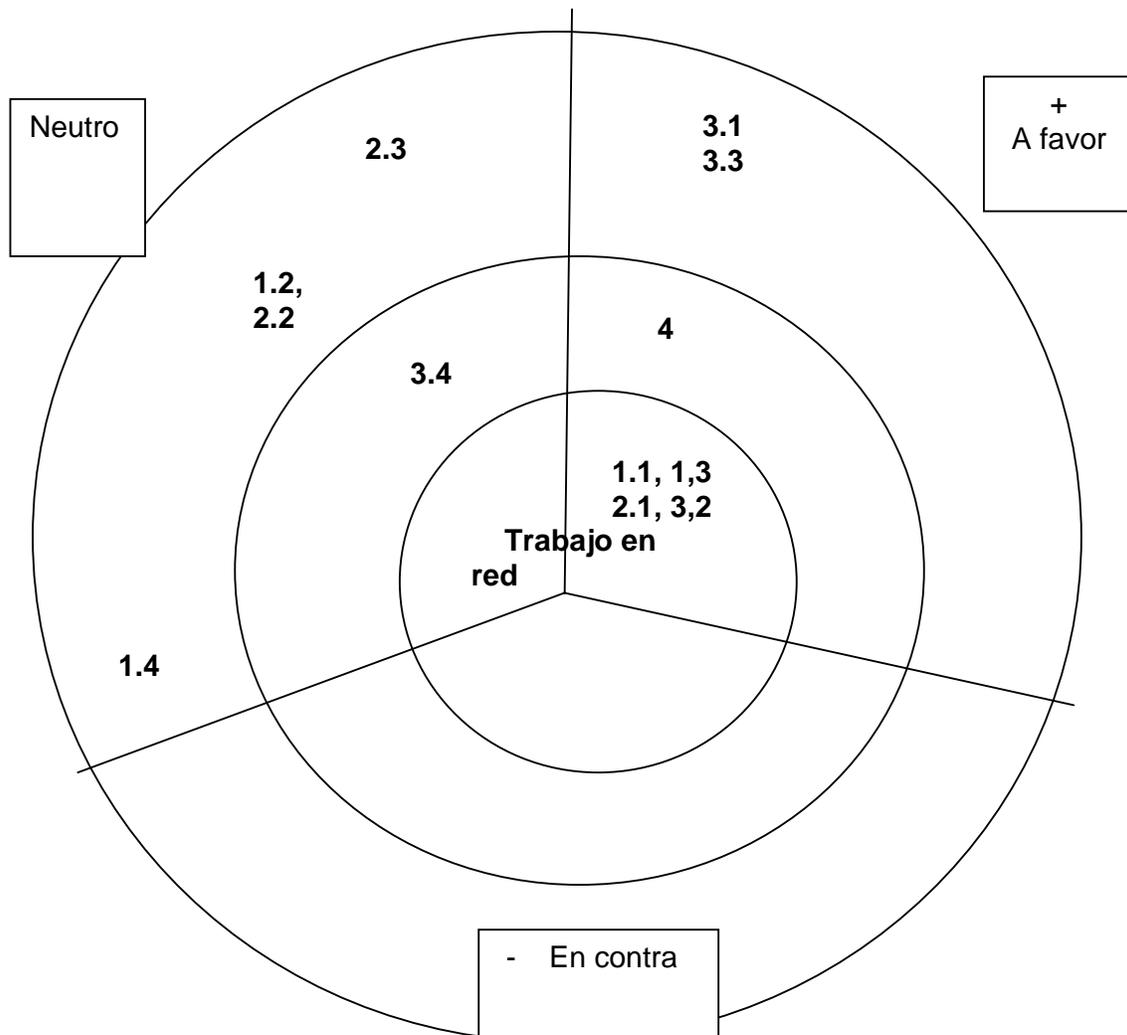
Estrategia 6. Preparación a los maestros, padres de familia y pareja en como enfrentar un embarazo en una adolescente y apoyarle para que no pierda sus expectativas de vida.

Actividad	Indicador de proceso	Observaciones
a) Programación de Charlas enfocada en el abordaje y cuidado de la adolescente embarazada b) Involucramiento de la pareja en el embarazo de la adolescente	-Número de participantes - Opiniones de los participantes sobre la charla - Medición de Cambios de Conocimientos, Actitudes y Destrezas de los participantes	Percepción sobre el interés de los participantes en el tema abordado. Mediante una encuesta antes y después de la charla medir los CAD de los participantes.

11. MAPEO DE ACTORES EN FUNCION DEL TRABAJAR EN RED PARA LOGRAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA AL FINAL DE LA EVALUACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN

Actores.-

1. Personal del Hospital del Sur
 - 1.1 Director del Hospital
 - 1.2 Director del Servicio de Gineco-obstetricia
 - 1.3 Psicóloga de la Clínica de Adolescencia
 - 1.4 Servicio de Pediatría
2. Área de Salud # 7
 - 2.1. Comité de Adolescencia
 - 2.2 Autoridades del Área
 - 2.3 Personal Operativo
3. Colegio Zaldumbide
 - 3.1 Directivos del Colegio
 - 3.2 DOBE
 - 3.3 Docentes
 - 3.4 Estudiantes
4. Grupo de Adolescentes identificadas en el Colegio



Los actores que se encuentran más interesados en el trabajo en Red son:

Director del Hospital Enrique Garcés, porque tiene una amplia experiencia en este tema dados sus varios años de trabajo en el Área de Salud de Chimbacalle. Sus expectativas en esta investigación van encaminadas a la implementación de programas similares en esta institución.

El Comité de Adolescencia del Área de Salud #7, formado por profesionales en psicología, medicina general, obstetricia- adolescentología, odontología y pediatría; mismas que por iniciativa propia conformaron este grupo y están dispuestas a aunar esfuerzos para sacar adelante el proyecto.

El Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil del Colegio, ha desarrollado un trabajo bastante organizado en Prevención de Embarazo en Adolescentes y Enfermedades de Transmisión Sexual; para ellos es muy importante que el trabajo coordinado con los distintos actores continúe con la labor que han estado efectuando.

El Grupo de Adolescentes identificado también indica su interés en recibir una atención integral y diferenciada.

Sin embargo que la Psicóloga de la Clínica de Adolescentes al parecer ha demostrado interés en el proyecto al enviar a estudiantes para que asistan a las reuniones e intervenciones, puede leerse este interés en dos sentidos, por compromiso con el Director hace su presencia con las estudiantes y no por un real interés, o porque no cuenta con el tiempo suficiente para hacerlo y envió a alguien en su representación.

El Director del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital, el cual es el directivo de la Clínica de Adolescentes, no estuvo presente en ninguna de las actividades, aunque expresó verbalmente su interés en el trabajo integral en las adolescentes embarazadas. Mi percepción es que ellos prefieren trabajar individualmente y reforzar la atención que vienen realizando sin alianzas.

El resto del personal del Área de Salud #7: directora, personal operativo, etc., tienen un comportamiento indiferente. Apoyan pero su interés no es grande, porque tienen a cargo algunos otros proyectos que ocupan su tiempo; falta una cabeza que organice y motive en este aspecto. De igual forma el personal docente del Colegio y los estudiantes en general, son indiferentes al trabajo que se está realizando, tal vez tengamos que involucrarlos más en las actividades para aumentar su interés.

12. METODOLOGÍA

La metodología usada en esta investigación es Investigación-Acción, que es una forma de abordar la Investigación en Servicios de Salud. La investigación-acción es la introducción, de manera controlada, de un cambio en un sistema de registrar sus resultados en lo que concierne al comportamiento del personal. La acción misma es presentada como un medio para cambiar el sistema y a la vez para generar un conocimiento crítico al respecto. Se habla habitualmente de investigación-acción cuando los actores sociales, que tratan en un momento dado de analizar su práctica, construyen una investigación en común con un investigador profesional⁵¹.

La atención integral de la Adolescente Embarazada, es un problema que debe ser abordado desde un enfoque sistémico. El adolescente debe ser visto desde sus esferas biológica, psicológica, social y ambiental; dentro de estas esferas interactúan diferentes actores claves para el incremento de la calidad de vida del adolescente. La investigación-acción permite que cada uno de los actores participe activamente en la búsqueda de soluciones al problema que les está afectando.

Este estudio se llevó a cabo en coordinación con el Área de Salud # 7 (El Carmen), el Hospital Enrique Garcés y el Colegio Gonzalo Zaldumbide. Cada uno de los representantes de estas instituciones, trabajaron activamente y fueron los que tomaron las decisiones para la consecución de la investigación. Las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de la información fueron principalmente cualitativos.

