



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL  
DESARROLLO LOCAL**

**TEMA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**  
**“IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL  
ADOLESCENTE CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA, PARA MEJORAR LA COBERTURA A LOS  
SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL AIDA LEÓN DE  
RODRÍGUEZ LARA DE EL CANTÓN GIRÓN, 2010”**

Tesis de grado previo la obtención del  
título de Magister en Gerencia de  
Salud para el Desarrollo Local

**Autora: Dra. Katherine Salazar Torres.**

**Director: Dr. Fray Martínez Reyes.**

CUENCA-ECUADOR

2011

## CERTIFICACIÓN

Dr.  
Fray Martínez Reyes.  
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado "*IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PARA MEJORAR LA COBERTURA A LOS SERVICIOS DE SALUDEN EL HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA DEL CANTÓN GIRÓN,2010*"el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTP, por lo consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Cuenca, octubre2011.

.....  
Dr. Fray Martínez Reyes.

## AUTORÍA

Todas las ideas, afirmaciones, documentación, y proyecciones que constan en el presente trabajo investigativo, mismo que ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, octubre 2011

(f).....

## CESIÓN DE DERECHO

“Yo, Zoila Katherine Salazar Torres, declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte textualmente dice: “forman parte del patrimonio de la universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos, o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la universidad.

Cuenca, octubre 2011.

(f).....

Autora

## DEDICATORIA

Todo el esfuerzo y dedicación que he unido para la realización de la presente tesis, que en muchas ocasiones ha representado el sacrificio de mi familia, se ve recompensado con la satisfacción de haberla terminado, es por ello que la dedico con mucho cariño a esa parte especial de nuestras vidas que siempre nos apoya, LA FAMILIA, eje fundamental que ante la adversidad está siempre luego de una caída para ayudarnos a levantarnos y luchar con mejor visión.

*Hoy pienso en ti y recuerdo cuantas veces has llegado de improviso cuando más te necesitaba, que generoso has sido siempre conmigo con tu tiempo, siempre que necesito hablar me escuchas, siempre que necesito permanecer en silencio me entiendes, siempre que necesito de ti te encuentro, hoy pienso cuantas veces creíste en mí y solo por eso, en lugar de renunciar a mis metas, traté de alcanzarlas con más fuerza.*

Para Ustedes: José Antholiano Torres, Dolores Torres Rivas, Cristian Padrón, Romina Padrón Salazar.

**La Autora**

## **AGRADECIMIENTO**

Principalmente a mi Padre Celestial, quien nos acompaña siempre, le estaré agradecida infinitamente por toda la ayuda y salud que ha brindado a las personas que amo.

Agradezco además a todas aquellas personas que me apoyaron para la finalización de mi tesis, entre las cuales destaco al Dr. Fray Martínez, director de la tesis por guiarme en la realización de la misma y porque siempre estuvo para dilucidar mis inquietudes; y un agradecimiento muy grande y especial a mis padres, hermanos y mis amigos: Dr. Pablo Sigüenza, Dr. Klever García, Sra. Carmen Quezada y Sr. Marcelo Padrón quienes a través de la orientación y consejos son un pilar en mi vida, lo cual ha sido fundamental para la consecución de mis metas y objetivos.

Por último para aquellas personas que en menor o mayor grado me ayudaron para la realización y culminación de mi tesis.

**La Autora**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Cesión de Derecho.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
Resumen.....	1
Abstract.....	3
Introducción.....	5
Problematización.....	8
Justificación.....	11
Objetivos.....	13
Marco Teórico.....	14
Diseño Metodológico.....	62
Resultados.....	68
Conclusiones.....	81
Recomendaciones.....	82
Bibliografía.....	83
Anexos.....	87

**INDICE DE TABLAS**

Tabla 1.....	20
Total de partos eutócicos y por cesárea atendidos en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara de enero a diciembre del 2009.	
Tabla 2.....	23
Total de partos y cesáreas en el Hospital de Girón en el año 2010.	
Tabla 3.....	24
Edad de los adolescentes hospitalizados desde enero a diciembre del 2010	
Tabla 4.....	25
Morbilidad de los adolescentes hospitalizados de enero a diciembre del año 2010	
Tabla 5.....	27
Total de pacientes adolescentes embarazadas atendidas por consulta externa en el hospital Aida León de Rodríguez Lara de enero a junio del 2010.	
Tabla 6.....	28
Morbilidad de las adolescentes embarazadas atendidas por consulta externa del Hospital Aida León de Rodríguez Lara, de enero a junio 2010.	
Tabla 7.....	29
Distribución de alumnos por sexo y según curso, del colegio “Alejandro Andrade Cordero”, periodo 2009-2010.	

Tabla 8.....	30
Distribución de alumnos retirados por sexo y según curso, del colegio “Alejandro Andrade Cordero”, periodo 2009-2010.	
Tabla 9.....	31
Distribución alumnos que perdieron el año lectivo periodo 2009-2010 según curso, del colegio “Alejandro Andrade Cordero”.	
Tabla 10.....	73
Parte de atención por consulta externa de los adolescentes en el hospital de Girón, agosto - diciembre 2010.	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	19
Diez primeras causas de morbilidad en el Hospital de Girón, año 2009	
Gráfico 2.....	20
Atenciones Gineco-Obstétricas en el Hospital de Girón, año 2009	
Gráfico 3.....	22
Cirugías ginecológicas realizadas en el 2010 en el Hospital de Girón.	
Gráfico 4.....	26
Motivo de hospitalización de adolescentes en el área de ginecología, año 2010	
Gráfico 5.....	68
Profesionales capacitados en Atención Integral de la/los adolescentes y salud sexual y reproductiva.	
Gráfico 6.....	69
Atención prenatal primera y subsecuente de adolescentes en el hospital de Girón por consulta externa, desde enero a junio y agosto a diciembre 2010	
Gráfico 7.....	70
Total de la valoración de los PreCAPs en la unidad educativa Alejandro Andrade	

Gráfico 8.....	71
Total de la valoración de los PostCAPs en la unidad educativa Alejandro Andrade	
Gráfico 9.....	72
Capacitación de los docentes del colegio Alejandro Andrade Cordero en Salud Sexual y Reproductiva	
Gráfico 10.....	79
Debut sexual de los adolescentes del 2do y 3er año de diversificado del colegio Alejandro Andrade Cordero.	
Gráfico 11.....	80
Conductas de grupos de pares del 2do y 3ero diversificado del colegio Alejandro Andrade Cordero.	
Gráfico 12.....	109
Factores de riesgo para el embarazo en adolescentes según sus padres	
Gráfico 13.....	110
Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes según este grupo	
Gráfico 14.....	111
Causas del porqué de la inasistencia a la atención para Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.	

## ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1.....	74
Espacio definido y médico capacitado para la atención a los/las adolescente.	
Fotografía 2.....	75
Espacio en gestiones de recuperación para implementar la Atención Integral del Adolescente.	
Fotografía 3.....	76
Presentación de los resultados “Implementación de la Atención Integral de los Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva” en la Ilustre Municipalidad de Girón.	
Fotografía 4.....	77
Conformación, acuerdos y compromisos de los integrantes de la red de Atención integral al/los adolescentes del Cantón Girón.	
Fotografía 5.....	78
Reuniones de red de Atención integral al/los adolescentes del Cantón Girón.	
Fotografía 6.....	105
Aplicación del Taller de Salud sexual y Reproductiva	
Fotografía 7.....	105
Aplicación del Taller de Salud sexual y Reproductiva en el colegio Alejandro Andrade Cordero.	

Fotografía 8.....	106
Aplicación del Taller de anticoncepción en el colegio Alejandro Andrade Cordero.	
Fotografía 9.....	106
Grupo de adolescentes capacitados del colegio Alejandro Andrade Cordero que acuden a la atención preventiva.	
Fotografía 10.....	107
Adolescente firmando la asistencia a los talleres.	
Fotografía 11.....	107
Reunión con la Srta. Secretaria-Abogada del Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, para la invitación a la conformación de la red.	
Fotografía 12.....	108
Firma de los integrantes de la red de Atención Integral a los/las Adolescentes del cantón Girón.	

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1.....	87
Módulo educativo1. Talleres de capacitación para los/las adolescentes, adolescente embarazada en temas de salud sexual reproductiva, control prenatal y derechos de la mujer	
Anexo 2.....	91
Modulo educativo 2. Actualización para el equipo de salud de los protocolos de atención integral a los/las adolescentes, norma y protocolo materno, y desarrollo del programa de salud sexual y reproductiva.	
Anexo 3.....	94
Aplicación de pre- test en las unidades educativas en temas de saludsexual y reproductiva	
Anexo 4.....	96
Aplicación de post test en las unidades educativas. Evaluación de los Conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva	
Anexo 5.....	99
Aplicación de post test en el hospital de Girónpara las adolescentes.Evaluación de los conocimientos: tema sexualidad y revisión anatómica – funcional.	
Anexo 6.....	105
Aplicación de los talleres de capacitación en salud sexual y reproductiva, y formación de la red de atención integral para los Adolescentes.	

Anexo 7.....	109
Otros resultados que dieron los padres de familia y adolescentes durante los talleres y la consulta	
Anexo 8.....	112
Integrantes de la red de atención integral a los/las adolescentes.	
Anexo 9.....	113
Oficio de horarios definidos de atención a los adolescentes por consulta externa.	

## 1. RESUMEN

La disminución de la cobertura de los adolescentes a la atención médica, y el aumento de la morbilidad materna y perinatal, llevo al MSP a la formación de protocolos de atención Integral a los/las Adolescentes. Por lo tanto el Hospital implementó los programas con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, además, con el desarrollo de talleres en las unidades educativas del Cantón Girón, buscó ampliar la cobertura a los servicios de salud y mejorar la calidad de vida de esta población.

La población adolescente del cantón Girón es de 2859. En el Hospital durante el año 2009 hubo 227 partos, 71 (31%) fueron madres adolescentes y 71 (30.08%) en el año 2010 de 236 nacimientos; la menor edad observada fue 14 años. En este mismo año hubo de enero a junio 165 atenciones prenatales por consulta externa, 54 fueron de adolescentes que tuvieron controles prenatales inadecuados 41%, o no acudían, luego de la implementación de la atención integral, 75% acudían a la consulta subsecuente. La mayor asistencia de adolescentes es por el área de emergencia y solo cuando hay una patología existente, 155 fueron hospitalizados, 71 en labor de parto, 17 por complicaciones relacionadas al parto, 7 por intento de suicidio, 3 por aborto, 57 por otras causas.

El 80% del personal de salud desconocía las normas de atención integral a los/las adolescentes, 4 tenían capacitaciones previas, se capacito al 65% del personal que atiende en consulta externa. 54% de los estudiantes tenían un conocimiento deficiente en salud sexual y reproductiva, 56% son sexualmente activos y con conducta de riesgo, con los talleres se capacito al 80% de los alumnos y al 14% de los docentes. Se logró un espacio y un horario definido, se conformó la red de Atención Integral del Adolescente, que está integrada por: la

Municipalidad, el Hospital, Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, y Las Unidades Educativas del cantón Girón. Se concluyó que la educación mejora la calidad de vida de la población por incrementar la confianza y la cobertura a los servicios de salud.

## 2. ABSTRACT

The decrease in the coverage of adolescents to health care and increased maternal and perinatal morbidity has leadthe Public Health Ministry to the formation of health attention protocols for teens care. Therefore, the Hospital implemented the programs with emphasis on sexual and reproductive health, in addition, the development of educational workshops in the Giron health units, sought to expand coverage to health services and improve the quality of life in this population.

The adolescent population of Girón is 2859. In the Hospital during 2009 there were 227 births, 71 were from adolescents (31%), and 71 (30.8%) in 2010 from 236 births, the lowest observed age was 14 years old. In this same year from January to June there were 165 outpatient at prenatal care, 54 were adolescents who had inadequate prenatal care 41%, or did not come for attention, after the implementation of comprehensive care, 75% went to the subsequent consultation. Most adolescents are assisted in the emergency area and only when there is an existing condition, 155 were hospitalized, 71 in labor, 17 from complications related to childbirth, 7 suicide attempt, 3 for abortion and 57 from other causes .

80% of health workers did not know the rules of adolescent consulting care, 4 had prior training, 65% of staff attending outpatient were trained, 54% of students had a poor knowledge on sexual and reproductive health, 56% are sexually active and risk behavior, through workshops were trained 80% of students and 14% of teachers. It was achieved a defined space and time, the network for Comprehensive Adolescent Health Carewas formed, which includes: the municipality, the Hospital, the Council for Childhood and Adolescence and the educational units of Girón.

It was concluded that education improves the quality of life of the population through increasing trust and coverage to health services.

### 3. INTRODUCCIÓN

Adolescencia proviene del latín *adolesco-adolescere*, que significa crecer. Si todos los jóvenes tuvieran plena conciencia de su cuerpo, de su sexualidad, de qué es y qué significa estar embarazada o de contraer una enfermedad de transmisión sexual, en nuestro país no existirían cifras tan altas de mortalidad materno-infantil, adolescentes embarazadas, multiparidad, hijos no deseados, enfermedades de transmisión sexual. Lo recibido en la educación de los jóvenes se refleja casi de inmediato en las conductas en salud. Su actitud es transparente y son los mejores promotores de una conducta sana hacia la comunidad, actuando como agentes estimuladores de factores “resilientes”. Los métodos y los enfoques de la educación escolar de los jóvenes en los países en desarrollo no han avanzado al mismo ritmo que la ciencia, la tecnología, comunicaciones y cambios políticos ocurridos en el mundo (26).

Los jóvenes y los que son pobres tienen más dificultades para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Tienen barreras internas y externas. Las externas son las más poderosas: son las instituciones que no les dan atención. Los hospitales, las clínicas, los servicios están preparados para atender a adultos y no a los jóvenes. Al mismo tiempo, vemos que en la mayoría de las escuelas se demora la llegada de una educación sexual integral. Las consecuencias de esta situación son muy serias, entre ellas el embarazo no deseado, la maternidad precoz, el 80% de los adolescentes no utiliza ningún método anticonceptivo la primera vez que tiene relaciones sexuales y uno de cada cinco embarazos adolescentes ocurre en el primer mes de iniciadas las relaciones, mientras que uno de cada dos, en los primeros seis meses (21).

Hoy en día no podemos criticar la decisión de una mujer o de un hombre de tener relaciones sexuales antes del matrimonio, tampoco a aquellas personas

que han tenido varias parejas sexuales, pero lo que sí queremos es educar para que el acto sexual se lleve a cabo bajo ciertas condiciones tales como: tener una pareja estable, conocer bien el ciclo menstrual de la mujer, que días son y no fértiles, protegerse para evitar embarazos no deseados, protegerse de las enfermedades de transmisión sexual, estar seguros de que uno quiere tener relaciones sexuales con la pareja y estar seguros de que no nos vamos arrepentir, tomar en cuenta que el enamoramiento no es una relación estable, y si decidimos tener relaciones sexuales con esa pareja inestable es muy posible que luego vengan sentimientos de arrepentimiento y de pérdida de la dignidad.