Al partir de la revisión documental de las estadísticas de morbi-mortalidad materna del Hospital Enrique Garcés, se encontró limitaciones en las estadísticas específicas referidas de adolescentes. Las cifras que se manejan son aproximadas y provienen de la percepción del personal del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital, por este motivo se indagó las estadísticas de adolescentes que maneja el Área de Salud, hallándose que también posee grandes deficiencias en el control estadístico y sobre todo, en relación al tema de adolescencia.

Las reuniones realizadas fueron tipo taller para la conformación de la red, delimitación de funciones de los actores y el diseño del flujograma de atención de la adolescente embarazada. La investigadora estuvo presente en todas las reuniones y registró sus observaciones de la participación de cada uno de los actores. En la primera reunión de conformación de la red, en vista de la falta de datos de embarazo en adolescencia encontrados tanto en el Hospital como el Área, se decidió ampliar la línea de base mediante entrevistas directas con las adolescentes durante el llenado del formato de la Historia Clínica Única del Adolescente. También se realizó una revisión documental de las Historias Clínicas del Colegio Zaldumbide, en número de veinte y cuatro que eran las que correspondían al grupo de riesgo. La investigadora realizó entrevistas a grupos focales de estudiantes y maestros, algunas acompañadas de las profesionales médico y psicólogas de la institución.

La presencia de los miembros del DOBE del colegio, como son las psicólogas y la médica durante las entrevistas con los adolescentes, sesgaba de alguna forma la información obtenida por el miedo a la autoridad. Se desarrollaron cinco entrevistas abiertas a las siguientes personas: Directivos del Hospital y Área #7, personal que conforma el DOBE y el Comité de Adolescencia, permitieron identificar el nivel de empoderamiento de los centros de salud sobre este problema. Todo esto permitió obtener datos sobre: percepción del embarazo en los adolescentes, identificación de las adolescentes embarazadas, con hijos y con riesgo de quedar embarazadas, que es lo que esperan de la atención en salud para su problemática, factores de riesgo potenciales, etc. Todo este proceso de recolección de información y análisis de la línea base duró aproximadamente 4 semanas, se contó con la colaboración del personal del Colegio, Área y Hospital.

⁵¹ Pesse K y Paepe P. La investigación-acción y la investigación operativa: Herramientas para la investigación de los sistemas de salud. 1999.

La selección de los adolescentes que fueron entrevistados se basó en los siguientes criterios: adolescente que está cursando por un embarazo, adolescentes que son madres, y/o adolescentes que habían iniciado su vida sexual y estaban en riesgo de quedar embarazadas. No se hizo un cálculo muestral, porque abarcó a todo el grupo que cumplieron con los criterios antes mencionados, fueron 24 adolescentes las identificadas. Estos resultados fueron presentados en uno de los talleres realizados con la red, de forma global y no individualizada, bajo las normas éticas de respeto al paciente y confidencialidad de la información. Las Historias Clínicas fueron entregadas en el Área de Salud para su seguimiento.

En uno de los talleres realizados con los miembros de la red, la investigadora capacitó a los miembros de la red en el llenado de la Historia Clínica de Adolescentes, mediante un ejercicio simulado entre los participantes. En esa misma reunión se les indicó los Protocolos de Atención para este grupo etéreo proporcionados por la Directora de la Clínica de Adolescentes de la Maternidad Isidro Ayora, proporcionándoles material para el cumplimiento de este objetivo, ya que se pretende estandarizar la atención.

Por la naturaleza extensa de este tema, se ha iniciado con la conformación de una red, la delimitación de funciones en los actores y la descripción de un flujo de atención a la adolescente embarazada, mediante instrumentos como la Historia Clínica de Adolescentes y los Protocolos de Atención Integral al Adolescente del MSP. Se inició la aplicación de las estrategias en el grupo de estudiantes investigado, los siguientes pasos deberán ser continuados con los miembros de la red, que tendrá como meta el ampliar esta cobertura a todos los colegios que pertenecen al Área de confluencia geográfica.

La información que deberá ser recolectada a futuro mediato para medir el impacto de la intervención es:

- Evaluación en 6 meses, del funcionamiento del Flujo completo de Referencia y Contrarreferencia de la Paciente Adolescente Embarazada, al momento no hay adolescentes embarazadas que se encuentren a término para ser intervenidas en la Clínica de Adolescentes para recibir Atención Secundaria de Salud.
- Revisión en un plazo de 3 meses de las Historias Clínicas que contengan el Formato Único de Adolescentes y uso de Protocolos, en nuevas adolescentes que sean identificadas y enviadas al Área de Salud para recibir Atención Primaria de Salud.
- Medición del CAD antes y después de la charla que se realizará a mediados de marzo: Conocimientos Actitudes y Destrezas de padres, maestros y pareja con respecto a la atención de la adolescente embarazada.
- Disminución de las tasas de morbi-mortalidad materna para el 2009, en el Hospital Enrique Garcés.

13.- RESULTADOS

13.1 DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA

1.- Conformación de la red:

A mediados del mes de enero del 2009, se reunieron representantes del Hospital Enrique Garcés (HEG), Área de Salud N° 7 y Centro Educativo Gonzalo Zaldumbide, en el auditorio del HEG con el objetivo de crear una “Red de atención integral a mujeres embarazadas adolescentes”. Se realizó previamente una exposición de la problemática encontrada en cada una de las instituciones mencionadas, relacionándola con las altas tasas atención gineco-obstétrica en adolescentes y morbi-mortalidad materna en este grupo de edad.

Se describen a continuación los compromisos a los que se llegaron y los responsables para su cumplimiento, que se asientan en el acta de conformación de la red:

COMPROMISOS: (Tomado textualmente del Acta de Conformación de la Red de Atención Integral de la Adolescente Embarazada, Enero 2009).

- 1) Realizar charlas para adolescentes en Colegio, con temas de interés para los estudiantes (Responsables: Área 7 y Departamento de Psicología del Hospital Enrique Garcés).
- 2) Dar solución al problema de Referencia y Contrarreferencia, a través de la designación de una ventanilla (número 1) de atención a pacientes, que se dedicará exclusivamente a este tema. (Responsable: Director del Hospital Enrique Garcés).
- 3) Realizar una convención trimestral de adolescentes, en la que se realicen charlas, mensajes positivos a través de música, dramatización, etc. (Responsable: Hospital Enrique Garcés).
- 4) Creación de un Servicio Diferenciado para adolescentes (ADA) dentro del Área de Salud # 7, con atención médica y psicológica integral para adolescentes embarazadas (Área de Salud #7).
- 5) Organizar una reunión de padres y docentes en la que se entablará temas sobre educación sexual y manejo de una hija adolescente embarazada. (Responsables: Área 7 y Departamento de Psicología del Hospital Enrique Garcés).
- 6) Articulación del Área de Salud # 7, con la Clínica de Adolescentes del Hospital Enrique Garcés para la atención pre-natal, natal y post-natal.
- 7) Identificación del Grupo de Adolescentes embarazadas y con hijo en el Colegio Gonzalo Zaldumbide (Dra. Carrasco).

Por la falta de estadísticas de adolescentes embarazadas en el Área # 7 y el Hospital Enrique Garcés, la investigadora realizó una recopilación de información para la ampliación de la línea base de las adolescentes embarazadas a partir del Colegio Zaldumbide, esta se encuentra descrita dentro del análisis situacional.

2.- Delimitación de Funciones de cada uno de los Actores de la Red:

En la siguiente reunión convocada por el Director del Hospital Enrique Garcés, la investigadora presentó la línea de base del grupo de riesgo identificado en el Colegio Gonzalo Zaldumbide, al final de la exposición se les propuso un formato de flujo para que los actores a partir del mismo, hicieran sus acotaciones y modificaciones. En el análisis de este flujograma, vieron la necesidad de definir las funciones de cada uno de los actores, para luego relacionarlas dependiendo de las necesidades del grupo de riesgo.

La definición de las funciones fue de forma participativa, e intervinieron todos los participantes desde su perspectiva de trabajo, en esa ocasión fue invitada una experta externa a la Red, que tenía experiencia por el trabajo que viene realizando en el Área #4 de Chimbacalle, sus aportaciones fueron bien recibidas y oportunas.

Los resultados son los siguientes:

- 2.1.- DOBE: Identifica y capta a la paciente, punto inicial de encuentro con la red. Refiere al área de salud y coordina la reinserción de la adolescente al colegio y a otros espacios sociales, posibilitando que pueda cumplir con sus expectativas de vida. Mediante el uso

de la historia clínica de adolescentes, detecta factores de riesgo de las adolescentes. También realizará prevención y promoción de salud en coordinación con el Área de Salud.