El termino salud sexual y reproductiva, en general lleva una serie de asociaciones, desde las más restrictivas que enfocan el problema del aborto y de la anticoncepción hasta los enfoques de derecho reproductivos de la mujer; con la atención del adolescente en nivel primario, disminuye la morbilidad y aumenta la atención en ginecología preventiva , se produce un aumento en la detección precoz y referencia de muchas patológicas ginecológicas que solo serán detectadas en la adulta joven con consecuencias irreparables.

La meta que procuramos alcanzar con la implementación de los programas de atención integral a adolescentes y la capacitación con módulos educativos, es para atender con calidad y calidez a este grupo poblacional, fortalecer y mejorar sus conocimientos en salud sexual y reproductiva, preparar a los futuros padres, evitar la ignorancia y los embarazos no deseados, las enfermedades sexualmente transmisibles, eliminar el temor a lo desconocido y además instruir a las embarazadas para que sus partos sean atendidos por personal capacitado.

Los objetivos específicos fueron:

- Capacitar al equipo de salud para la implementación del Programa de Atención Integral a Los adolescentes en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara del Cantón.
- Mejorar en los/las adolescentes de las unidades educativas los conocimientos, actitudes y prácticas positivas en Salud Sexual y Productiva, y Derechos de la Mujer.
- Definir espacios y tiempos para la atención diferenciada a la población adolescente del Cantón Girón
- Establecer una red con las instituciones involucradas para la atención coordinada de la población adolescente del Cantón Girón

#### 4. PROBLEMATIZACIÓN

En los últimos años, se produjo en el Ecuador una más amplia divulgación del uso de anticonceptivos. Las cifras muestran, en un grupo de 2.556 mujeres entre 15 y 24 años, activas sexualmente, que solo el 48,7% usa anticonceptivos. Este índice es menor al que se registra en otros países de América Latina. El uso de anticonceptivos, además, difiere según los niveles de acceso educativo de las mujeres (1).

En el Ecuador, dos de cada diez chicas son sexualmente activas, e iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años. Según los adolescentes, casi siete de cada diez mujeres adolescentes tienen relaciones sexuales. Y prácticamente todos, varones y mujeres adolescentes, conocen casos de chicas de su entorno que han quedado embarazadas. Algunas terminan siendo mamás, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen el bebé. Las dos restantes acuden al aborto. En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de chicas que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es muy mal tolerada (1).

Para el 2005 la población de adolescentes en el Ecuador es de 2734.821 que representa el 20.69% en relación a la población total, grupo comprendido entre 10 – 19 años, y la población de mujeres adolescentes representa el 21.4% (4). Dos de cada tres adolescentes sin educación en Ecuador son madres o están embarazadas por primera vez, una estadística que despertó la alarma en el Gobierno, que emprendió una campaña de control de la natalidad criticada por la Iglesia católica. La tasa de fecundidad adolescente en Ecuador es la más

alta de la región andina. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74 % y en mayores de 15 años es del 9 % (19).

Al revisar las estadísticas en el año 2001 (INEC) el número de egresos hospitalarios fue 89572 y de estos 67.543 corresponden a mujeres de 10 a 19 años de edad 75.4%, siendo sus primeras causas las relacionadas al embarazo, parto y puerperio). Respecto a la educación en el 2003 indican que solo 72% de adolescentes de 12 a 17 años están inmersos en el sistema escolar. La amenaza a las oportunidades educativas de los/las adolescentes es el ingreso temprano para cumplir con actividades laborales.

La falta o insuficiente educación sexual influye en el inicio precoz de las relaciones sexuales en los adolescentes (antes de los 15 años) esto añadido al no uso de medidas de protección en este tipo de relación ha determinado el apareamiento de embarazos precoces es su gran mayoría no deseados y el incremento en el número de casos de ITS/SIDA (29). Lo expuesto pudo ser confirmado cuando se aplicó un test en 177 alumnos del colegio Alejandro Andrade evaluados desde el mes octubre 2010 a marzo 2011, 54% de los estudiantes tenían un deficiente conocimiento en salud sexual y reproductiva, 56% con actividad sexual y de riesgo, solo el 4.5 % de los docentes tenía capacitación para la atención de los/las adolescentes y en salud sexual.

La población adolescente del cantón Girón es de 2859. En el Hospital durante el año 2009 hubo 227 partos, 71(31%) fueron de adolescentes y 71 (30.08%) en el año 2010 de 236 nacimientos; la menor edad observada fue 14 años, a 112 madres se les hizo episiotomía, lo que significa que se la está realizando de manera rutinaria, más aún en primigesta, sin aplicar la NORMA Y PROTOCOLO MATERNO DEL MSP.

En este mismo año hubo de enero a junio 165 atenciones prenatales por consulta externa, 54 fueron de adolescentes con controles subsecuentes inadecuados, solo el 41% acudían; y no tenían una información adecuada de las complicaciones que la gestación representa en estas edades y que contribuyen al incremento de la morbi-mortalidad materna y perinatal, más aún si su embarazo fue no planificado, por un inadecuado consejo y asesoría sobre anticoncepción. La mayor asistencia de los adolescentes es por el área de emergencia y solo cuando hay una patología existente, 155 fueron hospitalizados, 71 en labor de parto, 17 por complicaciones relacionadas al parto, 7 por intento de suicidio, 3 por aborto, 57 por otras causas. El 80% del personal de salud desconocía las normas de atención integral a los adolescentes, 4% tenían capacitaciones previas; así también el hospital no dispone de un espacio y un horario de atención definidos, y no existe una red de Atención Integral del Adolescente en el cantón Girón.

Este proyecto consistió en la implementación de los protocolos de Atención Integral a los/las adolescentes del MSP, y al desarrollo de talleres sobre: información, orientación y prevención, en temas de salud sexual y reproductiva, para los colegios del cantón Girón, y así contribuir para mejorar la calidad de vida de los adolescentes e incrementar el acceso a los servicios de salud con una atención diferenciada en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara, por lo que se capacito al personal, se adecuan los espacios, se fijó horarios, y junto con la formación de la red existe apoyo multidisciplinaria e interinstitucional.

## 5. FUNDAMENTACIÓN O JUSTIFICACIÓN

Mantener una postura rígida o cerrada en torno a la vida sexual no ayuda. "Hablar del tema con naturalidad hará que los hijos encaren su sexualidad de manera responsable. Conversar con naturalidad, aprovechando los disparadores cotidianos, desde la infancia misma es la mejor manera de prevenir. El diálogo hace consciente las motivaciones que llevan a elegir una vida sexual activa y pone sobre la mesa los cuidados necesarios para evitar riesgos" (9).

La educación sexual desde el punto de vista científico es importante como se comprobó en veinte y siete escuelas representante en Inglaterra, con más de 9.000 alumnos de 13 a 14. Las escuelas fueron aleatorizados para recibir educación sexual. Para las sesiones utilizó métodos participativos de aprendizaje diseñado para mejorar las habilidades de los alumnos más jóvenes en la comunicación sexual y el uso del condón y su conocimiento sobre el embarazo, infecciones de transmisión sexual (ITS), la anticoncepción y los servicios locales de salud sexual. Cerca de 500 padres de familia fueron informados sobre la investigación y se les invitó a examinar el cuestionario del estudio. 90% de los cuestionarios fueron evaluados de todas las escuelas. Al inicio del estudio, la mayoría de los alumnos de 9 años quería más información acerca de una amplia gama de cuestiones sexuales, el trabajo de los grupos focales indicaron considerable entusiasmo por la educación. Se concluyó que la educación sexual tuvo un enfoque positivo para la reducción de prácticas sexuales de riesgo entre los jóvenes (17).

Con este proyecto de Atención Integral de los adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, se propone un cambio de perspectiva a partir de un enfoque centrado en los/as adolescentes sanos/as, sus derechos, capacidades y necesidades básicas de aprendizaje para el auto-cuidado de su

salud. Considerar que en la salud intervienen no sólo las acciones de cuidado que realizan los servicios de salud, sino también y en igual medida, las acciones de autocuidado/cuidado mutuo que realizan los/as adolescentes, a partir de las informaciones y apoyo que obtienen de su red social y que resultan sustantivas a la hora de tomar decisiones respecto de su propia salud y la de los demás.

Por lo expuesto, he creído oportuno el implementar los programas de atención integral a/los adolescentes en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara del cantón Girón, y al desarrollo de talleres de capacitación en temas de Salud Sexual y Reproductiva, dirigido para el equipo de salud, a la población adolescentes y la embarazada.

Por lo tanto, Las conversaciones eficaces con el/la adolescente y su familia pueden contribuir a aumentar la confianza que el/la deposite en sus proveedores de Salud. El adolescente que desarrolla una complicación, le puede resultar difícil hablar con el proveedor de salud y explicarle su problema. Conversar con el adolescente de forma respetuosa y hacer que se sienta cómodo es una tarea que incumbe a todo el equipo de salud.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 General**

Implementar el Programa de Atención Integral al Adolescente, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara del Cantón Girón, para incrementar la cobertura a los servicios de salud y mejorar la calidad de vida de la población.

### **6.2 Específicos**

- Capacitar al equipo de salud para la implementación del Programa de Atención Integral a Los adolescentes en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara del Cantón.
- Mejorar en los/las adolescentes de las unidades educativas los conocimientos, actitudes y prácticas positivas en Salud Sexual y Productiva, y Derechos de la Mujer.
- Definir espacios y tiempos para la atención diferenciada a la población adolescente del Cantón Girón
- Establecer una red con las instituciones involucradas para la atención coordinada de la población adolescente del Cantón Girón

## 7. MARCO TEORICO

### 7. 1 Marco Institucional

**7.1.1 Aspectos geográficos del Cantón Girón.**Girón tomo su nombre del conquistador Capitán Francisco Hernández Girón, quién formó parte del ejército que acompañaba a Sebastián Benalcázar en la toma de Quito en 1534.

**7.1.2 Ubicación.**Está ubicado dentro de la Hoya de Girón o Jubones; al sur de la Provincia del Azuay, a 44 km desde la ciudad de Cuenca, a una altitud de 2162 metros sobre el nivel del mar, con una superficie de 337 Km cuadrados. Su división política es de 3 parroquias: una parroquia urbana Girón y 2 parroquias rurales San Gerardo La Asunción. La temperatura oscila entre 8 – 15 °C y su clima es frío-húmedo. El 27 de Febrero de 1829 se firma el tratado de Girón, y el 1 de Septiembre de 1852 pasa a formar parte de la provincia del Azuay, el 26 de marzo de 1897 se conforma como cantón, nombrada “Ciudad Patrimonio del Estado” en diciembre de 2006.

**7.1.3 Dinámica poblacional.**La población de Girón es de 12615 habitantes y de ellos el 54% es femenina, y el 46% es masculino, en el área urbana esta el 27.96% y en las aéreas rurales 40.57%, en San Gerardo y la Asunción el 31.47% con una densidad poblacional de 37.4 hab/Km2 (INEC 2001).

Escuelas:

- 27 de Febrero.
- Juan José Flores.

- Agustín Crespo Heredia.
- Abraham Barzallo.
- 

#### Colegios.

- Alejandro Andrade Cordero.
- Ciudad de Girón.
- Rafael Chico Peñaherrera.

**7.1.4 Hospital.** El 20 de diciembre de 1974, se inaugura el Hospital Aida León de Rodríguez Lara, dotado de equipos necesarios para brindar una mejor atención a la ciudadanía, dando prioridad a la consulta externa, vacunación, control prenatal, y partos. Es un Hospital concebido como una empresa social de servicios de salud sin fines de lucro, eficiente, eficaz, y que responde a las necesidades de la gente, que busca mejorar la productividad social con calidad técnica – óptima y calidez humana, con resultados a tiempo, en tiempo correcto, sin costos y con satisfacción del paciente. Entra en funcionamiento el servicio de Hospitalización el 3 de abril de 1975, con una capacidad de 15 camas distribuidas de la siguiente manera:

- Sala de mujeres con 5 camas para la especialidad de medicina interna, pero cuando existía un número mayor de mujeres que daban a luz se compartía, igual con paciente que debían ser intervenidas quirúrgicamente.
- Sala de hombres con 5 camas para la especialidad de medicina interna y pacientes sometidos a cirugías.
- Sala de gineco-obstetricia con 3 camas para paciente en labor de parto y postparto y patología ginecológica.

- Sala de pediatría con dos cuneros para la hospitalización de niños con patología.

Ante la necesidad de aumentar el número de camas se comenzó a intercalar estas en los espacios de circulación de las salas, para poder satisfacer la demanda de pacientes que necesitaban ser internados.

El 9 de diciembre del 2007, se inaugura la ampliación de dos salas con una capacidad de 6 y 4 camas respectivamente, se reubica la sala de pediatría y se instala 3 camas más, se adecua una sala de aislamiento para pacientes inmunodeprimidos o con patologías que pueda causar contaminación y por último una sala de dos camas para pacientes que se encuentran en labor de parto.

Al momento cuenta con un número de 25 camas en total. Este incremento de camas no solo se debe a la mayor población, de acuerdo a las estadísticas, las personas de 65 años o más se han incrementado a 4,7% en el año 2000 con un crecimiento estudio anual de 1,9%. Las tasas de mortalidad más alta en ambos sexos corresponden a las enfermedades del aparato cardiovascular.

- **Misión:** Es un Hospital de especialidades para la familia en general, de segundo nivel de atención, integrado al Sistema Integral de Salud, que brinda atención de calidad y calidez a la población del Cantón, la Provincia y la Región.
- **Visión:** Contribuir al mejoramiento del nivel de Salud y la calidad de vida de la población del cantón de Girón, mediante actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud, así como del fomento de las condiciones que influyen en la determinación de los problemas de salud de la familia.

- **Organización administrativa**

- **Cartera de servicios**
  - ✓ Consulta Externa
  - ✓ Hospitalización
  - ✓ Emergencia
  - ✓ Auxiliares de Diagnóstico
  - ✓ Apoyo Técnico
  - ✓ Apoyo Administrativo
  - ✓ Promoción y Educación Comunitaria.

La atención Médica por Especialistas: Medicina Interna (2), Ginecología (3), Pediatría (2), Cirugía (2), Odontología (3), Laboratorio Clínico (2), se realiza de lunes a viernes de 8h00 a 16h30, y los domingos de 8h00 a 13h00. La atención en emergencia es de 24 horas.

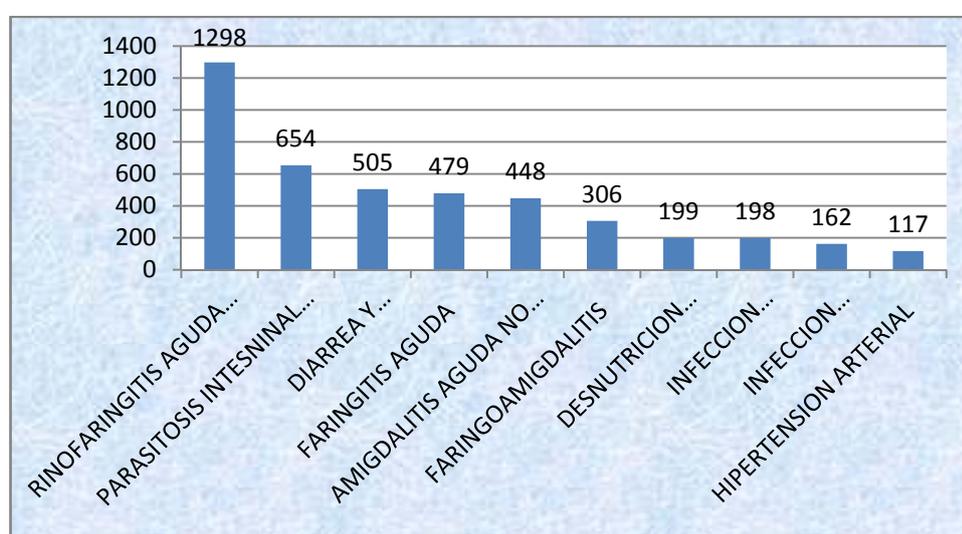
#### **7.1.5 Situación de salud enfermedad de la población**

En el perfil de morbilidad, coexisten problemas asociados con el subdesarrollo y otros relacionados con la "modernidad". Entre los primeros predominan: las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, malaria, tuberculosis pulmonar, enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición global, desnutrición crónica y anemia (ver gráfico 1).

Entre los segundos: las enfermedades cerebro vasculares, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hipertensivas, accidentes de transporte, diabetes mellitus, agresiones y tumores malignos, SIDA y problemas de salud mental.

Los principales factores de riesgo para la salud siguen siendo los relacionados con el hacinamiento en las viviendas, la contaminación ambiental, la mala calidad del agua, las deficiencias nutricionales, y el incremento de la violencia y la inseguridad.

**Gráfico 1. Diez primeras causas de morbilidad en el Hospital de Girón, año 2009**



Fuente: departamento de estadística. Hospital Girón  
Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

El problema del agua y la recolección adecuada de desechos sigue siendo uno de los problemas que tiene la comunidad y es motivo de la adquisición de enfermedades gastrointestinales, a pesar que el cantón Girón es ganadero y agrícola, se observa niños con desnutrición, esto se asocia a la migración de los padres quedando los niños al cuidado de terceras personas, también los cambios climáticos afectan a la salud de la población haciéndose presentes patologías respiratorias. Estas enfermedades se observaron con la misma frecuencia en el año 2010.

**Tabla 1. Total de partos eutócicos y por cesárea atendidos en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara de enero a diciembre del 2009.**

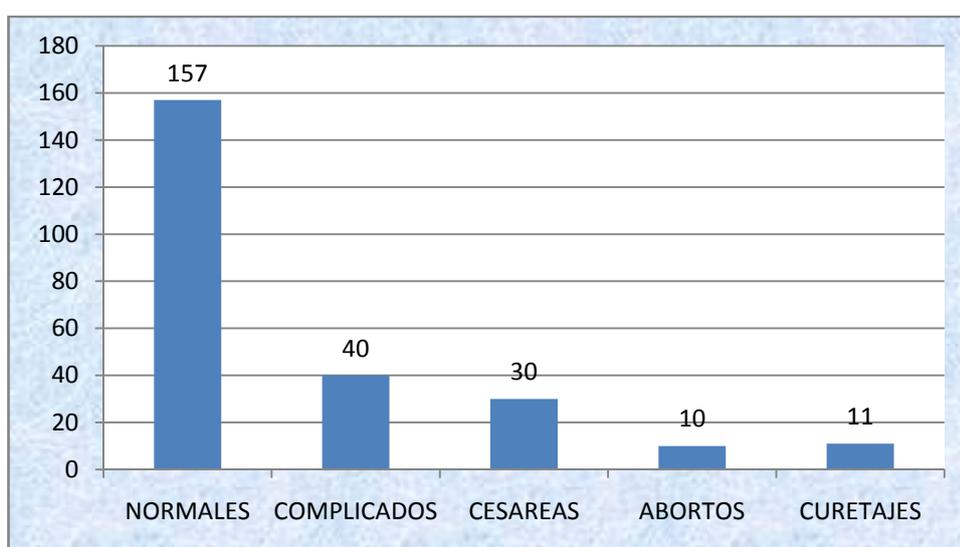
Mes	Madres Adolescentes	%	Madres Adultas	%	Total	%
Enero	7	9.9	25	16.0	32	14.1
Febrero	5	7.0	12	7.7	17	7.5
Marzo	6	8.5	9	5.8	15	6.6
Abril	5	7.0	11	7.1	16	7.0
Mayo	8	11.2	21	13.5	29	12.8
Junio	4	5.6	7	4.5	11	4.8
Julio	7	9.9	13	8.3	20	8.8
Agosto	3	4.2	17	10.9	20	8.8
Septiembre	6	8.5	11	7.0	17	7.5
Octubre	5	7.0	9	5.8	14	6.2
Noviembre	6	8.5	6	3.8	12	5.3
Diciembre	9	12.7	15	9.6	24	10.6
<b>Total.</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>	<b>227</b>	<b>100</b>
					<b>nacimientos</b>	

Fuente: departamento de estadística. Hospital Girón  
Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

En los meses de enero, mayo y diciembre hubo más nacimientos; las adolescentes no planifican su embarazo, por lo tanto no escogen la fecha probable del parto de sus hijos, pero los nacidos en el mes de mayo coinciden con las vacaciones escolares de los adolescentes en el mes de agosto y los que nacen en el mes de diciembre coinciden con las fiestas cantonales. Aunque este análisis no es significativo porque igual número se observa en las adultas. 197 tuvieron parto eutócico y a 30 usuarias se les realizó parto por cesárea. La menor edad observada fue de 14 años, se atendió el parto del segundo y tercer hijo de madres cuyas edades tenían 19 y 18 años; hubo un caso de una madre de 15 años que tenía 2 abortos previos. Cuando acudieron a los controles prenatales la mayoría respondió que fue un embarazo no

planificado, y en su debut sexual no usaron métodos anticonceptivos, la mayoría quedó embarazada dentro del primer mes de iniciada la actividad sexual y el resto en los siguientes 6 meses, otras pensaron que la lactancia y la falta de menstruación las protegería del siguiente embarazo, e informaron que luego del alta no se les dio un adecuado consejo y asesoría sobre planificación familiar.

**Gráfico 2. Atenciones Gineco-Obstétricas en el Hospital de Girón, año 2009**

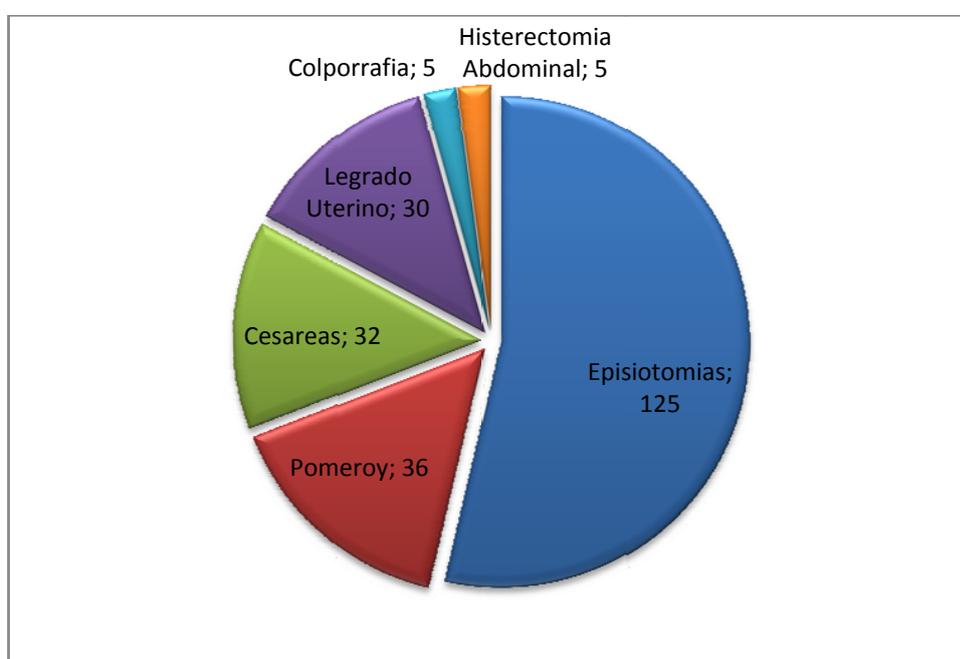


Fuente: departamento de estadística. Hospital Girón  
Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

El Hospital tiene una buena cobertura en ginecología, más aún para la atención de las gestantes, esto por encontrarse en la cabecera cantonal y con acceso geográfico adecuado; se atendieron: 156 adultas (68.7%), y 71 (31.3%) adolescentes que tenían la mayoría controles prenatales incompletos, periodo intergenésico corto, desnutrición antes y durante la gestación, 197 pacientes terminaron su gestación con parto eutócico, a 112 pacientes se les realizó

episiotomía, procedimiento que actualmente no es recomendado por MSP y la OPS. Hubo 8 casos de recién nacidos de bajo peso, 3 de ellos eran de madres adolescentes con peso bajo.

**Gráfico 3. Cirugías ginecológicas realizadas en el 2010 en el Hospital de Girón.**



Fuente: departamento de estadística. Hospital Girón  
Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

En el 2010 hubo 236 nacimientos, 165 de adultas y 71 de adolescentes, 204 fueron partos eutócicos, e igualmente se observó la realización de episiotomía, y en mayor número si comparamos con el año 2009; el 12.7% de las adolescentes su gestación terminó por cesárea, 2 por primigestas temprana, y otras por distocia en la presentación y por el canal pélvico,

aunque es un número bajo de cesáreas, el embarazo en las adolescentes altera su proyecto de vida y sigue siendo de alto riesgo.

**Tabla 2. Total de partos y cesáreas en el Hospital de Girón en el año 2010.**

MADRES	PARTOS	CESAREAS	TOTAL	%
<b>Adultas</b>	142	23	165	69.92
<b>Adolescentes</b>	62	9	71	30.08
<b>Total</b>	204	32	<b>236</b>	100

Fuente: departamento de estadística. Hospital Girón  
Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

La población adolescente (10 a 19 años) del cantón Girón es de 2859. El Hospital tiene registro de estas edades a la atención médica del 4.5%, y de este porcentaje el 58.7% son por la atención del embarazo y sus complicaciones. La menor edad observada fue 14 años. Pero luego que se comenzó a fomentar la atención integral, mejoró la confianza del hospital y se consiguió incrementar los controles prenatales subsecuentes a partir del mes de agosto (ver gráfico 6).

### 7.1.6 Perfil epidemiológico de los adolescentes atendidos en el hospital de Girón en el año 2010

En el año 2010, se observó un total de 155 adolescentes que fueron hospitalizados por diversas patologías, y las edades varían desde los 10 años que corresponde a la adolescencia temprana, hasta los 19 años que es la adolescencia tardía y fin de la misma.

**Tabla 3. Edad de los adolescentes hospitalizados desde enero a diciembre del 2010**

ETAPA ADOLESCENCIA	NUMERO	%
<b>Adolescencia temprana</b> 10 – 13 años.	21	13.55
<b>Adolescencia intermedia</b> 14 – 16 años.	41	26.45
<b>Adolescencia tardía</b> 17 – 19 años.	93	60.00
<b>Total :</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Registros del Departamento de estadística.

En los registros de los partes diarios, indican, que los varones de 10 – 13 años acuden acompañados por sus padres a la consulta de pediatría, y los que se encuentran en edades de 14- 19 años, solo acuden al hospital por el área emergencia y cuando se sienten realmente enfermos, y no asisten a la

consulta externa para recibir información en temas de Salud Sexual y Reproductiva. El 58.72% de las adolescentes hospitalizadas estaba embarazada, a 3 (1.94%) se les realizó legrado instrumental por aborto incompleto y su edades estaban entre los 14 y 15 años.

**Tabla 4. Morbilidad de los adolescentes hospitalizados de enero a diciembre del año 2010.**

MORBILIDAD	NUMERO DE CASOS	%
Parto eutócico	56	36.13
Cesárea	9	5.81
Intento de suicidio	7	4.52
Parto Distócico	6	3.87
Hernias	5	3.23
Apendicitis	4	2.58
Excéresis de Lipoma	4	2.58
Gastroenteritis	4	2.58
Excéresis de Verrugas por VPH	4	2.58
Abscesos	3	1.93
Pielonefritis	3	1.93
Abortos	3	1.93
Excéresis de Nevus	3	1.93
Epilepsia	3	1.93
Celulitis	2	1.29
Excéresis de Queloides	2	1.29
Parafimosis	2	1.29
Otras Patologías que complican al embarazo	17	10.98
Otras	18	11.61
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>99.99</b>

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Registros del Departamento de Estadística.

La razón de hospitalización del 45.8 % (71) de adolescentes fue para la atención de sus partos, igual número si comparamos con el año 2009, 12.8 %

por complicaciones relacionadas a la gestación. Se estipuló durante la consulta ginecológica y por atención en el área de emergencia, que la falta o insuficiente educación sexual influye en el inicio precoz de las relaciones sexuales en los adolescentes, esto añadido al no uso de medidas de protección ha determinado el aumento de embarazos no planificados, incremento de enfermedades sexualmente trasmisibles, con riesgo de morbilidad materna y perinatal, así también se observó el incremento de trastornos mentales que llevan al adolescente infringir sobre su salud, hubo 1 caso que murió por ahorcamiento y otro por intoxicación con órganos fosforados.

**Gráfico 4. Motivo de hospitalización de adolescentes en el área de ginecología, año 2010**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: partes diarios.

71 pacientes adolescentes acudieron para la atención de su parto, 19 presentaron complicaciones en el embarazo que las llevó a ser hospitalizadas con una permanencia de 3 a 7 días. La mayoría no contaba con controles

prenatales adecuados, no se realizaban los exámenes cuando estos eran solicitados, y acudían solo cuando presentaban alguna sintomatología. Algunas reingresaron y otras fueron transferidas a un hospital de alta complejidad por necesidad de neonatología.

**Tabla 5. Total de pacientes adolescentes embarazadas atendidas por consulta externa en el hospital Aida León de Rodríguez Lara de enero a junio del 2010.**

Mes	Número	%
Enero	17	31.4
Febrero	12	22.2
Marzo	8	14.8
Abril	5	9.3
Mayo	7	13.0
junio	5	9.3
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: partes diarios.