2.2.- Área de Salud # 7: Atención Diferenciada de la adolescente que es enviada por el DOBE del colegio. Aquí recibe una atención integral en las distintas esferas bio-psico-social, por un grupo multidisciplinario de profesionales durante el embarazo, con la identificación del riesgo obstétrico y familiar para su respectiva intervención, y en el periodo post-parto para planificación familiar y atención pediátrica del bebé. Para el proceso del parto, la adolescente será referida al Hospital Enrique Garcés.

2.3.- Hospital Enrique Garcés: Atención de la adolescente durante del parto y puerperio inmediato, aprovechando la infraestructura y el recurso humano de la Clínica de Adolescentes ya constituida.

2.4.- Posteriormente, la adolescente será contrarreferida al Área de Salud para sus controles post-natales tanto de la madre, como del producto y si lo requieren de las personas que conviven con ellas.

2.5.- El Área tendrá una comunicación directa con el Colegio, para el seguimiento de la paciente adolescente embarazada.

3.- Implementación de un Flujo del paciente para el Sistema de referencia y contrarreferencia, que permita a la adolescente recibir una atención integral, diferenciada mediante el trabajo coordinado de los actores.

4.- Implementación de la Historia Clínica Única del adolescente y el uso de protocolos de atención.

Todo el grupo de adolescentes identificado están registrados en un formato de historia clínica única de adolescentes del Ministerio de Salud Pública tanto en el Área como en el Colegio y esta será extendida a futuro a todos los adolescentes que sean atendidos en estos lugares. Anexo Historia Clínica del Adolescente.

En el Hospital todavía no se ha implementado la Historia Clínica y el Flujo de Atención de la paciente Adolescente Embarazada, porque como ya se mencionó, no hay pacientes que requieran por el momento la atención del segundo nivel de salud.

5.- Preparación a los maestros y padres de familia en como enfrentar un embarazo en una adolescente y apoyarle para que no pierda sus expectativas de vida. Estas reuniones están en proceso, la primera se realizará a fines de marzo y tendrá también como objetivo el ofertar los servicios con los que cuentan las distintas instituciones que están interviniendo en la atención integral, intervendrán el DOBE, el Comité de Adolescencia del Área, las estudiantes de Psicología de la Clínica de Adolescentes del HEG y la investigadora. Se llevará a cabo en las instalaciones del Área de Salud, para que los profesionales del área, y las estudiantes y sus familiares se relacionen con el lugar.

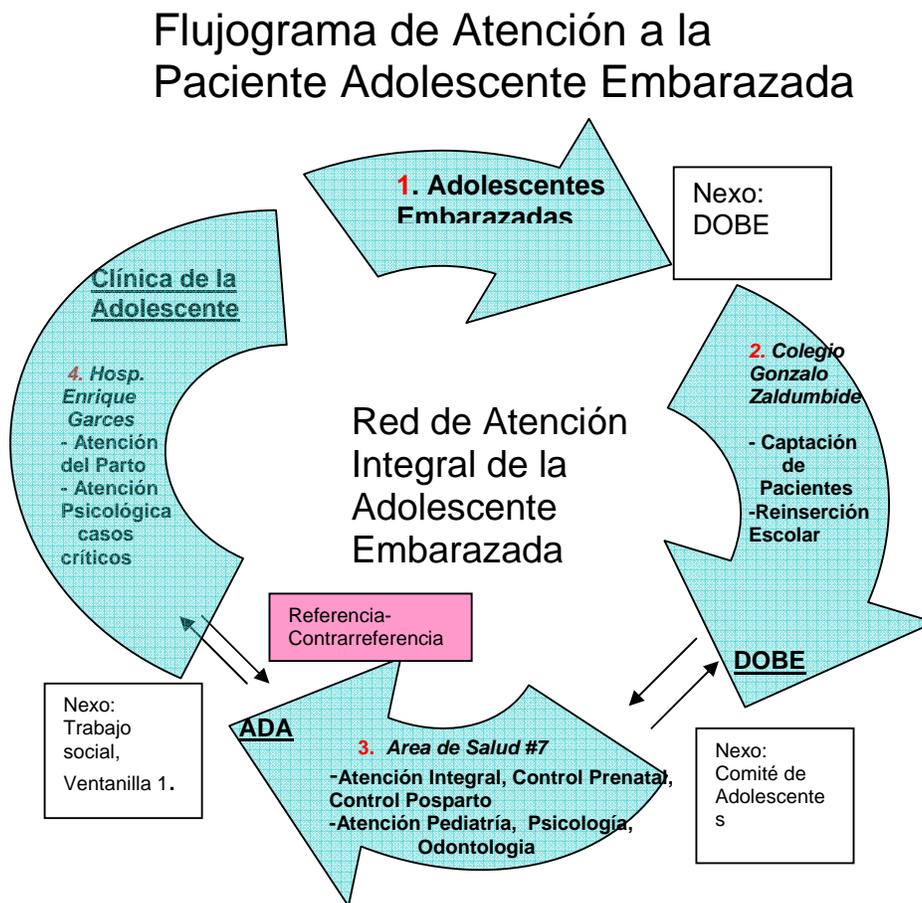
6.- La reinserción de las adolescentes al Sistema Formal de Educación ha sido el mayor éxito logrado, en el momento que se estaba realizando la investigación, hubo un caso de embarazo en una adolescente que ya no deseaba asistir al colegio. El DOBE participó activamente y logró que la estudiante regresara al colegio, para continuar con sus estudios.

Dentro de las estrategias planteadas se encontraba la preparación de padres y maestros con charlas para enfrentar el embarazo en la adolescente, estas están programadas y se realizarán en poco tiempo. Lo mismo con el involucramiento de la pareja de la adolescente, el propósito de esta acción es concienciar a los hombres en el tema que el embarazo es de dos y no solo de la mujer embarazada.

Las estrategias 2, 3 y 6, se encuentran resumidas en el Flujograma de Atención a la Paciente Adolescente Embarazada. Los recuadros que dicen Nexos, son los puntos importantes donde se interconectan las distintas instituciones y se envía la información de las pacientes:

Nexo DOBE: La estudiante es identificada y la Médico de la Institución se comunicará con la Psicóloga del Área, para informarle que será transferida la estudiante para su atención.
 Nexo Comité de Adolescentes: La paciente requiere atención del Hospital y por lo tanto la Psicóloga del Área se encargará de informar a Trabajo Social del Hospital para la apertura de Historia Clínica y el recibimiento en la Clínica de Adolescentes. La Ventanilla 1 es una alternativa en el caso de Referencia y Contrarreferencia por algún otro motivo.
 Para la Contrarreferencia funcionará también a partir de Trabajo Social, quién enviará la información de regreso al Área.

Gráfico #2: Flujograma de Atención a la Paciente Adolescente Embarazada.



Fuente: Red de Atención Integral de la Adolescente Embarazada, HEG-Área #7-Colegio Gonzalo Zaldumbide, Quito 2009.

Percepción del interés de los actores en la Investigación:

Otro indicador que se evaluó es la percepción del interés de los actores, este es un parámetro subjetivo de ser evaluado, pero puede ser traducido por la presencia y actuación activa durante los talleres y el cumplimiento mismo de los compromisos.

Este trabajo inicia por el alto interés de los directivos del Hospital Enrique Garcés en relación con su problemática de altas tasas de morbi-mortalidad gineco-obstétrica, ellos organizaron las reuniones junto con la investigadora y prestaron sus instalaciones. El segundo actor que expresó su interés en un trabajo integral y diferenciado para las adolescentes fue el personal del DOBE del Colegio Gonzalo Zaldumbide, participó activamente en la identificación de las

pacientes, el llenado de las historias clínicas y uso de protocolos, seguido por el Comité de Adolescencia en el Área # 7, estas profesionales tomaron la posta en la organización de las reuniones con el personal y al momento se encuentran estructurando las charlas con adolescentes, padres de familia, maestros e involucramiento de la pareja.

Los actores que no se vieron muy interesados fueron los médicos del Hospital y de la Clínica de Adolescente, su participación fue más bien pasiva.

13.2 DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA

La presente investigación requiere de un tiempo considerable para obtener el resultado más importante de este proceso, como es el mejoramiento en la Calidad de Vida de los Adolescentes. Este mejoramiento puede ser medido a través de la disminución de embarazos, abortos y patologías gineco-obstétricas en las adolescentes en la esfera biológica, el logro de una profesión y/o de un trabajo bien remunerado y la adecuada convivencia social en la esfera psico-social. Estos aspectos deberán ser evaluados, o incluso más tiempo, luego de la implementación de los cambios, ya que son indicadores que se modifican solos a largo plazo.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1) Se logró la identificación de todas las adolescentes de riesgo descrito como: adolescentes embarazadas, adolescentes con hijos o que han iniciado su vida sexual. En este grupo se aplicó el formato de historia clínica única para adolescentes del MSP y los protocolos de atención. Estos fueron llenados con la Médico del Colegio (Estrategia 5) y entregados al Comité de Adolescencia del Área de Salud # 7; por el momento han sido dos las adolescentes que han recibido atención integral (Obstetricia, Psicología, Odontología). Se establecieron horarios y días específicos para la atención diferenciada a las adolescentes, esto mejoró la accesibilidad funcional, sugerencia que habían realizado las adolescentes durante las entrevistas.

Todavía no hubo pacientes que sean referidas para la atención del parto, o que estén consideradas pacientes con antecedente de riesgo obstétrico y tengan que ser atendidas en la Clínica de Adolescentes del Hospital Enrique Garcés. Esto deberá ser evaluado para tomar las medidas pertinentes en el caso que no haya una respuesta adecuada de sus profesionales.

2) Se Implementó la Historia Clínica única de la Adolescente Embarazada del MSP y los Protocolos de atención, para armonizar la información que se maneja en las distintas instituciones. Se llenaron 24 historias clínicas únicas, las cuales fueron adjuntadas a la historia clínica de la estudiante en el DOBE, estas corresponden a las 24 pacientes identificadas como grupo de riesgo en el Colegios Gonzalo Zaldumbide. Posteriormente se entregó una copia al Área para que inicien la atención integral y el seguimiento de las pacientes. Las Historias Clínicas fueron llenadas adecuadamente por la médico del colegio, con ayuda de la investigadora, el comentario que realizó la médico fue que por su diseño, la recolección de datos se hace simple y toma menos tiempo.

Como ya se mencionó anteriormente, habrá que evaluar el impacto de esta intervención en periodos de 3 meses, 6 meses, 1 año y subsecuentes, para tener un mejor panorama de los resultados de esta investigación-acción.

Los indicadores sugeridos para esta evaluación son:

- # de Embarazadas atendidas integralmente
- # de Embarazadas atendidas con formato de Historia Clínica Única del MSP
- # de Embarazadas atendidas con los Protocolos del MSP
- Disminución de las Tasas de abortos en adolescentes en el HEG, 2009
- Disminución de las Tasas de embarazos en adolescentes en el HEG,2009

14. DISCUSIÓN

La atención integral del adolescente es un tema que está tomando un mayor repunte en el Ecuador, en el 2008 se lanzó el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes del Ministerio de Salud Pública, con la participación de distintos sectores relacionados con el desarrollo integral del adolescente, es muy prematuro el hablar de resultados de este plan y deberá ser evaluado el impacto de este programa.

Anterior a este Plan Nacional, los programas que se han venido realizando han sido generalmente por iniciativa de instituciones o grupos de población que vieron la necesidad de actuar en el tema de Embarazo en Adolescentes. Es así que la Maternidad Isidro Ayora creó un espacio exclusivo para la atención de mujeres madres adolescentes con atención diferenciada de las adultas. El Hospital Enrique Garcés del Sur también posee un espacio similar, pero el común de estas instituciones son las adolescentes que no tuvieron una adecuada atención en el primer nivel de atención (Áreas de Salud) y una escasa orientación de sus maestros en el Colegio y padres en el hogar. Esto se expresa en las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil de las instituciones de segundo y tercer nivel de atención en salud. Además de la deserción escolar, disminución del período intergenésico e incluso en algunos casos depresión mayor y suicidio.

Esta problemática obedece a un trabajo descoordinado entre niveles de salud (primero y segundo nivel de atención) e intersectorial (salud y educación). El propósito principal de esta investigación fue el inicio de un trabajo conjunto “en red” de los distintos actores relacionados con los adolescentes, el involucramiento dentro de las estrategias que nacieron a partir de la formulación de compromisos, para lograr finalmente una Atención Integral de la Adolescente Embarazada.

La investigación acción hace énfasis en el proceso, y no solo en los resultados. Es decir evalúa también el cambio actitudinal de los actores involucrados en la problemática planteada. Al inicio del estudio, eran pocas las personas de las instituciones participantes que tenían alto interés en trabajar por el beneficio de las adolescentes, pero poco a poco se fueron sumando profesionales que tenían un alto interés en el trabajo con adolescentes, como es el caso del Comité de Adolescencia del Área # 7, que habían conformado este comité por iniciativa propia.

Se pudo percibir que los profesionales más interesados en este trabajo son los Psicólogos, tal vez porque el enfoque con el que atienden a sus pacientes es sistémico. Los médicos, principalmente los hospitalarios tuvieron poco interés en el trabajo presentado, al igual que los directivos del Área #7, a excepción de los directivos del Hospital Enrique Garcés, tal vez porque ellos estaban palpando las consecuencias de la falta de un trabajo organizado entre niveles de atención. Esta actitud responde a un modelo de formación profesional, en el que el paciente es percibido como un sujeto netamente biológico o una entidad nosológica. Aún cuando está formada una Clínica de Atención para Adolescentes en el Hospital Enrique Garcés y que su director, un médico ginecólogo, mencionó estar de acuerdo con el proyecto en la entrevista realizada por la investigadora, este profesional nunca asistió a las reuniones, enviando a la psicóloga de esta Clínica como su representante.

Por el contrario el trabajo realizado entre el Comité de Adolescencia y el DOBE del Colegio Zaldumbide fue muy productivo, porque se pudo identificar a las pacientes a través de la línea base e iniciar la atención diferenciada en el primer nivel de atención.

El DOBE funciona como un punto de captación de adolescentes embarazadas, madres y con riesgo potencial de embarazo. El empoderamiento de este grupo de trabajo es alto, están comprometidas con el trabajo investigativo, y su participación fue muy activa durante las charlas y talleres.

El Comité de Adolescencia por su parte, estaba iniciando un trabajo similar pero de menor escala con pacientes que fueron referidas de otros colegios, por lo que expresaron su alto

interés en participar en esta investigación. Este grupo de profesionales realiza su trabajo por iniciativa propia, percibiéndose que conocen más de la realidad local de su área de influencia que los directivos del Área, especialmente del médico Director de los Programas de Salud del Área y probablemente será el grupo que lidere y de continuidad a este estudio.

El sistema de referencia y contrarreferencia es uno de los puntos más álgidos dentro de la Calidad de Atención en Salud, las instituciones de segundo nivel (Hospital Enrique Garcés) y tercer nivel de atención (Maternidad Isidro Ayora), realizan funciones que le competen exclusivamente al primer nivel de atención (Área de Salud # 7). Por su parte las Áreas de Salud, enfocadas únicamente en el cumplimiento de programas verticales de salud, como por ejemplo vacunas, pierden el enfoque integral de atención. Las adolescentes embarazadas son vistas como una más entre las embarazadas, sin preocuparse por indagar más allá de lo que está sucediendo dentro del entorno de la adolescente. Los profesionales médicos, bajo una formación positivista de la salud, se dedican a tratar los problemas biológicos, sin la integración en la atención de otras áreas importantes como psicología.

El establecimiento de funciones y responsabilidades para cada una de las instituciones involucradas, logró concienciar en la mayoría de instituciones, a cada uno de los actores del rol que deben cumplir en la atención de la adolescente embarazada y de la importancia de un trabajo coordinado entre los actores. El trabajo en red logra el empoderamiento de los involucrados y permite que haya una continuidad del proyecto propuesto.

De las experiencias a nivel de Latinoamérica dentro de los programas pre-natales y post-parto, se destaca el de México. En México, un programa hospitalario implementado por la Asociación Mexicana de Educación Sexual, brindaba información sobre planificación familiar y consejería en las sesiones prenatales y de post-parto a mujeres menores de 20 años, que habían dado a luz a sus hijos en un hospital público. Se ofrecía educación y servicios a través de una clínica especial para adolescentes en el hospital. La evaluación de este proyecto mostró que las jóvenes, que habían asistido a una sesión educativa, recibían un mayor número de chequeos prenatales y espaciaban sus embarazos más que las pacientes que no habían asistido (86% vrs. 64%).^{67, 68}

La Red de Atención Integral de la Adolescente embarazada, conformada por el Hospital Enrique Garcés, el Área de Salud # 7 y el Colegio Gonzalo Zaldumbide, actúa no solo en prevención y promoción de salud, sino también articula la atención del parto de la adolescente, respetando las funciones para las que fueron diseñadas estas instituciones y complementando la atención de la mujer, de su hijo y de las personas que giran dentro de su entorno. La disminución de las tasas de embarazo, aborto y morbi-mortalidad gineco-obstétrica, deberán ser evaluadas en un año, para conocer el impacto a largo plazo de las estrategias planteadas.