En los 6 primeros meses del año 2010, hubo un total de 165 controles prenatales por consulta externa, 32.72 % (54), fue de pacientes adolescentes, la menor edad observada fue de 14 años, 32 acudieron por primera vez, pero luego sus controles prenatales subsecuentes eran inadecuados, o no acudían, Durante la entrevista, algunas gestantes y sus acompañantes informaron que: el horario, la desconfianza, el maltrato, la atención no diferenciada, la falta de medicación, las vacaciones y el cambio del personal, eran las causas de la inasistencia a los nuevos controles.

**Tabla 6. Morbilidad de las adolescentes embarazadas atendidas por consulta externa del Hospital Aida León de Rodríguez Lara, de enero a junio 2010.**

MORBILIDAD	NUMERO DE CASOS	%
Infección de las vías urinarias.	17	31.4
Leucorrea patológica	9	16.7
Bajo peso	7	13.0
Anemia	5	9.3
Sobrepeso	2	3.7
Sin patología	14	25.9
Total	54	100

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Historias Clínicas.

En las adolescentes embarazadas que continuaron con los controles prenatales y quienes se realizaron los exámenes complementarios, se les logró diagnosticar un importante número de infecciones de vías urinarias (17), y de estas 6 fueron hospitalizadas, y el germen más frecuentemente encontrado fue el Enterobáctér Aerógenes, seguido de la Escherichia Coli, y hubo 1 caso de Klebsiella. Posteriormente no se les hizo seguimiento con otros cultivos pues no se los realizaban. La leucorrea patológica encontrada fue por Cándida Albicans, confirmada por laboratorio. 14 de las 54 adolescentes no presentó patología, pero cabe recalcar que muchas no se realizaban los exámenes o no acudieron a nuevos controles. En 3 pacientes con bajo peso se observó retardo de crecimiento en los productos de la gestación.

### 7.1.7 Situación académica de los adolescentes del colegio “Alejandro Andrade Cordero” 2009-2010

#### 1. Generalidades

- Colegio: mixto.
- Ciclos: básico y diversificado.
- Dependencia: Fiscal
- Cursos: 8
- Número de maestros: 22
- Número de Padres de Familia: 177
- Número de Alumnos Matriculados: 203  
(Ciclo básico: 112, diversificado: 91).

**Tabla 7. Distribución de alumnos por sexo y según curso, del colegio “Alejandro Andrade Cordero”, periodo 2009-2010.**

<b>CURSO</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>%</b>	<b>MUJER</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
OCTAVO DE BASICA	24	17.4	10	15.9	34	16.7
NOVENO DE BASICA	29	20.7	10	15.9	39	19.2
DECIMO DE BASICA	27	19.3	12	19.0	39	19.2
PRIMER AÑO DE DIV COMUNES	30	21.4	7	11.1	37	18.2
SEGUNDO AÑO DIV PILIVALENTE ICT	6	4.3	6	9.5	12	5.9
SEGUNDO AÑO DIV EXPLOTA AGROPECUARIA	6	4.3	8	12.7	14	6.9
TERCER AÑO DIV POLIVALENTE ICT	1	0.7	5	7.9	6	3.0
TERCER AÑO DIV EXPLOTA AGROPECUARIAS	17	12.1	5	7.9	22	10.8
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>99.9</b>	<b>203</b>	<b>99.9</b>

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

Fuente: Departamento de Secretaria del Colegio Alejandro Andrade Cordero.

El colegio Alejandro Andrade es técnico, con especialidad en agronomía, pero actualmente se oferta las carreras de turismo-hotelería, e informática, con buena aceptación de los padres de familia y de la población adolescente.

**Tabla 8. Distribución de alumnos retirados por sexo y según curso, del colegio “Alejandro Andrade Cordero”, periodo 2009-2010.**

CURSO	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
OCTAVO DE BASICA	0	0	0	0	0	0
NOVENO DE BASICA	2	14.3	0	0	2	11.8
DECIMO DE BASICA	2	14.3	2	66.7	4	23.5
PRIMER AÑO DE DIV COMUNES	8	57.1	0	0	8	47.1
SEGUNDO AÑO DIV POLIVALENTE ICT	1	7.1	0	0	1	5.9
SEGUNDO AÑO DIV EXPLOTA AGROPECUARIA	0	0	1	33.3	1	5.9
TERCER AÑO DIV POLIVALENTE ICT	0	0	0	0	0	0
TERCER AÑO DIV EXPLOTA AGROPECUARIAS	1	7.1	0	0	1	5.9
<b>TOTAL</b>	14	99.9	3	100	17	100

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

Fuente: Departamento de Secretaría del Colegio Alejandro Andrade Cordero.

Uno de los motivos para la deserción escolar, es el ingreso laboral temprano de los alumnos de años superiores del sexo masculino, en las mujeres por embarazo, los alumnos de básicas eran retirados por sus padres o por quienes estaban a cargo de su cuidado.

**Tabla 9. Distribución alumnos que perdieron el año lectivo periodo 2009-2010 según curso, del colegio “Alejandro Andrade Cordero”.**

<b>CURSO</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
OCTAVO DE BASICA	0	0
NOVENO DE BASICA	1	16.7
DECIMO DE BASICA	2	33.3
PRIMER AÑO DE DIV COMUNES	3	50.0
SEGUNDO AÑO DIV PILIVALENTE ICT	0	0
SEGUNDO AÑO DIV EXPLOTA AGROPECUARIA	0	0
TERCER AÑO DIV POLIVALENTE ICT	0	0
TERCER AÑO DIV EXPLOTA AGROPECUARIAS	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

Fuente: Departamento de Secretaria del Colegio Alejandro Andrade Cordero.

Terminan el periodo 2009-2010: 186 alumnos, pase neto: 180 alumnos.

## 7.2 Marco Conceptual

El abordaje en la atención integral de los y las adolescentes implica contemplar los enfoques de derechos, género y diversidad, incluirlos y ubicarlos a las y los adolescentes como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas. Es ofrecer garantías de una atención de calidad amparada en los marcos legales de alcance nacional e internacional y de carácter obligatorio. La atención integral implica necesariamente coordinar y trabajar en red. Las necesidades de las y los adolescentes deben ser entendidas en forma integrada, posibilitando, cuando sea necesario, la intervención de los distintos niveles de atención con continuidad. De este modo no se actuará de forma paralela sino en conjunto, evitando la fragmentación, duplicación y pérdida de oportunidad en la atención. Para lo cual es medular fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia. Coordinar y derivar implica dar seguimiento, en ningún caso se trata de desentenderse de la situación del/a adolescente (23).

Son muy pocos los lugares donde un joven puede acudir para solicitar ayuda y orientación en sexualidad y reproducción. Los centros, consultorios, o policlínicos están adaptados para la atención de adultos y niños, y cuando acude la adolescente a una atención clínica o ginecológica no sabe interpretar con exactitud algunas maniobras semiológicas ginecológicas y basta un comentario de duda de una menor de edad, para crear situaciones delicadas al profesional (3).

Pese a los esfuerzos de los centros educativos de enseñar la biología y naturaleza de las relaciones humanas, los adolescentes tienen un alto desconocimiento de los riesgos a los que se enfrentan cuando se inician en sus primeras relaciones sexuales. Los padres adoptan una posición pasiva, tardía o torpe y los hijos se suelen cerrar hacia cualquier observación, indicación o

consejo de los padres. Lo cierto es que nuestros hijos generalmente no suelen estar preparados cuando afrontan su primera relación sexual. Las estadísticas muestran que los riesgos son altos y confirman que nuestros hijos no suelen ir bien preparados. Entre los riesgos más destacados (18):

1. Embarazo.
2. Enfermedades de transmisión sexual (SIDA, etc.).
3. Experiencias adversas que conllevan actitudes negativas hacia su autoestima, seguridad, confianza, e incluso, hacia su futura vida sexual. Algunas de estas experiencias se realizan sin preparación alguna, bajo los efectos del alcohol, drogas, etc. acentuando los efectos negativos.

Teniendo en cuenta este postulado y como respuesta a la compleja situación en la que hoy viven y se desarrollan los y las adolescentes, se ha decidido adoptar el Modelo de “Atención Integral de Adolescentes”, entendiéndolo como aquel que:

- privilegia la promoción de “estilos de vida saludable”.
- potencia las fortalezas y privilegia la prevención de probables riesgos.
- se centra en el/la adolescente.
- involucra no solo a la familia sino también al soporte social existente.
- cuenta con la activa participación de las y los adolescentes.
- se accede no solo en los servicios tradicionales de salud sino también en los ámbitos donde las y los adolescentes habitan, estudian, trabajan o se recrean.
- la atención es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas construyendo procesos de interdisciplina e intersectorialidad, que preparan al equipo y a cada uno de sus integrantes, para el abordaje de las “diferentes adolescencias” y de sus necesidades.
- se sustenta en políticas públicas.

En la atención de adolescentes en los servicios de salud se deberá tener presente que es importante:

- Centrarse en el /la adolescente usuario/a del servicio
- Cada adolescente es único como única la relación adolescente-entorno
- El micro entorno puede estar compuesto por la familia, pares, amigos y otros vínculos intergeneracionales (abuelo/a, otros familiares, vecinos, docentes y más).
- Alrededor de este primer núcleo de abordaje, se deberá contar con las instituciones de apoyo, redes: educación, salud, deportes y otras propias de cada comunidad
- Todo este enfoque integrador cuyo centro es el/la adolescente, tiene como soporte a las políticas públicas (las que normatizan, sostienen y respaldan las acciones).

Por este motivo, concentrar la atención en los adolescentes significa que tanto el proveedor de salud como el personal:

1. Respeten la dignidad y el derecho de los adolescentes a la privacidad.
2. Ser sensibles y receptivos a las necesidades del adolescente.
3. No juzgar las decisiones que la mujer y su familia han adoptado hasta ese momento en lo que respecta su atención.

En general la medicina abarca los aspectos más importantes de la salud humana, pero no son todas las materias y variables que se necesitan para brindar una adecuada y total atención a la persona. Ej.: En la atención de una adolescente embarazada se necesita una medicina integral que asegura las medidas de promoción, prevención, detección precoz, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y rehabilitación de ella y su hijo tanto en condiciones

normales como patológicas (1). La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad; la moral como regulador de la conducta, que el hombre adquiere en su interacción familiar y social, y el sistema de valores que esta aporta para enfrentar el sexo, el embarazo y el aborto, han tenido una importante función en la regulación de la conducta sexual (6).

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. La conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado constituyen problemas de salud que se presentan con frecuencia en los adolescentes. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen que sea la adolescencia, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial. Los programas de promoción de salud, dirigidos a los adolescentes requieren fortalecer un enfoque integral, orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente (6).

### **7.2.1 abordaje integral de los y las adolescentes**

Se define como periodo de la adolescencia a la comprendida entre los 10 y 19 años. Esta se divide en adolescencia temprana entre los 10 a 13 años, intermedia entre los 14 y 16 y tardía entre los 17 a 19 años. 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 2 primeros años de edad ginecológica. El embarazo en los adolescentes requiere servicios diferenciados y especializados, ya que aunque

evolucione sin riesgo biológico ha sido considerado de alto riesgo, especialmente psicosocial. (4).

Quienes trabajen con adolescentes deben estar abiertos a escuchar, entender y acompañar en su diversidad y condiciones de existencia a adolescentes y sus familias. Asumiendo también el derecho que tienen los/las adolescentes a optar por el acompañamiento de otro referente adulto de su confianza en ausencia de sus familiares. Se deberá “asegurar una atención de calidad y amigable para los adolescentes”, si es posible se implementarán espacios “que ofrezcan una amplia variedad de servicios confidenciales, privados y asequibles, con horarios convenientes para ellos/as, que tengan un personal entrenado para respetar y satisfacer sus necesidades, que permitan la participación y que provean un espacio atractivo y cómodo para los y las jóvenes” (23).

El/ la adolescente puede concurrir (23):

1. Solo/a: toda/o adolescente tiene derecho a concurrir solo a la consulta, pero es importante que el profesional de salud pueda indagar si se trata de una opción o si se debe a que no tiene quién lo/a acompañe. En ese caso, si es su voluntad se deberá ayudarle a pensar en posibles referentes del entorno que puedan acompañarle/a si fuera necesario.
2. Acompañado/a por madre, padre, referente, pareja, otro familiar, docente, vecino/a, amigo/a: es importante generar un espacio para hablar en privado con el/la adolescente con el fin de que pueda expresar sus sentimientos e inquietudes en forma privada/confidencial y desde en un lugar protagónico respecto a su salud.

Los/las adolescentes llegan al “espacio adolescente” o a los centros de salud con diversas demandas y/o pedidos (23):

1. Orientación y escuchar.
2. Control de Salud
3. Seguimiento
4. Condiciones especiales y problemas de salud.

En alguna de las consultas con las/os adolescentes el/la profesional de la salud dispondrá de tiempo para hablar de los siguientes temas (23):

- a) Cambios en la adolescencia
- b) Familias
- c) Vínculos con familia, pareja, pares, amigos/as, docentes, otros adultos/as e instituciones
- d) Habilidades para la vida
- e) Alimentación
- f) Higiene
- g) Actividad física, deporte y sedentarismo
- h) Estudio y/o trabajo
- i) Sexualidad
- j) Salud reproductiva

La información debe ser brindada con (23):

- ✓ calidad técnica.
- ✓ objetividad, separándose el profesional de sus creencias morales o religiosas, y guiándose por criterios científicos y de derecho.

- ✓ claridad, utilizando un lenguaje sencillo, comprensible, preciso y accesible, tomando en cuenta las diversas necesidades de las/os adolescentes.
- ✓ capacidad de escucha y tiempo, debe habilitarse a el/la adolescente a realizar todas las consultas que necesite, y disponer de medios para realizar todas las explicaciones necesarias con el fin de que los mensajes sean comprendidos debidamente.
- ✓ oportunidad, no debe esperarse a la consulta específica de el/la adolescente para dar información pertinente a una situación, sino que debe promoverse una actitud educativa por parte de las/os profesionales de la salud;
- ✓ confidencialidad, se trata de un derecho de las y los adolescentes que consultan.
- ✓ dosificación y pertinencia, volúmenes muy grandes de información no siempre son incorporados y aprendidos por quien los recibe, por lo cual la información debe ser brindada en forma graduada y pertinente.

Los resultados esperados son que el/la adolescente (23):

- Reconozca sus motivaciones, intereses y expectativas.
- Tome decisiones conscientes, voluntarias y comprometidas.
- Genere alternativas a nivel personal, familiar y social.
- Busque soluciones creativas.
- Reconozca y disminuya temores, mitos y dudas.
- Sienta confianza en las personas e instituciones que se ofrecen para acompañarlo

Es necesario que los equipos de salud se encuentren capacitados y cuenten con herramientas para implementar esta práctica.

### **7.2.2 componentes del programa de atención integral del adolescente:**

Medidas de acción preventiva:

**A. *Primaria***

A realizarse antes de la actividad sexual.