15. CONCLUSIONES

- Las altas tasas de morbi-mortalidad materna en adolescentes, son el resultado final de la falta de atención y cuidado del adolescente y la intervención debe iniciar con el trabajo coordinado entre las instituciones que están a cargo de este grupo etáreo.
- Fue necesario partir de una línea de base, esta permitió un conocimiento más amplio de las características del grupo de adolescentes con el que se iniciaba la investigación y a partir de sus necesidades establecer las estrategias que serán aplicadas para la consecución del objetivo.
- El acto formal de la formación de una red, con la formulación participativa de compromisos que nacen de los actores, logra el empoderamiento de los participantes.
- La diseño del flujo de pacientes e información con los aportes de los actores permitió su identificación con el trabajo que desempeñan a partir de su espacio de trabajo, valoren el aporte de los demás actores y garanticen a la paciente su atención integral (prevención, promoción y curación), integrada (interniveles e interinstitucional) y holística

(biopsicosocial).la obtención de las metas propuestas, como es la atención integral de la embarazada adolescente.

- La importancia de seguir una estructura coordinada de atención a la paciente, sin saltar los niveles establecidos, evita la sobresaturación de los espacios de salud, que se ven obligados a la atención de casos para el que no fueron diseñados, limitando la accesibilidad a los pacientes que si requieren estos servicios.

- Los espacios de atención integral y diferenciada para adolescentes y más aún para las adolescentes embarazadas, logra la identificación de otros factores de riesgo de la paciente en sus esferas biológica, psicológica y social y permite tomar las medidas preventivas para evitar que se desencadenen problemas futuros.

- La implementación del formato único de la Historia Clínica de Adolescentes fue una estrategia positiva para la armonización de información en todas las instituciones, además que el formato de la historia tipo lista de chequeo disminuye el tiempo de llenado de formularios beneficiando el mayor contacto del profesional con el paciente.

- Los médicos fueron los que menos interés presentaron en trabajar coordinadamente entre niveles, la formación bióloga universitaria, dificulta ver al paciente como una entidad biopsicosocial, sesgando su intervención.

16. RECOMENDACIONES

- Por la amplitud del tema de investigación y en vista de que los objetivos finales de mayor impacto van a ser observados a largo plazo como: la disminución de la tasa de abortos, incidencia de embarazos y tasas de morbi-mortalidad materna en adolescentes, es importante el involucramiento de los actores para la continuidad del proceso. De este seguimiento deben encargarse los funcionarios que no son de libre remoción y que trabajan en la atención directa del adolescente.

- La participación en los talleres de profesionales externos, que han trabajado en el tema desde su espacio de trabajo, es enriquecedor por los consejos que se puede tomar en base a experiencias previas.

- Se recomienda el trabajo conjunto con los adolescentes y tomar en cuenta para el diseño de estrategias sus criterios, porque lo que puede resultar positivo para el adulto, no es percibido de la misma forma por el adolescente.

- Es importante involucrar a la pareja y/o familia por el soporte que pueden brindar al binomio madre-hijo. En el caso de que la adolescente se encuentre sola, se gestionará el ingreso de la adolescente y su hijo a una institución que de acogida a madres solas. Estas instituciones ayudan a las adolescentes con la continuidad de sus estudios, o la formación de profesiones intermedias que permiten su autofinanciamiento.

- El uso de un formato de Historia Clínica Única y protocolos de atención de la adolescente embarazada, reduce el tiempo de llenado de papelería y mejora la calidad de la atención de la paciente.

17.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Alcaldía de Medellín. Red de Prevención del Embarazo Adolescente en la Ciudad de Medellín. Colombia,2004.
- 2) BROWN J and et al. Sexy Media Matter: Exposure to Sexual Content in Music, Movies, Television, and Magazines Predicts Black and White Adolescents' Sexual Behavior. *Pediatrics* 2006; 117: 1018-27.
- 3) BUVINIC, M (1998). Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Washington. No WID-102.
- 4) BURROWS R and et al. Variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo de adolescentes. *Rev Méd Chile* 1994; 122: 510-6.
- 5) CAIZA M and et al. Recién nacido de madre adolescente con intervalo intergenésico corto. Maternidad Isidro Ayora, Quito- Ecuador. 2002
- 6) CASAS J, and et al. Conceptos esenciales de la adolescencia. Criterios cronológicos, físico-funcionales, psicológicos y sociales. *Medicine*, ISSN 0304-5412, Serie 9, N°. 61, 2006 (Ejemplar dedicado a: Medicina de la adolescencia), pags. 3931-3937
- 7) CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Área de Salud, economía y sociedad. El embarazo en la adolescencia. Buenos Aires-Argentina. 2004.
- 8) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Healthy Youth: Health Topics: Sexual Behaviors. Updated 4/26/04, accessed 5/10/04.
- 9) COLOMER J. Prevención del embarazo no deseado e Infecciones de Transmisión sexual en Adolescentes PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia.2003
- 10) Constitución Política del Ecuador,2008.
- 11) Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales del 4 de Noviembre de 1950, ratificado por España con fecha 26 de septiembre de 1979, y publicado en el Boletín Oficial del Estado de 10 de octubre de 1979.Revisado en conformidad con el Protocolo n° 11 (Fecha de entrada en vigor 1 de noviembre 1998)
- 12) Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990
- 13) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981
- 14) DEL ROSARIO L and et al. Impacto del Programa "Crecer en la adolescencia". *Rev.Cub.Med.Gen.Integral* 1999;15(1):32-5.GARCÍA I and et al. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. *Rev. Cubana MGI* 2002;18(2):5-12.
- 15) DIEGUEZ F. Embarazo en la adolescencia. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral].Villa Clara: Policlínica Santa Clara;1999.FERNÁNDEZ L and et al. Caracterización de la gestante adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 2004;30(2).
- 16) GONZÁLEZ A. La educación de la sexualidad. *Sexología y Sociedad*; 2000;8(19):4.GONZALEZ H. and et al. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. *Toko-Ginecol Prác* 2002;61:395-9
- 17) GOETE H. Adelato de la pubertad en Chile y el Mundo. *Revista Chilena de Pediatría*. 77(5); 456-465, 2006.
- 18) HERMIDA C. Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente. Memorias del II Congreso por la Salud y la Vida. CONASA. Cuenca 2007.
- 19) Hospital Enrique Garcés, Estadísticas Internas. 2007.
- 20) Hospital Enrique Garcés. Informe del Primer Festival Artístico Musical "Adolescentes Luchando por una vida", 17 de octubre de 2008.

- 21) INEC. Situación de la salud en el Ecuador. Indicadores básicos por región y provincia. Edición 2001. OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2002
- 22) ISSLER J. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 – Argentina. Agosto/2001 KAPRIO J and et al: Common genetic influences on BMI and age at menarche. *Hum Biol* 1995; 67: 739-53 MOLINA M, and et al. Embarazo en la adolescencia. *Rev Ciencia y Salud* 1997; 1: 25-9.
- 23) LANKOANDE J. Maternal mortality in adolescents at the University Hospital of Quagadougou. *Rev Med Brux* 2000; 20: 87-9.
- 24) LA ROSA L. Servicio diferenciado, servicio diferente: Gestión de la Atención de salud de las adolescentes y jóvenes en Chile y Perú. SPAJ, MINSA, Fundación Ford, Lima 2001.
- 25) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2004
- 26) MOLINA R. Enfoque de riesgo en Adolescentes Embarazadas. Universidad de Chile. 2000.
- 27) MSP. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2008.
- 28) PELAEZ J. Adolescencia y salud reproductiva. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 1999.
- 29) Municipalidad Distrital de Ate – Vitarte. Por Ada Paca Palao, M. Sc. Maternidad Adolescente: Un proyecto de intervención con éxito. Mayo 2007.
- 30) NUÑEZ H. Prevención y Atención del Embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud 1989.
- 31) Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Veeduría de la Mortalidad Neonatal. Informe # 1. 2008.
- 32) OMS Planificación familiar post-aborto guía práctica para administradores de programas ,1997.
- 33) OMS. Asamblea General. Declaración del Milenio, 13 de Septiembre del 2000. EVANS MA, Rosen LN. Demographic and Psychosocial risk factors for preterm delivery in an active duty pregnant adolescent population. *J Medicine* 2000; 165: 49-53
- 34) OPS/OMS. Boletín Informativo. Edición # 25. Marzo 2008.
- 35) PAPALIA, D. Psicología del desarrollo. Editorial Mc Graw Hill 7ma. Edición, Pág. 532-540; 601-608. 2005
- 36) PAPALIA, D. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición. Pág. 608-613. 2006
- 37) Pesse K y Paepe P. La investigación-acción y la investigación operativa: Herramientas para la investigación de los sistemas de salud. 1999.
- 38) SCARAMELLA L and et al. Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Rev Psychol* 2000; 34: 1233-45.
- 39) Red de Comunicadores Adolescentes de Nicaragua. Agosto 2008- Número #7 <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/iyouthday.htm>.
- 40) RIAS Red Intersectorial de Adolescencia y Sexualidad. “Consulta de Adolescentes registrada en instituciones de primer y segundo nivel del sector público del sur de Quito, Desde Octubre del 1998 a Septiembre de 1999”.
- 41) RIGOL O. Obstetricia y Ginecología. Ciencias Médicas. La Habana. 2004.
- 42) ROVERE M. Redes nómadas, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional. Ed. El Ágora, Córdoba. 2002
- 43) SOTO M and et al. Embarazo en la adolescencia, conocimientos sobre la sexualidad. *Rev Cubana Pediatr*, 2000; 90
- 44) STERN C. El embarazo en la adolescencia como problema público, una visión crítica. Salud Pública de México. Vol.39 n.2. Cuernavaca México, 1997.
- 45) TABARES F Estudio de la Identidad, Afectividad y características de la socialización en adolescentes. [Trabajo de Diploma]. UCLA;2000.

- 46) THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information*. New York, NY.; 2004
- 47) THE NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY. Teen Pregnancy, So What? Updated 2/04, accessed 5/11/04.
- 48) THE NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY. Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancys Link to Other Critical Social Issues. Washington, D.C., 2002.
- 49) TRUJILLO F. Estadísticas internas sobre mortalidad maternal en el HEG 2008.
- 50) TRUJILLO F and et al. Principales causas de mortalidad materna del Hospital del Sur Dr. "Enrique Garcés". Quito 2005.
- 51) Universidad de Chile. *Propuesta de políticas públicas para la prevención del embarazo en la adolescencia*. Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile 2000; 280-310.

16. ANEXO

ANEXO 1

Testimonios de los y las adolescentes

Mujeres adolescentes, no gestantes, con edades entre 15 y 16 años:

“Muy pocas veces las cosas se dicen directamente y al grano...en el colegio las cosas son muy aburridoras y no nos dicen nada”.

“Queremos escuchar súper directo las cosas, que nos digan las cosas como son, sin misterios, que las digan, conferencias buenas, sin tantos tapujos”.

Hombres adolescentes, no gestantes, con edades entre 15 y 17 años:

“Un adolescente queda en embarazo por falta de información adecuada, ansiedad, efectos de alcohol, promiscuidad, presión externa, presión psicológica y violación”.

“El efecto principal de un embarazo es el abandono de los estudios y el cambio de prioridades en los proyectos de vida”.

Mujeres adolescentes, no gestantes, con edades entre 15 y 16 años

“Cuando en la familia hay problemas, se busca refugio en el sexo (como se hace en las drogas), se busca una persona que pueda comprender problemas que uno tiene”.

“Temor a que la relación pueda terminar: por el amor a la otra persona se busca seguir y puede quedar embarazada”.

Hombres adolescentes, no gestantes, con edades entre 16 y 17 años:

“En el colegio los profesores tiemblan al hablar de sexo...les da vergüenza hablar de qué es un pene o una vagina...se llenan de mitos urbanos”.

“Dicen que si uno no ha tenido la primera relación sexual es gay o un tonto”.

Mujeres adolescentes, gestantes, con edades entre 14 y 16 años:

“Jamás pensé embarazarme tan joven, creo que ningún adolescente lo piensa realmente, mi exnovio dice que todavía se siente un niño, por eso su reacción desde que le di la noticia fue que termináramos.”

“El embarazo para los dos ha sido muy duro por que teníamos planes de estudio y no de ser padres”.

“Creo que fue en una fiesta, habíamos tomado y mi novio nunca usa condón por que dice que no se siente igual, yo no planificaba por que mis padres no están de acuerdo con eso, son muy católicos y de muchos principios.”.

Mujeres adolescentes, gestantes, con edades entre 14 y 16 años:

“Me puse nerviosa, no sabía que hacer, le conté a mi novio. El se puso muy feliz.”

“La idea del embarazo fue de él”.

“El embarazo es muy bonito pero que piensen primero las cosas antes de hacerlas”.

“Yo no sabía planificar, no sabía nada”.

ANEXO 3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA^{eee}
Componente Normativo de Atención Integral para Adolescentes
Protocolos de Atención Integral para Adolescentes

Proceso de Normatización del SNS
Subcomisión de Prestaciones del SNS
Área de Salud de la Adolescencia
Diciembre del 2008

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
O28	Hallazgo anormal en el examen prenatal de la madre
O28.0	Hallazgo hematológico anormal en el examen prenatal de la madre.
O28.1	Hallazgo bioquímico anormal en el examen prenatal de la madre.
O28.2	Hallazgo citológico anormal en el examen prenatal de la madre.
O28.3	Hallazgo ultrasonido anormal en el examen prenatal de la madre.
O28.4	Hallazgo radiológico anormal en el examen prenatal de la madre.
O28.5	Hallazgo cromosómico anormal en el examen prenatal de la madre.
O28.8	Otros hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre
O28.9	Hallazgos anormales no especificados en el examen prenatal de la madre

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
W 29	Otros signos, síntomas del embarazo – parto – puerperio
W 78	Embarazo
W 29	Embarazo no deseado

DEFINICIONES:

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	El embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años. Por la edad y condiciones psicosociales es considerado de alto riesgo, especialmente durante los dos primeros años de edad ginecológica.
CONTROL PRENATAL	Procedimientos y actividades que los equipos de salud ofrecen a la adolescente embarazada y su pareja, así como a sus familias, para identificar factores de riesgo biopsicosociales o enfermedades en la gestante que puedan afectar al curso del embarazo y la salud del recién nacido/a. Sus componentes son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna, peri y neonatal e información sobre sus derechos, con enfoques de interculturalidad, género y derechos.
PERÍODO PRECONCEPCIONAL	Es el cuidado de la salud integral de los/as adolescentes desde la etapa prepuberal hasta el final de su adolescencia, con énfasis en la promoción y prevención de la salud.

^{eee} Este capítulo solamente hace consideraciones complementarias a la norma de atención materna relacionadas con el manejo del embarazo en la adolescencia

<p>EMBARAZO DE ALTO RIESGO</p>	<p>Aquel que cursa con criterios de riesgo y debe recibir atención en los niveles II y III. El embarazo adolescente requiere servicios diferenciados y especializados, ya que aunque evolucione sin riesgo biológico ha sido considerado de alto riesgo, especialmente psicosocial.</p>
---------------------------------------	---

<p>Normas de atención a la adolescente embarazada:</p> <p>El personal institucional tratará de detectar y captar lo más tempranamente posible a toda adolescente embarazada y su pareja. Junto a agentes comunitarios voluntarios el personal promocionará la atención prenatal, informando sobre sus ventajas en toda oportunidad de contacto con la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las adolescentes gestantes necesitan más control que las adultas. Toda embarazada captada por el sistema, en cualquiera de sus niveles de atención, tendrá por lo menos 5 controles prenatales si el embarazo cursa sin complicaciones: 1 de diagnóstico y 4 de seguimiento, con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en el formulario de HC perinatal HCU. Form. #051. • Frecuencia de los controles: 1 en las primeras 20 semanas, 1 entre las 22 y 27 semanas, 1 entre las 28 y 33 semanas , 1 entre las 34 y 37 semanas y 1 entre las 38 y 40. • Si se presentan complicaciones, se harán los controles que sean necesarios. • Toda adolescente embarazada, desde su primer control prenatal, recibirá atención y seguimiento, con un trato humanizado, integral, multi e interdisciplinario que monitoree su evolución y detecte tempranamente complicaciones. • La consulta para adolescentes gestantes promoverá la corresponsabilidad de la pareja y de la familia
--

Criterios de Riesgo:

Se usará la H.C. perinatal CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU Form. #051, como registro adicional a la historia de adolescentes MSP – HCU Form. # 028. Se evaluarán los signos de alerta en este formulario (Protocolo de Referencia y contrarreferencia).