**B. *Secundaria***

Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.

**C. *Terciaria***

Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones.

1. *Salud Sexual y Reproductiva*: A Través del cual ellos puedan hacer un análisis reflexivo, crítico y constructivo.
2. *Salud Mental*: Se propone un manejo de conductas en el fortalecimiento de estilos de vida saludables libres de violencia de todo tipo.
3. *Salud Física*: Para detectar en forma oportuna los trastornos que puedan afectar el crecimiento de los y las jóvenes.
4. *Prevención y Tratamiento de Morbi- Mortalidad*: Está orientado al establecimiento de diagnóstico temprano sobre trastornos de salud y rehabilitación.
5. *Fomento de entornos saludables*: Mediante la participación protagónica de las y los adolescentes (21)

Al plantear el manejo de la sexualidad es necesario tener claro conceptos como: sexo, identidad de género y sexualidad. El sexo se refiere básicamente a la condición fisiológica, orgánica y anatómica que diferencian al hombre de la mujer. Es el producto de un proceso gradual de diferenciación iniciado en el momento de la fecundación generando como resultado atributos biológicos que caracterizan al hombre y a la mujer. La identidad de género se entiende como el conjunto de pautas culturales con las que se asocian los comportamientos que deben tener tanto hombres como mujeres. La sexualidad no debe confundirse con la genitalidad que se refiere puramente a la satisfacción de una necesidad fisiológica humana (relaciones genitales o coitales). La misma estipula formas de pensar, actuar, sentir en relación al mundo que lo rodea. Comprende aspectos físicos en donde se incluye el desarrollo del cuerpo, cambios asociados con la pubertad y procesos fisiológicos como la menstruación y eyaculación (10).

Salud Sexual y reproductiva en la adolescencia es el conjunto de fenómenos y problemas del crecimiento y desarrollo normal y sus desviaciones, que ocurren en la adolescencia y su relación con la evolución del proceso endocrino-sexual, mental y de la fecundidad en este periodo incluyendo el entorno psico –social. Para hacer aplicativo este concepto es necesario desarrollar los programas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, por lo tanto sus acciones se distribuirán de acuerdo a niveles de complejidad de la atención de salud y de acuerdo con los recursos disponibles (1).

Las publicaciones internacionales concluyen que los adolescentes vírgenes no son necesariamente sexualmente inactivos pudiendo tener diversas conductas sexuales, que sin ser coito los pueden exponer a riesgo de embarazo, ITS o inicio no protegido de actividad sexual (5). La edad de una adolescente tiene mucha importancia ante la necesidad de indicar un método anticonceptivo,

tanto por la relación entre el desarrollo endocrino y sexual (3). Dado que la adolescente es candidata a la anticoncepción de emergencia, es importante destacar algunas consideraciones, en especial cuando estas adolescentes son menores (2):

- En la prescripción de anticoncepción ha de admitirse la validez del consentimiento de aquellos adolescentes que aun siendo menores tienen capacidad para comprender aquello que deciden.
- La mayor vulnerabilidad de la población adolescente conlleva la adopción de medidas adecuadas para que el acceso a los diferentes medios anticonceptivos sea real y adaptada a las necesidades.
- En relación con la anticoncepción de emergencia en menores, según la OMS y de los expertos, es obligado proporcionarla en todos los casos en que este indicada, teniendo en cuenta el riesgo que supone un embarazo para la salud física y síquica de la adolescente.

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal (15). Existen diversos factores que contribuyen o están relacionados con el aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, partos, que a esta edad pueden traer consecuencias adversas, aumentando la fecundidad, tales son: una relevante precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la falta de información y de uso de los anticonceptivos,

y un ambiente familiar inadecuado, así como la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente (8).

El embarazo adolescente se define como aquél embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media por lo que la maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado (11).

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, partos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se sabe que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa (20).

Hay tres razones principales por las que la reducción de la incidencia de embarazos en adolescentes se debe dar una alta prioridad. En primer lugar, embarazos en la adolescencia se asocian con un aumento de los riesgos médicos durante el embarazo y los peores resultados de nacimiento para sus hijos. En segundo lugar, las madres adolescentes tienen peores resultados en curso de la vida en la edad adulta, tales como un mayor riesgo de: la dependencia de asistencia social; ser un padre solo, ser un fumador, y tener un estatus socioeconómico más bajo. Por último, los hijos de madres adolescentes

tienen más probabilidades de ser socio-económicamente desfavorecidos, y tienen el potencial para repetir el ciclo de embarazos de adolescentes (13).

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas (11).

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias y se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "*huida*" (11).

Es imprescindible una relectura del fenómeno del embarazo en la adolescencia desde el enfoque de género. Las madres adolescentes generalmente

abandonan definitivamente sus estudios, pierden a sus pares como referentes, y ven muy limitadas las posibilidades de insertarse en el mercado laboral formal. Por otra parte, es bien sabido que las adolescentes replican un patrón reproductivo: sus madres, generalmente, también han gestado en el mismo período de sus vidas. Muchas adolescentes, no controlan adecuadamente su embarazo, tal como lo indican desde hace algunos años las cifras del Departamento Materno Infantil del MSP. Asimismo, al menos un 20% de ellas vuelven a embarazarse en el transcurso de los primeros años siguientes al primer embarazo (31).

El abordaje del embarazo adolescente debe ser considerado en el marco del desarrollo integral de la adolescencia, y fundamentalmente en el campo de la salud sexual y reproductiva, con especial consideración de los derechos de las personas, desde políticas integrales e intersectoriales y que cuenten con amplio consenso de la sociedad civil (31).

Abordar la problemática del embarazo en temprana edad, implica trabajar en aspectos tales como la autoestima de las/los adolescentes, fundamentalmente de aquellos con escasos recursos, el acceso a información y servicios de calidad orientados a adolescentes, la permanencia o reinserción en el sistema educativo formal, el generar espacios educativos específicos para adolescentes en los cuales abordar la salud sexual y reproductiva, y otros aspectos de su desarrollo integral, así como sensibilizar, problematizar y apoyar el cambio de paradigmas y prácticas de las instituciones afectadas (31).

Las acciones centradas exclusivamente en la atención clínica de las adolescentes embarazadas desde los servicios de salud (que ha sido durante décadas el abordaje hegemónico del embarazo en adolescentes en los servicios de salud) no consideran la prevención primaria de las adolescentes y sus parejas en cuanto al deseo de gestación y de maternidad paternidad en

dichas adolescentes. Pareciera que la prevención primaria (la protección específica y la promoción de salud) en este caso, queda desplazada, contrariamente a lo que acontece con otros eventos de salud poblacional (31).

### **7.2.3 recursos humanos y equipo interdisciplinario**

Deberá implementarse la atención integral priorizando el enfoque de trabajo interdisciplinario y las necesidades de la población adolescente a asistir (23).

#### **7.2.3.1 Trabajo en equipo interdisciplinario**

- Es condición fundamental que las y los adultos antes de pretender trabajar con adolescentes, hayan revisado sus impresiones, juicios de valor y actitudes frente a sus propias conductas y las conductas y comportamientos de los/as adolescentes.
- Una dinámica correcta de constitución de un equipo implica la existencia de un período previo antes del inicio del desarrollo de las actividades, en lo posible en un horario y lugar específico.
- Se deben analizar los objetivos, la organización y la metodología de trabajo así como la división funcional de las responsabilidades y tareas. También implica el ejercicio de evaluación permanente que es la manera de validarse como equipo y asegurarse la continuidad del trabajo (planificación estratégica).
- En el perfil de los miembros de estos equipos, se describen como características: el deseo de trabajar con este grupo etario; el reconocimiento personal de su empatía y disponibilidad con el “ser adolescente”; ayudar a construir los proyectos adolescentes haciendo sentir su compromiso en dicha construcción; tener experiencia de trabajo con adolescentes en el primer nivel de atención, en su defecto, estar

comprometido/a a adquirir formación; mostrar interés por conocer la comunidad donde desarrollará la labor el equipo.

- Desde el punto de vista técnico los profesionales conocerán áreas como:
  - Crecimiento y desarrollo humano desde el punto de vista biopsicosocial.
  - Familias y grupos de convivencia.
  - Derechos humanos.
  - Género, diversidad.
  - Endocrinología de la pubertad y la adolescencia: estadios de Tanner.
  - Nutrición y trastornos alimentarios.
  - Actividad física.
  - Inmunización.
  - Salud bucal.
  - Salud ocular.
  - Salud auditiva.
  - Salud sexual.
  - Salud reproductiva.
  - Violencia.
  - Consumo.
  - Referencia y contra referencia.

La consejería se define como el proceso a través del cual una persona puede ayudar a otra a clarificarse y tomar decisiones (Burnard). En el ámbito de la adolescencia el objetivo es, además, apoyar o facilitar el proceso hacia la madurez, ayudando a los adolescentes a comprender que ejercen control sobre su conducta, a comprenderse a sí mismos, a anticipar las consecuencias de sus acciones y a desarrollar la capacidad para planificar más a largo plazo (5).

Algunos médicos no quieren atender a adolescentes si no van acompañados por sus padres. Es parte de una cultura que no considera a los adolescentes como sujetos de derecho, como establece la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Son sujetos de derecho y deben ejercerlos a medida que su capacidad de decisión se desarrolla. Hay un conflicto entre los valores del Código de Ética Médica, como es el secreto profesional, y algunas legislaciones que exigen a los médicos que denuncien casos de aborto, cuando una mujer llega a atenderse a un hospital con un aborto incompleto. El secreto médico los ampara para no denunciarla. Otro obstáculo que observamos es el desconocimiento de los pacientes jóvenes, que no saben que tienen derecho a la confidencialidad de la consulta. El adolescente puede temer que el médico les revele a sus padres si pide anticonceptivos (11).

Durante la etapa de la adolescencia, en el ser humano se suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas por los jóvenes en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, se adquiere la independencia, se logra el despegue familiar, y se generan algunas conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, lo cual produce estilos de vida poco saludables como la conducta suicida que afecta su calidad de vida, y la familia desempeña una función importante en la aparición de la conducta suicida, pues los adolescentes y jóvenes se enfrentan a diversas situaciones en el marco familiar, las cuales al no ser bien comprendidas y analizadas llevan a un desequilibrio emocional que desencadena en la realización de actos suicidas (9).

En general el equipo de salud debe tener capacitación en salud sexual y reproductiva del adolescente, con especial énfasis en educación sexual. Esta capacitación debe incluir a todo el personal y no solo al profesional. La edad de inicio de la vida sexual está condicionada en forma importante por la cultura. Sin embargo esta conducta social, se asocia con la tendencia evolutiva al

retraso de la edad al matrimonio que se observa principalmente en los países en los cuales los niveles de instrucción y educación superior aumentan. En estas circunstancias, los jóvenes de hoy pasan largo tiempo de su adolescencia y madurez sexual en el proceso de formación, siendo dependientes económicamente hasta la edad de 23-24 años. Así los jóvenes de hoy se ven enfrentados a periodos de tiempo de abstinencia prematrimonial más largos de los que enfrentaron sus tatarabuelos (3).

#### **7.2.4 espacio físico y recursos materiales**

Las instituciones que brindan atención a la salud adolescente, propenderán a la *“creación y/o adecuación de espacios sustentables, apropiados y accesibles que cumplan con los estándares para servicios de calidad de la Organización Mundial de la Salud”* (23).

##### **7.2.4.1 características de los espacios para los adolescentes**

1. Accesibilidad geográfica, cultural, administrativa, buscando que sean atractivos. Se identificarán lugares como canchas, clubes, bibliotecas, espacios deportivos, cercanos a los espacios adolescentes, que puedan ser reconocidos como lugares de pertenencia para esta población.
2. Adecuación cultural a la comunidad de referencia.
3. Sala de espera con mobiliario adecuado (mesas, sillas, cartelera, folletero) para actividades de promoción y otras.
4. Sanitarios accesibles y limpios para los y las adolescentes y para el equipo.

Por lo tanto para instalar y hacer funcionar con éxito un sistema de atención para adolescentes existen requisitos, que, entre sus múltiples funciones esta la prevención del embarazo, de las ETS, VIH-SIDA, y son los siguientes: (3).

1. Disponibilidad de servicios para Jóvenes. Esto significa la existencia real de un servicio para jóvenes y no solo la intencionalidad de los profesionales para atender adolescentes “si ellos consultan”. Puede adaptarse días u horarios diferidos para usar las mismas instalaciones de adultos y niños, si no hay más recursos necesarios para tener espacios separados propios para adolescentes mujeres y hombres.
2. Adecuada ubicación y fácil acceso sin exposición pública innecesaria. Localización de las instalaciones en un lugar de fácil acceso, pero con la confidencialidad necesaria para la consulta de los jóvenes.
3. Información de la disponibilidad de servicios. información a los establecimientos escolares, grupos organizados de la comunidad con detalle de horarios, alternativas, requisitos, costos.
4. Confidencialidad en la atención. Esto significa privacidad en la información que solicitan al ingreso, en la entrevista, examen físico, en la ficha clínica y en la información que eventualmente sea solicitada por adultos.
5. Sistema de Recepción e ingreso expedido sin burocracia. entrenar especialmente a la encargada de esta función. Aprender a escuchar y no solo dar rígidas indicaciones administrativas
6. Eficacia del servicio. Entrega rápida del servicio, una vez solicitado casi de inmediato con satisfacción de la demanda. Recordar que adolescentes con fallas en la satisfacción de la demanda, no reclama simplemente se va o no vuelve.
7. Gratuidad o solo costos básicos. La/el adolescente han asumido una responsabilidad importante en su vida y en la de otro/a y por lo tanto el servicio solicitado es parte de esa responsabilidad y esfuerzo personal. No siempre es posible que cancelen algo, pues apenas tienen dinero para la movilización. Aquí se genera un grave problema, que es la

dotación de anticonceptivos. En el caso de los orales los costos son mayores, especialmente los indicados para los adolescentes, lo mismo ocurre con la disponibilidad de condones, pues con un buen servicio la demanda crece notoriamente.

8. Actitud madura y positiva del equipo. El respeto a un menor de edad debe ser el mismo que se brinda a un adulto. Los comentarios inadecuados o despectivos en nada contribuyen a la calidad de atención. Como tampoco la proyección de los problemas de adultos en un menor de edad. En esta materia las proyecciones fisiológicas, religiosas o confesionales, constituyen un abuso de poder del profesional.
9. Servicio personalizado, amigable, positivo. Esto no significa paternalismo o actitudes sobre protectoras” las actitudes más adecuadas son las normales”.
10. Elección del método. En lo posible debe ser hecha con participación del adolescente y con la pareja y de acuerdo con las características de la actividad sexual. La decisión final es la construcción e indicación médica y la aceptación voluntaria del adolescente y pareja adecuadamente informados.
11. Entregar cuidadosas instrucciones en la primera visita. La primera consulta es larga. En general es necesario tener una historia clínica completa con todos los detalles del desarrollo psicosexual y endocrinológico y no una ficha aparte solo para anticoncepción, muy simple, como ocurre con los programas de adultos.
12. Tener normas técnicas escritas. Esta cumple con los objetivos básicos funcionales para que el equipo de tenga criterios similares en la indicación y control de anticonceptivos. Es recomendable revisarlas y actualizarlas para que no se transformen en reglamentos administrativos.