SECUENCIA DE ACTIVIDADES DEL MANEJO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



PREVENCIÓN, MANEJO Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN SUS DIFERENTES PERÍODOS

PERÍODO PRECONCEPCIONAL

- Los cuidados incluyen: abordaje de crecimiento y desarrollo normales, buen estado nutricional (evaluar anemia), desarrollo emocional, relación familiar y social, inicio de experiencia sexual, orientación y educación sexual, conocimiento y uso de anticoncepción, prevención de patología ginecológica y enfermedades de transmisión sexual (ETS), prevención de abuso sexual y embarazos no deseados, relaciones equitativas con los varones para la toma de decisiones.
- Informar sobre los derechos, especialmente los sexuales y reproductivos
- Indicar los beneficios de la postergación del inicio de las relaciones sexuales coitales: mientras más tarde comiencen será mejor, ya que estarán más maduros no solo biológica sino psicológica y socialmente, lo que facilitará la toma adecuada de decisiones.
- Orientar e informar a la familia sobre sexualidad, derechos, comunicación y la importancia de la educación a los hijos/as sobre el desarrollo sexual, responsabilidad, toma de decisiones, valores, autoestima y proyecto de vida.
- Realizar la historia clínica de adolescencia a todos los/as adolescentes del área de influencia. Simultáneamente, brindar una guía preventiva en los temas de actividad sexual, riesgo de embarazo, ETS y abuso sexual.
- Facilitar el conocimiento y acceso a métodos de anticoncepción, especialmente los de barrera e incluyendo los de emergencia, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos
- Recomendar ácido fólico suplementario para prevención de lesiones del tubo neural en mujeres en edad fértil, especialmente a las que podrían estar en riesgo de embarazo (vida sexual activa, noviazgo prolongado, autoestima baja, familias disfuncionales) y que no han tomado decisiones efectivas de usar anticonceptivos o de posponer actividad sexual.^{fff}

RIESGO DE EMBARAZO: CONSEJERÍA

DEFINICIÓN

La consejería es “un proceso interactivo que involucra a un consejero profesionalmente capacitado y a un cliente, y tiene el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del cliente” (Faiver, Eisengart y Colonna, 2000). El consejero y el cliente trabajan en conjunto como aliados, ayudando al primero a crecer al segundo y a cambiar a través de la fijación de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándoles a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva (ibid).

En el contexto de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, la consejería se conceptualiza como un encuentro en donde el proveedor actúa como facilitador de cambios de comportamiento, ayudando al joven a resolver un problema en una atmósfera comprensiva.

A través del proceso de toma de decisiones, el consejero puede ayudar a los jóvenes a mitigar un problema o desafío, expandir sus habilidades, restablecer un sentido de bienestar y corregir algunas conductas autodestructivas (Spain, 1988). La consejería trata con problemas que emergen en la vida cotidiana de los jóvenes, quienes frente a ellos necesitan a alguien que los escuche con empatía, que tenga información precisa sobre temas específicos—como salud sexual y reproductiva—y que pueda tener una actitud respetuosa sin juzgar sus preocupaciones.

1.1 ^{fff} Klein, Jonathan D. MD. MPH and the Committee on Adolescence. *Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues* <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/116/1/281>

Aspectos a considerar

- Es parte de la promoción y prevención de la salud en adolescentes.
- El objetivo es acompañar a los/as adolescentes para la toma de decisiones adecuadas sobre su sexualidad, evitar el embarazo no deseado y prevenir las consecuencias negativas del inicio de relaciones sexuales
- Fomentar relaciones de equidad entre varones y mujeres para evitar estereotipos de género.
- Informar y apoyar en la selección del método anticonceptivo más apropiado para ella/él y/o la pareja
- Considerar que muchos casos de embarazo en adolescentes pueden ser producto de violencia sexual. Investigar y atender estas situaciones
- Apoyar la permanencia o reinserción escolar.
- Fortalecer la estructuración o reestructuración del proyecto de vida

PERÍODO PRENATAL Y EMBARAZO

- Incluye control y evolución del embarazo, detección de factores de riesgo, detección y tratamiento precoz de patologías obstétricas y/o médicas, información y educación sobre el embarazo, parto, lactancia, maternidad/ paternidad adolescente, empoderamiento para la toma de decisiones sobre el futuro del hijo/a, capacidades personales, inserción o reinserción en el sistema educativo y/o laboral y prevención de futuros embarazos subsecuentes no deseados.
- Ofrecer atención multi e interdisciplinaria con personal de salud capacitado
- Referencias y contrarreferencia según riesgo a niveles de mayor o menor complejidad
- Adolescentes menores de 15 años necesitan acompañamiento y atención más cercana y especializada.

Muchas adolescentes carecen de apoyo familiar y/o de la pareja en el embarazo, y éste representa una sobrecarga emocional, psicosocial y física, lo que puede llevar a ocultarlo. Requieren apoyo especializado del equipo de salud capacitado y sensibilizado hacia sus necesidades y demandas.

CONTROL PRENATAL:

Actividades específicas: páginas 29 a 33 de la Norma y Protocolo Materno 2008

Actividades generales:

- Escribir la apreciación del riesgo en la nota inicial. Se hace una descripción desde lo individual, pareja y familia, pasando por lo biológico, social y psicológico. Tener paciencia, cuidado y claridad al revisar la Historia Clínica y llenar la evaluación de riesgo. Confirmar la información y hacer una primera discriminación del riesgo biopsicosocial. Poner particular énfasis en los aspectos nutricionales, funcionamiento familiar y relación de pareja, expectativas y proyecto de vida, sexualidad y riesgo obstétrico.
- Acompañar a la adolescente y/ o su pareja, en caso de que lo decidan, a comunicar a su familia sobre el embarazo si no están enterados y ayudar a generar una respuesta funcional frente al mismo
- Detección de riesgo: obstétrico y/o médico y referencias; psicológico, social, familiar, económico, legal, violencia sexual. Orientación y educación: parto y lactancia, paternidad/maternidad, adopción, anticoncepción.

- Valorar estado nutricional y suplementación, especialmente en adolescentes menores o con edad ginecológica⁹⁹⁹ menor a tres años, con carencias o malos hábitos nutricionales, jóvenes viviendo en la calle o institucionalizados, toxicómanos/os, con malnutrición crónica o con capacidades diferentes. Llenar los datos en las Historia Clínica Perinatal 0051 y de adolescencia CLAP-OPS/OMS-MSP 028, graficar y valorar el estado nutricional en el Formulario 006 MSP Curva de Rosso-Mardones.
- Apoyo de servicio social, psicológico y legal (abandono, explotación sexual, violencia intrafamiliar, disfunción familiar, abuso sexual, físico y psicológico).
- Organización de grupos de interaprendizaje entre pares o educación individual para la paternidad/maternidad, rol de padres, relación de pareja, prevención de violencia basada en el ejercicio de los derechos, educomunicación, afectividad, anticoncepción, empoderamiento para toma de decisiones, promoción del desarrollo integral del niño/a, lactancia, sexualidad, proyecto de vida.
- Apoyo para la permanencia, inserción o reinserción escolar .
- Trabajar con la adolescente, su pareja y su familia el plan de parto y posparto identificando señales de alarma.

INDICADORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

Personales

- **Edad menor de 15 años y/o con menos de dos años de edad ginecológica.**
- **Desconocimiento de la fecha de última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado).**
- **Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.**
- **Embarazo no deseado o no aceptado**
- **Antecedentes personales o familiares de enfermedad crónico degenerativa o discapacitante**
- **Con discapacidad**
- **Tentativa o intención de aborto.**
- **Trastornos depresivos, intento de suicidio**
- **Consumo de tabaco, alcohol o drogas.**
- **Antecedentes de feto muerto, malformado, aborto/s, parto prematuro**
- **Adolescentes viviendo con VIH positivo**

Familiares

- **Ausencia de pareja o sin apoyo familiar.**
- **Disfuncionalidad familiar**
- **Nutrición inadecuada.**
- **Violencia intrafamiliar**

Socioculturales

- **Pobreza**
- **Explotación laboral**
- **Abuso sexual o violación.**
- **Adolescentes viviendo en situaciones de alta vulnerabilidad (menores de 15 años, fuera del sistema escolar, indígenas y afros, viviendo en zona de conflicto, migrantes o hijos de migrantes, explotación sexual)**

Servicios de salud:

- **Barreras para el acceso a los servicios de salud (geográficas, económicas, culturales, sociales).**
- **Identificación y / o captación tardía de la adolescente embarazada**

⁹⁹⁹ Edad ginecológica (EGin) =edad cronológica menos edad de la menarca. Parámetro de maduración biológica femenina. Si la EGIN es menor a 3 el riesgo obstétrico se incrementa ya que los procesos femeninos de maduración ósea y hormonal aún no se han completado efectivamente.

PARTO Y POSPARTO

Procedimientos para el parto y post-parto

- Asegurar el cumplimiento del plan de parto, garantizando una adecuada referencia y contrarreferencia de acuerdo a los niveles de complejidad. Procurar que sea atendida por un equipo con capacitación, sensibilidad y experiencia con adolescentes.
- Brindar apoyo emocional durante el trabajo de parto y posparto
- Respetar el derecho de la adolescente en relación a su privacidad, pudor y prácticas culturales, acompañamiento de la pareja o familiar (según disponibilidad de la unidad operativa).
- Educación individual en el postparto inmediato sobre cuidados personales, lactancia, paternidad/maternidad, relaciones de equidad entre varones y mujeres, promoción del desarrollo integral del/a recién nacido/a.
- Consejería en aspectos legales y sociales
- **Control y seguimiento de la madre y del niño, de la pareja y de la familia**
- **Mediación para la reinserción al medio familiar, escolar, social y /o laboral.**
- Anticoncepción y prevención de embarazo subsecuente (durante el posparto inmediato o en el primer control de acuerdo a la evolución de riesgo)

El embarazo en la adolescencia, si bien puede tener riesgo obstétrico -sobre todo cuando no tiene un buen control prenatal- es básicamente un problema psicosocial asociado al deseo o no de ser madre o padre. La tarea del equipo de salud y de la red de apoyo es abordar los aspectos psicosociales, familiares, de pareja y legales.

COMPORTAMIENTOS PRENATALES DE RIESGO PARA EL VÍNCULO AFECTIVO Y MATERNAJE/PATERNAJE ADECUADOS

- Autoimagen negativa
- Preocupación excesiva por la apariencia física
- Problema psicológico y emocional
- Falta de preparación para el embarazo, el maternaje y paternaje
- Fluctuaciones extremas del humor y estado de ánimo
- Quejas somáticas excesivas
- Falta de apoyo de pareja y/o familia
- Dificultades en el ámbito escolar

COMPORTAMIENTOS POSTNATALES DE RIESGO PARA EL VÍNCULO AFECTIVO Y MATERNAJE/PATERNAJE ADECUADOS^{hhh}

- Dificultad para asumir responsabilidades
- Mal prendimiento y mala comunicación afectiva con su hijo
- Prácticas de lactancia inadecuadas
- Actitudes negligentes en el cuidado del bebé
- Negación de la maternidad/paternidad
- Dificultad para la toma de decisiones
- Búsqueda de afecto y/o apoyo económico en otras parejas
- Falta de toma de decisiones para planificación familiar y alto riesgo de nuevo embarazo.
- Ausencia de proyecto de vida. Dificultad para la reinserción escolar o laboral y riesgo de explotación y maltrato en su trabajo
- Dificultad para asumir rol materno y paterno

^{hhh} Naranjo P. J; El perfil de las Usuarías adolescentes del HGOIA. Documento Técnico # 2. Proyecto HGOIA – AECL. Op. Cit

Sugerencias para construir y mejorar la paternidad/maternidad

El equipo de salud puede conformar grupos de preparación para la paternidad/maternidad (Club de madres y padres adolescentes), que faciliten contención y ayuda mutua mediante un diálogo abierto y participativo sobre temas de interés para los/as adolescentes, como:

ACTIVIDAD	TRIMESTRE		
	1	2	3
Psicoprofilaxis del embarazo y parto			X
Estimulación intraútero y temprana			X
Promoción de la lactancia materna		X	X
Planificación familiar y salud reproductiva		X	X
Nutrición y crecimiento	X	X	X
Rol materno y paterno			X
Puericultura y cuidado del recién nacido			X
Educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva	X	X	X
Escuela para padres y comunicación familiar		X	X
Construcción de la relación en parejas jóvenes	X	X	X
Autoestima y toma de decisiones	X	X	X
Proyectos de inserción o reinserción laboral	X	X	X
Desarrollo del proyecto de vida	X	X	
Reinserción escolar y Orientación Vocacional		X	
Economía familiar		X	X
Orientación legal	X	X	X
Derechos, participación y ciudadanía		X	

El involucramiento de los hombres se incentivará al facilitar su participación en la consulta, porque tienen la oportunidad de objetivar el embarazo, construir su paternidad y asumirla.

Las familias también deberían participar en las consultas o en grupos de aprendizaje con padres, madres y eventualmente abuelas/os. Es un momento para reafirmar los apoyos existentes por parte del padre o madre de el/la adolescente, disminuir las tensiones e ir definiendo los roles.

SUGERENCIAS OPERATIVAS

- Colocar un letrero que identifique al/la profesional que trabaja en esa área y su horario de atención.
- El ambiente será agradable y de acogida para la adolescente, su pareja y su familia.
- Disponer de papelería adecuada para el cumplimiento de las normas de atención, así como de material educativo durante la consulta.
- Una pequeña pizarra de tiza líquida junto al escritorio facilita que el profesional pueda informar y explicar esquemáticamente algunas actividades o diagnósticos de las usuarias.
- El mobiliario de la consulta incluye un biombo y una sábana extra
- **Los tiempos de consulta serán adaptados a los requerimientos de las usuarias. La consulta por primera vez durará en promedio 30 minutos, y las subsecuentes de 20 a 25 minutos.**

- **Se puede diferir algunas partes de la entrevista o examen físico genital de acuerdo a la vinculación y el riesgo obstétrico de cada joven.**
- Las citas subsecuentes se acordarán y registrarán en el carné de citas con la adolescente y su pareja, y serán registradas en la postconsulta de enfermería
- Se tratará de tener las consultas siguientes, en lo posible, con el mismo profesional.
- Se hará una evaluación diaria del cumplimiento de las citas subsecuentes, y se reportará a Trabajo Social a las jóvenes que no acudieron, para su seguimiento.
- Las indicaciones terapéuticas, interconsultas con otras áreas, citas a la pareja o familia, el involucramiento en actividades grupales o educativas, deberán ser anotadas en las hojas de evolución y explicadas en detalle en la postconsulta de Enfermería y /o Trabajo Social.

SUGERENCIAS QUE GENERAN Y ASEGURAN CONFIANZA

- Diríjase a la adolescente, su pareja y su familia con cordialidad. Estreche sus manos, ubíquelos en los asientos e inicie el diálogo presentándose de manera agradable.
- Pregunte a la joven y su pareja cómo desean ser llamados. Encierre en un círculo el nombre de preferencia de la joven y anote el de su pareja.
- Dé una explicación sobre las características del servicio, actividades, su consulta, su rol y el porqué de la entrevista. Se puede entregar un plegable informativo sobre las actividades de la unidad.
- Haga preguntas secuenciales y dentro de contexto, no hable demasiado, escuche atenta y respetuosamente. Escriba lo necesario.
- Utilice técnicas de entrevista que favorezcan la confianza. Realice preguntas abiertas, en espejo, de interiorización. Evite frases punitivas o moralizantes. Sea positivo/a, apoye y tranquilice a la adolescente, pareja y su familia.
- Si bien el motivo de consulta suele estar claro (embarazo), se debe identificar los problemas que surgen como causa o consecuencia del mismo. Centrar la entrevista en los problemas prioritarios que aquejan a la joven y darles la importancia que requieran. Reconozca los mensajes y actitudes no verbales.
- Establecer límites y contención para las adolescentes inquietas o ansiosas. Apoyar a las adolescentes que entran en llanto o mutismo, y buscar formas alternativas de comunicación y acercamiento. Tener una actitud acogiente y comprensiva.
- Para el examen físico es importante preparar y explicar a la joven y su pareja o familiar presente los procedimientos y áreas del cuerpo que van a ser revisadas. La exploración ginecológica puede ser diferida para una consulta subsecuente.
- Se evaluará la oportunidad y el momento adecuado para la presencia de la pareja o de algún familiar para facilitar la confidencialidad. La asistencia de otras personas debe ser consultada con la joven.
- Trabajar con la pareja sus miedos y angustias sobre la paternidad.
- Los profesionales de la salud deben conocer las realidades locales y respetar sus prácticas culturales.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

Prevención, control prenatal, preparación pre-parto, detección de riesgo y referencia a niveles II y III. Seguimiento postnatal.

Nivel II

Diagnóstico y tratamiento de complicaciones, atención del parto, referencia a nivel III.

Nivel III

Atención del parto de alto riesgo en unidades especializadas, contrarreferencia a nivel I