13. Conocer y revisar los aspectos legales. Es necesario que todo el equipo de salud este informado de los aspectos legales y reglamentos referente al examen, indicación de medidas terapéuticas.

La formación de la sexualidad, trata de educar desde una perspectiva, donde no se altere la relación de equilibrio y de armonía del hombre con la naturaleza y con el mismo. Es educar desde una dimensión ética para el conocimiento, compromiso, amor, autoestima, comunicación, responsabilidad, placer, equilibrio, donde la sexualidad se vivencie creativamente como parte de la experiencia integradora de la naturaleza y el cuerpo, al mundo (6).

#### **7.2.5 Identidad sexual**

La identidad sexual se establece al final de la adolescencia. Esto supone la integración de los impulsos sexuales a la personalidad total de manera concordante con diferentes aspectos del desarrollo del/ de la joven, siendo capaz de unificar y relacionar diversos aspectos como su sexualidad, normas, valores, ética, y objetivos en la vida. La adolescencia constituye una etapa en el desarrollo del ser humano llena de retos y demandas, uno de los objetivos fundamentales es el desarrollo de una construcción de identidad (28).

Paralelamente, durante la adolescencia muchos de los pensamientos, sentimientos, y deseos de los adolescentes están dirigidos a su sexualidad. Este proceso a menudo, se acompaña de preocupación, confusión e incertidumbre, especialmente en lo referente a orientación sexual, ya que se empiezan a sentir emociones y afectos con una carga libidinal hacia otras personas. Con mayor frecuencia esta orientación es heterosexual, pero en otros casos puede adquirir características homosexuales o bisexuales, lo que frecuentemente genera mayores conflictos que los propios de la adolescencia.

Para entender la formación de la identidad sexual en el ser humano es importante tener en cuenta algunas definiciones (28):

- **Sexo Biológico:** está constituido por diferentes componentes, como el sexo cromosómico, los genitales externos e internos, los componentes neuroencefálicos y neuroendocrinos. La mayoría de las veces se asigna al/ a la recién nacida/ a el sexo civil de acuerdo a sus genitales externos.
- **Identidad de Género:** es la convicción íntima, el sentimiento básico internalizado de sentirse así mismo como mujer u hombre. Normalmente este sentimiento íntimo, se define entre los 18 meses y los 3 años de vida y, generalmente concuerda con el sexo asignado.
- **Rol de Género:** se refiere al comportamiento definido como masculino o femenino en una cultura determinada. Estas conductas también se encuentran generalmente en concordancia con el sexo biológico y la identidad de género.
- **La Orientación Sexual:** es la dirección de los intereses eróticos y afectivos, que tiene un individuo por otro, ya sea heterosexual, homosexual, o bisexual.

La identidad de género, el rol de género, y la orientación sexual constituyen la Identidad Sexual de una persona.

Cada uno de los aspectos descritos va evolucionando en el proceso del desarrollo desde el periodo del recién nacido hasta la adolescencia, dándole un sentido en el logro de la Identidad Sexual.

### 7.2.6 Los padres, el sexo, y la adolescencia

*“la familia es un contexto relacional (es decir, comunicacional) de producción social, que produce niños, luego adolescentes y finalmente adultos”.*

Dicen que todo ha cambiado y que los tabúes son parte del pasado; que ya no hay tema que el pudor silencie ni prejuicio que condene algunos hechos a las sombras. Sin embargo, ciertas cuestiones siguen sonrojando a la mayoría de los adultos cuando los adolescentes las ponen sobre la mesa. En Capital, sólo un tercio de los padres dialoga abiertamente sobre sexualidad con sus hijos, un "vacío" que entrega el destino al azar al abrir las puertas al embarazo no planificado y multiplicar el riesgo de contagiarse una enfermedad de transmisión sexual (24).

Tanto les cuesta a algunos padres abordar el tema sexo que no son pocos los que siguen hablando de "eso" a la hora de nombrarlo. "Se siguen esquivando hasta las palabras asociadas, como vagina u orgasmo". Y siguen operando con fuerza de ley varios prejuicios en torno al género: a la luz de los ojos de los padres, la sexualidad masculina sigue asociada al instinto y a la "necesidad biológica" de tener relaciones; el varón sigue disociando sexo y emoción; la sexualidad femenina sigue subordinada a los designios del amor y al poder censor de la mente; y la mujer sigue victimizada, obligada a "cuidarse" del varón que, inevitablemente, "querrá aprovecharse" (24).

Mantener una postura rígida o cerrada en torno a la vida sexual no ayuda. "Hablar del tema con naturalidad hará que los hijos encaren su sexualidad de manera responsable. Conversar con naturalidad, aprovechando los disparadores cotidianos, desde la infancia misma es la mejor manera de prevenir. El diálogo hace consciente las motivaciones que llevan a elegir una

vida sexual activa y pone sobre la mesa los cuidados necesarios para evitar riesgos" (24).

### **7.2.7 Exhibición sin pudores**

El factor que marca esta conducta adolescente es reflejo de lo que reciben y aprenden de la sociedad. "Transitan un cambio emocional y físico en el que buscan una identidad. Es un proceso en el que la mirada de los otros es fundamental porque necesitan sentirse aceptados y formar parte de un grupo". "Es una moda de las nuevas tribus urbanas (floggers, emos, regetoneros, entre otras) pero se destaca en los floggers porque su lema es 'lo mío le pertenece a todos'. Buscan popularidad porque es una forma de conseguir la aceptación entre sus pares que hacen lo mismo" (23).

Por eso, agrega, los adolescentes tienden a ser impulsivos, a actuar sin reflexionar. "Es que vivimos en la cultura del 'todo ya y ahora' por la inmediatez de las tecnologías". Esta tendencia involucra también a las viejas tribus y a chicos que no se integran ningún grupo, y apuntan a la influencia de los medios y a la falta de límites de los padres, es una sociedad exhibicionista, todo está hipererotizado, los chicos comparten con su familia o amigos programas de televisión con escenas que deberían ser privadas o que no deberían ver. Si la sociedad les dice que para ser exitoso hay que mostrarse, los chicos siguen ese camino y no toman conciencia de cuánto se exponen (25).

### **7.2.7.1 Rol de los padres (26)**

- Tiene el deber especial de protegerles de los riesgos asociados a la actividad sexual.
- Deben participar con ellos, con los profesionales y con los jueces en determinadas decisiones, si se llegan a considerar convenientes ciertas medidas.
- Los padres siempre están interviniendo. La cuestión es si la intervención es la que se quiere hacer, y la que conviene a los hijos o hijas.
- En un grado importante los hijos tienen la vida afectiva y sexual que los padres se pueden permitir que ellos tengan.

### **7.2.7.2 Rol del profesional (26)**

- Formación básica y/o especializada.
- Distancia profesional.
- Autoridad profesional.
- Relación privilegiada.
- Modelos de observación.
- Mediador profesional.
- Los educadores no deben hacer uso de sus creencias, de su biografía.
- No confundir ser educador con ser tutor.

### **7.2.8 Adolescencia y grupo de pares (26)**

El grupo es de gran relevancia en la adolescencia, puesto que sus normas influyen en los comportamientos individuales, lo que funciona como factor de riesgo o protector, por la potencialidad de estimular conductas positivas o negativas, en correspondencia con sus cánones.

### **7.2.9 Importancia de la educación sexual (27)**

La Educación Sexual debería pensarse en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y del Nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia (31).

Pensar a los y las adolescentes como sujetos de derecho, implica garantizar el acceso a la educación sexual ya la información en salud sexual y reproductiva (31).

La educación sexual debería centrarse en (31):

- ✓ La promoción de la igualdad de oportunidades entre mujeres y varones (enfoque de género).
- ✓ Disminuir el sexismo en la currícula (discriminación negativa de niñas y adolescentes mujeres).
- ✓ El acceso a información adecuada al proceso evolutivo de niñas, niños y adolescentes.
- ✓ Promover valores democráticos, entre los que se destacan la tolerancia y la diversidad de las expresiones de la sexualidad humana.
- ✓ La Educación Sexual debe integrar el concepto de salud y un enfoque sanitario, pero no debe reducirse a este campo.

"La educación sexual debe impartirse desde el tercer grado de la primaria y en alguno o en algunos grados de la secundaria". Debe ser orientada hacia una sexualidad sana, plena y responsable, que involucre a la familia y la sociedad (30).

- La educación sexual es parte de la formación integral de la personalidad.
- Según los criterios sanos o equivocados de los padres se crean factores que afectaran la actitud del hijo frente a su sexo y que vivirá plenamente o rechazara en mayor o menor grado.
- La formación de la actitud no es de tipo intelectual, sino, emocional, existencial, vital, no exige conocimientos elevados de anatomía fisiología.
- Es aceptar vivir como hombre o como mujer con valores culturales cambiantes.
- El médico debe descubrir los más sutiles obstáculos a la formación sana, correcta, integra del ser sexuado, y de la aceptación de su papel femenino o masculino, ilustrando educando orientando.
- El primer contacto debe ser con los padres luego con la paciente.
- 

Oposición: Instituciones, personas de filiación religiosa o reaccionaria:

- Apasionamiento injusto
- Falsear los aspectos de la educación sexual.

#### 7.2.9.1 Aspectos básicos en la educación sexual (27).

- **Formación:** corresponde al hogar e incluye las actitudes, normas y valores acerca del sexo que contribuyan al propio bienestar y de la sociedad.
- **Información:** sobre todo lo referido a la sexualidad, propiciada tanto formal o informal que puede proceder de amigos, padres, maestros, médicos, libros, medios de comunicación masiva, etc.

### 7.2.9.2 La información sexual (26)

Aspecto de la educación sexual que consiste en contestar con verdad, sencillez y precisión a las preguntas que realizan los niños y en proporcionarles los conocimientos adecuados a su edad.

Los modos de información pueden ser:

- *No verbal* : *Contemplar* espontáneamente las diferencias sexuales entre padre y hermanos.
- *Verbal familiar*: *Efectiva* cuando se informa adaptándose a la edad, se responde sin ir mucho más lejos de lo que el niño solicita y se asigna a cada cosa su nombre correcto.
- *Científica*, instrucción sistemática y programada, cuyos contenidos básicos serían el aparato reproductor la higiene sexual y los aspectos psicobiológicos de la relación y complementación humana.

### 7.2.10 Derechos sexuales y reproductivos

- Son derechos humanos básicos.
- Decretados para los hombres y las mujeres.
- Para controlar libre y responsablemente los aspectos relacionados con nuestra vida sexual y reproductiva.

✦ **En definitiva son:**

Derechos y libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, sin discriminación, y que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones sobre aspectos de la vida humana, como son: el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

**7.2.10.1 Los derechos humanos:**

Respeto.

Igualdad.

Libertad.

**7.2.10.2 Derechos sexuales:**

- Derecho a gozar de la sexualidad y la libre decisión de tener o no relaciones sexuales, independientemente del coito y la reproducción.
- Derecho a vivir la sexualidad de manera placentera libre de violencia, prejuicios y culpas.
- Derecho a ejercer la sexualidad plena e independiente del estado civil, la edad, etnia, genero, la orientación sexual y discapacidad.
- Derecho a la información y al acceso medico para el tratamiento de ETS.
- Derecho a la autonomía y a la aplicación consentida e informada de los exámenes de detección de HIV y/o embarazo y a la confidencialidad de sus resultados.
- Derecho al libre ejercicio de autoerotismo.
- Derecho a una información veraz. Oportuna, científica, libre de prejuicios, sin discriminación alguna, que permita prevenir la infección HIV.

### **7.2.10.3 Derechos en relación con la sexualidad**

- Derecho a la propiedad del cuerpo.
- Derecho a privacidad e intimidad.
- Derecho a recibir información y ayuda en el campo de la sexualidad.
- Derecho a relacionarse con iguales y a las manifestaciones sexuales propias de la edad.
- Derecho a explorar el cuerpo y a descubrir sus posibilidades de placer sexual.
- Derecho a ser protegido de toda forma de abuso sexual, acoso o violación.

*En la medida en que sea posible:*

- Derecho a mantener relaciones sexuales coitales o no coitales.
- Derecho a formar parejas.
- Derecho a elegir el estado civil.
- Derecho a tener hijos.

### **7.2.11 Deberes en relación con la sexualidad**

- Respetar los derechos de los demás.
- Respetar las reglas de convivencia.
- Respetar el derecho a la intimidad de los demás.
- Aprender a aceptar la posibilidad de rechazo.

### **7.2.12 Manifestaciones derivadas de la conducta sexual de los adolescentes en la actualidad (27)**

- Incremento: relaciones sexuales entre adolescentes.
- El aumento de las Enfermedades de Transmisión Sexual/VIH-SIDA en edades más jóvenes.
- Altas tasas de matrimonios precoces.
- Alto índice de divorciabilidad y la mortalidad infantil y materna.

Por eso la Educación Sexual debe ser iniciada desde la infancia, coincidiendo plenamente con el principio pedagógico que establece que toda información debe ser brindada antes de que el individuo se vea precisado a llevarla a la práctica.

“Alégrate, joven, en tu adolescencia, y tenga placer tu corazón en los días de tu juventud. Anda según los caminos de tu corazón y según la vista de tus ojos, pero ten presente que por todas estas cosas Dios te traerá a juicio. Quitá, pues, de tu corazón la ansiedad, y aleja de tu cuerpo el mal; porque la adolescencia y la juventud son vanidad” (31)

## 8. DISEÑO METODOLÓGICO

### 8.1 Matriz de los involucrados

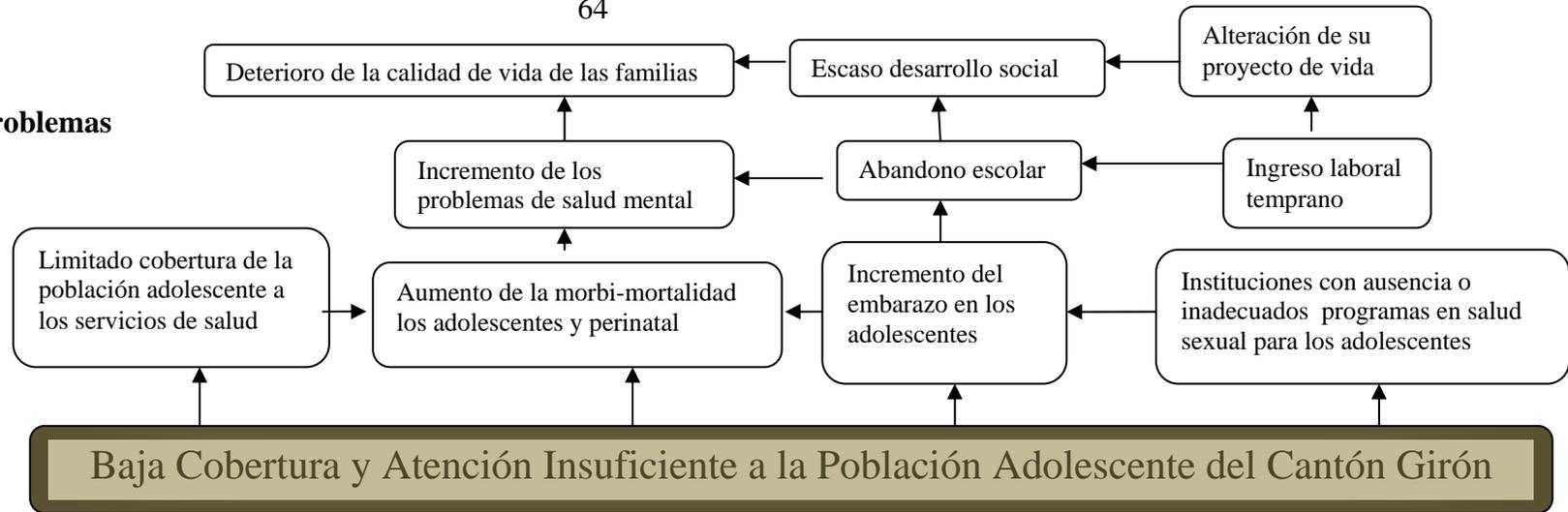
GRUPO/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<b>Hospital Aida León de Rodríguez Lara</b>	Mejorar la cobertura de la población Adolescentes a los servicios de salud del hospital de Girón.	Recursos Humanos y Materiales. Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita, Decreto Ejecutivo N° 2704. R.O. 595 de 12 junio 2002, Art. 3.	Baja cobertura de la población adolescente
<b>MSP.</b>	Trabajar por mejorar la calidad de vida de la comunidad e implementar la atención integral al/los adolescente con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.	Recursos Humanos, Recursos Materiales, Recursos financieros. Código de la niñez y adolescencia Registro Oficial N° 737 del 3 enero 2003, (artículo 1). Derechos del buen vivir, Registro Oficial n° 449 del 20 de octubre 2008, art. 43. Ley Maternidad Gratuita, art. 1,2.	Atrasos en la programación de actividades. No existe adecuada difusión de programas de atención a los adolescentes, falta de incentivo al personal.
<b>Maestranter</b>	Trabaja por mejorar la calidad de vida de la comunidad, instruyendo a sus alumnos y apoyando a las instituciones presentes.	Recursos humanos. Recursos materiales. Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, Art. 67.	Falta de coordinación del trabajo con la comunidad, ONGs y autoridades de la facultad.
<b>Adolescentes</b>	Motivación adecuada para la capacitación en salud sexual y reproductiva y atención integral al adolescente.	Derechos de libertad, Registro Oficial n° 449 del 20 de octubre 2008, art. 9, 10 11.	Pocos conocimientos, falta de motivación adecuada, tienen otras ocupaciones, poco tiempo para los talleres por cambio de hora, perciben barreras para acceder a los servicios de salud.

<b>Padres de familia</b>	Apoyan a la unidad de salud en la implementación de programas de atención preventiva en la salud sexual del adolescente.	Recursos Humanos. Ley contra la violencia a la mujer y la familia, R.O. N° 839 del 29 noviembre 1995, Art 1, Sexualidad y el Amor, R.O. N° 285, 27 marzo 1998. Art. 3, 6, R.O. N° 403.	Poco tiempo para poder acudir a las reuniones, tienen otros hijos o trabajan 8 horas y sus jefes no dan permisos.
<b>Docentes de los colegios</b>	Directores de las unidades educativas y sus Maestros trabajan junto con personal médico apoyando los programas atención integral al adolescente y salud sexual y reproductiva.	Recursos humanos, recursos materiales. Régimen del buen vivir. Sección primera. Educación, Art. 343, 347 numeral 6. Ley sobre la Educación, Sexualidad y el Amor, R.O. N° 285, 27 marzo 1998. Art. 1, 2, 3, 4,5.	Se interrumpen los talleres por otras programaciones a las que dan prioridad. No existe el apoyo de todos los maestros, dan poca importancia a esos temas.
<b>Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia</b>	Trabaja para mejorar la calidad de vida del adolescente, apoyan a las instituciones que trabajan con adolescentes.	Recursos Humanos. Código de la niñez y adolescencia Registro Oficial N° 737 del 3 enero 2003, (artículo 1). Régimen del buen vivir. Sección primera. Educación, Art. 363 numeral 6.	Son responsable de otros programas, por lo que existe poco disponibilidad de tiempo.
<b>Médicos de los colegios</b>	Coordinación participativa con el equipo de salud a cargo del proyecto.	Recursos Humanos. Recursos materiales. Recursos Financieros.	Horarios de clases interrumpen con su participación.

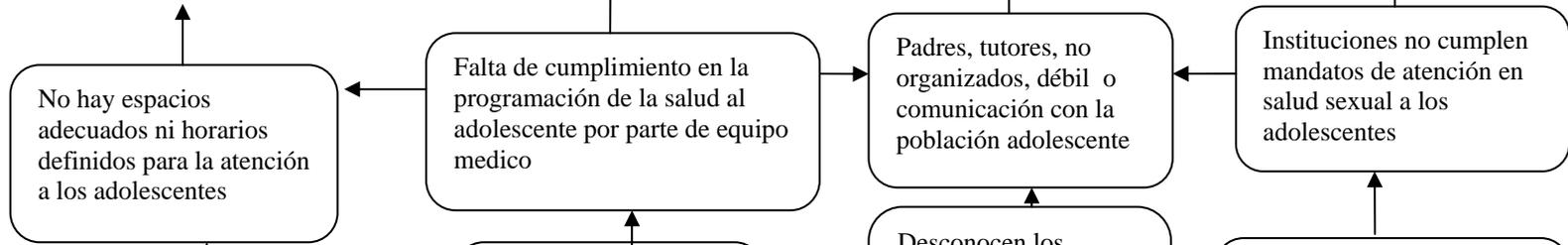
Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: directa.

### 8.2 Árbol de Problemas

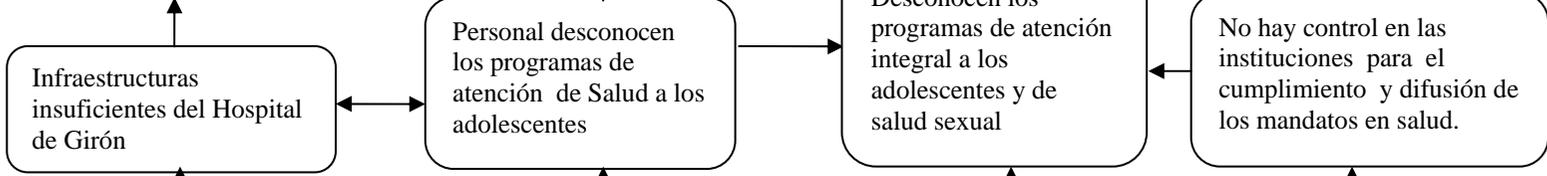
Efectos



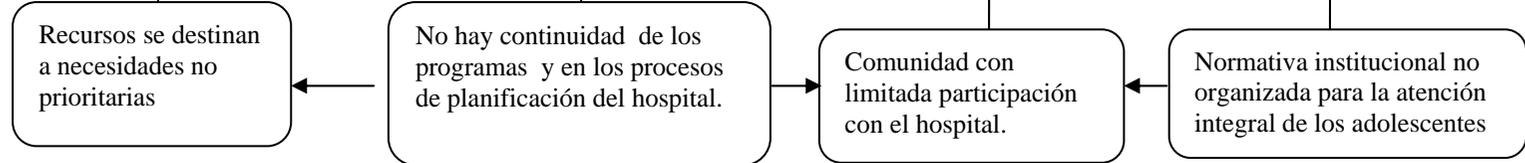
Causas directas



Causas indirectas

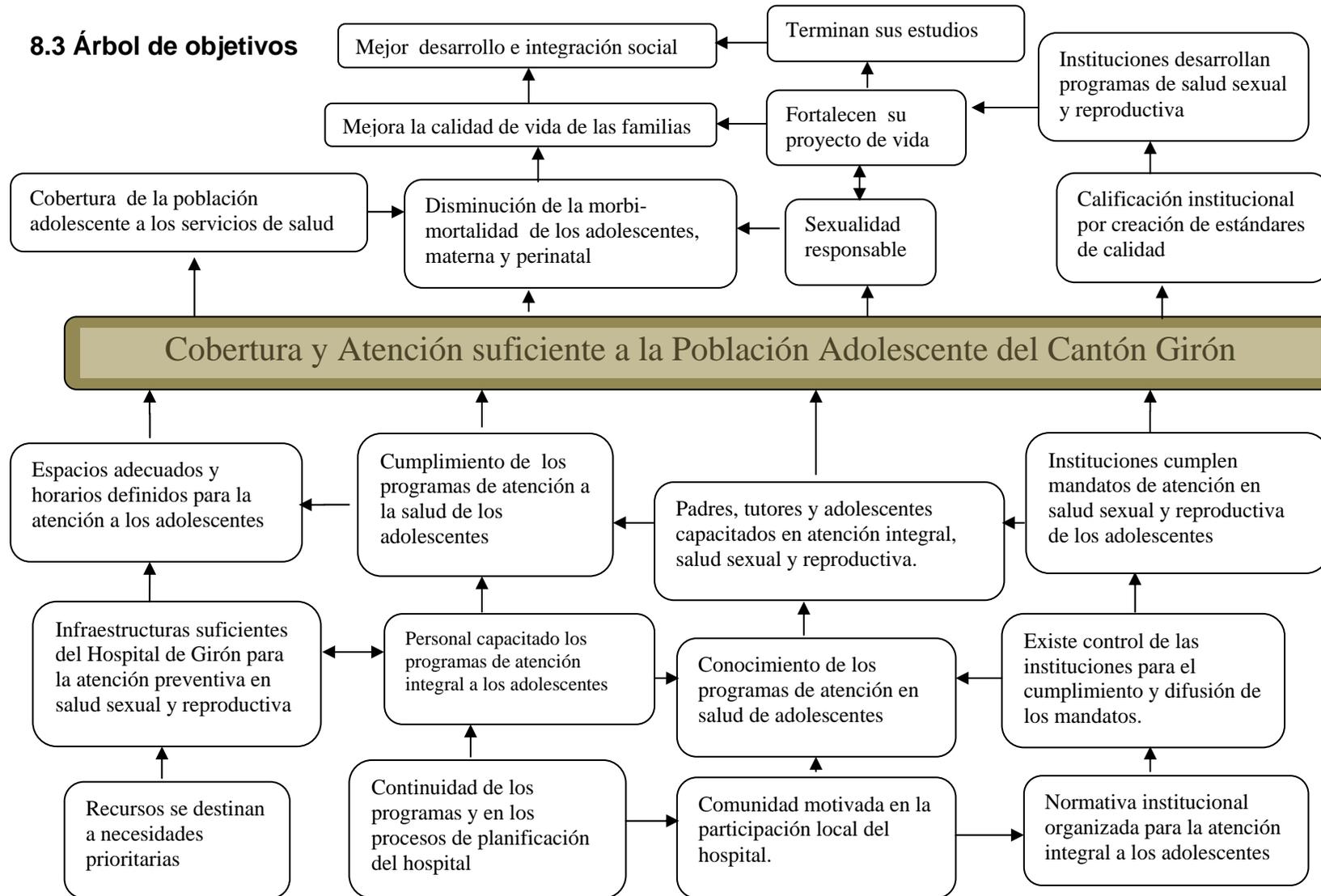


Causas estructurales



8.3 Árbol de objetivos

Impactos



## 8.4 Matriz del Marco Lógico

<b>Problemática:</b> Baja Cobertura y Atención Insuficiente a la Población Adolescente del Cantón Girón.			
<b>Objetivo</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de Verificación</b>	<b>Supuestos</b>
<b>FIN:</b> Mejorar la calidad de vida de la población adolescente incrementando la cobertura a los servicios de salud del Hospital Aida León de Rodríguez Lara del cantón Girón.	100% de cobertura de adolescentes a la atención médica con calidad y calidez del servicio Hospitalario.	Partes Diarios. Control de Historias Clínicas. Perfil Epidemiológico anual de la población adolescente.	Personal de salud capacitado en la atención integral del adolescente y satisfacción del adolescente en la atención médica.
<b>PROPÓSITO:</b> normas y protocolos de atención integral a los/las adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva implementados en el Hospital de Girón.	60% de adolescentes son atendidos con aplicación de normas en el Hospital de Girón.	Partes Diarios. Historias Clínicas. Desarrollo de perfil epidemiológico anual solo de los /las adolescente que ingresan al hospital y de las unidades educativas. Reportes de los programas desarrollados. Hoja de registro de asistencia. Informe Anual de los talleres.	Grupo de trabajo capacitado actuando. Adolescentes motivados y participando. Apoyo interinstitucional motivado y más comprometido en la programación local.
<b>RESULTADOS:</b> 1. Personal Capacitado en atención integral del adolescente y programas de salud sexual y reproductiva, y norma y protocolo materno.	50% de profesionales de salud capacitado en una normativa institucional para la atención integral al adolescente.	Partes Diarios del equipo de salud capacitado. Lista de Personas capacitadas. Resultados de pre y postCAPs. Informe anual. Evaluaciones de Personal capacitado.	Equipo médico motivado y con el apoyo adecuado para continuar con la implementación de los programas. Adolescentes capacitados acuden al Hospital con mayor confianza en el personal médico. Comunidad interesada y motivada.

<p>2. Adolescentes de las unidades educativas capacitados en salud sexual y reproductiva. Adolescentes embarazadas capacitadas en norma y protocolo materno, preparación para el parto y salud sexual y reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60% de estudiantes del Colegio Alejandro Andrade capacitados.</li> <li>- 20% de los docentes capacitados.</li> <li>- 100% adolescentes embarazadas capacitadas en autocuidado de su salud y preparación para el parto.</li> <li>- 1 grupo de apoyo formado para la atención de la adolescente embarazada.</li> </ul>	<p>Memorias de Talleres. Hojas de programación y realización de talleres firmada por responsables.</p>	<p>Apoyo interinstitucional (comunidad, MSP) adecuado y con mayor compromiso para adecuar los espacios para la atención con calidad y calidez a la población adolescentes en el Hospital de Girón.</p>
<p>3. Espacios para la atención a los adolescentes definidos. Disposición del Director sobre el horario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Horario definido.</li> <li>- 1 área definida para la atención al adolescente.</li> </ul>	<p>Hoja de actas de horario definidos firmado por director de hospital, creación/adecuación de espacios para la atención de adolescente</p>	<p>Infraestructura adecuada para la atención a los adolescentes.</p>
<p>4. Red para la atención coordinada de los adolescentes del Cantón Girón, conformada.</p>	<p>50% de los padres y madres padres capacitados de las instituciones educativas, coordinación institucional establecida, 3 comités de padres de familia integrada a la Red, instituciones integradas a la red.</p>	<p>Lista de asistencia, actas, registro fotográfico.</p>	<p>Instituciones motivadas y apoyando para el trabajo en red.</p>

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: directa

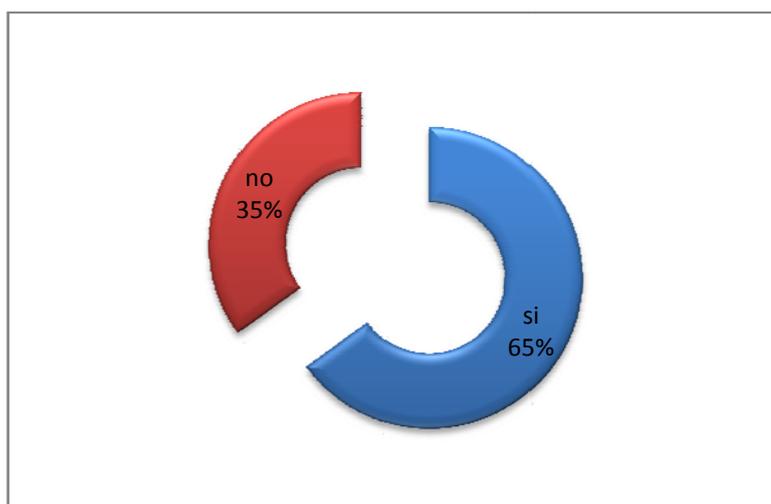
## 9. RESULTADOS.

El déficit de cobertura a los servicios de salud de la población adolescente del cantón Girón, y el incremento de embarazos no planificados, el cual es considerado de alto riesgo por sus complicaciones, llevó al hospital a la implementación de los programas de Atención Integral a los/las Adolescentes del MSP pero con énfasis en salud sexual y reproductiva, obteniendo los siguientes resultados:

### 9.1 Resultado 1

**Capacitación del equipo de salud en Atención Integral de la /los Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.**

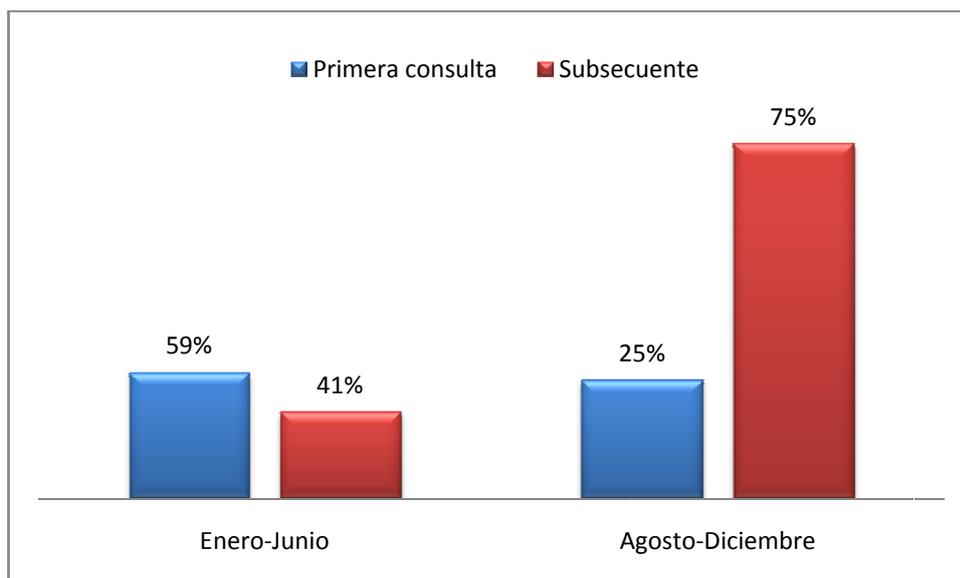
**Gráfico 5. Profesionales capacitados en Atención Integral de la/los adolescentes y salud sexual y reproductiva.**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

Son 20 personas que atienden y reciben a los usuarios por consulta externa, de ellos 4 tenían capacitación previa y 16 sin capacitación. Recibieron capacitación: 1 médico de medicina interna, 2 pediatras, 1 ginecólogo, 2 odontólogos, 2 médico general, 1 Lcda. en enfermería, con lo cual se mejoró la recepción y atención del usuario sobre todo de las adolescentes embarazadas (ver gráfico 6).

**Gráfico 6. Atención prenatal primera y subsecuente de adolescentes en el hospital de Girón por consulta externa, desde enero a junio y agosto a diciembre 2010**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Partes Diarios de Consulta Externa.

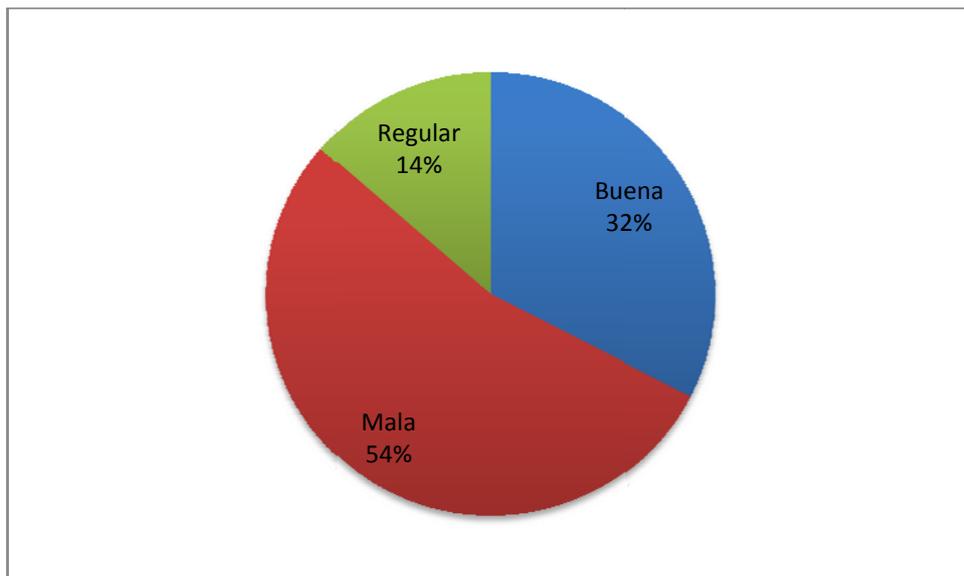
En los meses de enero a junio hubo 32 adolescentes que acudieron a su primer control prenatal, pero no continuaron con los controles subsecuentes, o simplemente no acudían. Luego de la Implementación del programa de Atención Integral de los/las Adolescentes, se observa que en los meses de

agosto a diciembre, mejoró la cobertura a la atención prenatal subsecuente, cabe mencionar que no consta un mes de atención.

## 9.2 Resultado 2

### 9.2.1 Aplicación de los talleres de capacitación en salud sexual y reproductiva en el colegio Alejandro Andrade Cordero

**Gráfico 7. Total de la valoración de los PreCAPs en la unidad educativa Alejandro Andrade**

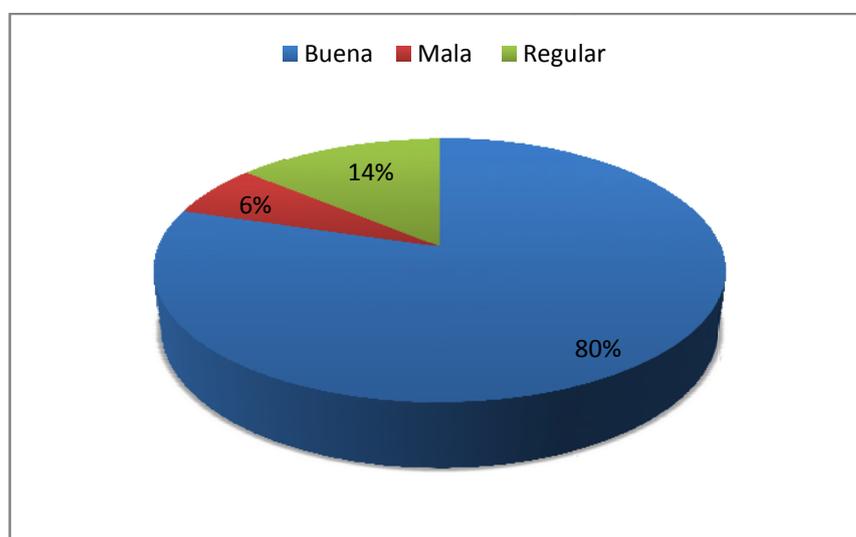


Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

Se evaluó a 177 alumnos del colegio Alejandro Andrade, y en resumen, el déficit de conocimiento en anatomía y función de aparato reproductor del 8vo al 2do año de diversificado fue en un porcentaje importante: 54% la respuesta fue mala, 14 % irregular y 32% buena. Desconocen los nombres correctos de cada una de sus órganos y su ubicación, desconocen las funciones

hormonas sexuales y los cambios que provocan durante la pubertad, a los alumnos del 2do y 3ro de diversificado, se les pregunto sobre los métodos anticonceptivos y sus respuestas fueron regulares, en el tema de las enfermedades de transmisión sexual todos fallaron.

**Gráfico 8. Total de la valoración de los postCAPs en la unidad educativa Alejandro Andrade**

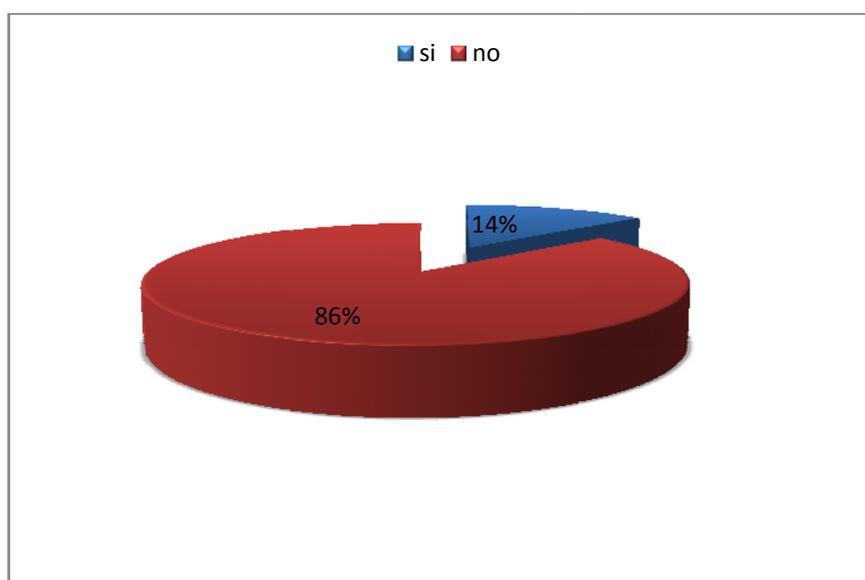


Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

En la valoración posterior a la aplicación de los talleres se consiguió mejorar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en un 80%, esto con el fin de que los estudiantes eviten las conductas y prácticas sexuales que pongan en riesgo su salud. Por este motivo, en los de 8vo y 9no de básica se reforzó los conocimientos de: Pubertad, Anatomía y Función del Aparato Reproductor, en el 10mo se llegó hasta el tema de Infecciones de Transmisión Sexual. Y en el resto de años se aplicaron todos los talleres.

### 9.2.2 Capacitación de los docentes del colegio Alejandro Andrade Corderoen Salud Sexual y Reproductiva.

**Gráfico 9. Capacitación de los docentes del colegio Alejandro Andrade Corderoen Salud Sexual y Reproductiva.**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

Son 22 docentes, de los cuales solo 1 es capacitada para la atención de los/las adolescentes, 3 asistieron a las capacitación junto con su grupo y completaron los talleres, otros por el tiempo y el cambio de hora no podían estar presentes y no continuaban con las capacitaciones, otros en cambio no las apoyaron porque retrasaban en sus clases, tenían otros programas planificados, o no les dieron importancia.

### 9.2.3 Capacitación de adolescentes embarazadas en autocuidado de su salud y Salud Sexual y Reproductiva.

**Tabla 10. Parte de atención por consulta externa de los adolescentes en el hospital de Girón, agosto - diciembre 2010.**

FECHA-TIEMPO-ESPECIALIDAD-SERVICIO-IDENTIFICACION

E	1		ES REGISTRAL			Ago-Dic			AÑO 2010		
	2		ESPECIALIDAD			GINECOLOGIA					
	3		SERVICIO			CONSULTA EXTERNA					
	4		NOMBRE DEL PROFESIONAL			DRA. KATHERINE SALAZAR					
ATENCION PREVENTIVA											
PRENATAL				PLANIFICACION FAMILIAR							
PRIMERA		SUBSECUENTE		PRIMERA			SUBSECUENTE				
10-19 AÑOS	20 A 49 AÑOS	10-19 AÑOS	20 A 49 AÑOS	DIU	GO	OTROS	DIU	GO	OTROS	ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS	ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS
18	19	20	21	24	25	26	27	28	29	37	38
10	0	47	0	0	0	4	0	0	20	3	10
11	0	23	0	0	0	8	0	0	14	0	6
6	15	7	25	0	1	10	1	1	10	3	4
3	2	6	27	1	0	2	0	0	15	3	1
0	2	7	9	0	1	0	0	1	8	0	2
<b>30</b>	<b>19</b>	<b>90</b>	<b>61</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>67</b>	<b>9</b>	<b>23</b>

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.

Fuente: Registro de Parte diario

100% de las adolescentes que acudieron al primer control prenatal desde el mes de agosto a diciembre del 2010, se les capacitó en autocuidado de su salud y la identificación de los signos de alarma como: actividad uterina, cefaleas, eliminación de líquido transvaginal, sangrados vaginales, falta de movimientos fetales, edemas, así también se informó de la nutrición adecuada durante la gestación, la importancia de los controles subsecuentes y la

realización de exámenes, la toma de suplementos vitamínicos, además se dio información sobre planificación familiar a las que se encontraban sobre las 34 semanas de gestación, se incentivó el parto normal y la lactancia materna. Esto se confirma con el aumento de los controles subsecuentes observados en el gráfico 6, y en el registro de los partes diarios de la tabla 10.

### **9.3 Resultado 3**

#### **9.3.1 Horario y espacio definido para la atención a los adolescentes en el hospital Aida León de Rodríguez Lara.**

##### **Fotografía 1. Espacio definido y médico capacitado para la atención a los/las adolescente.**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

El tiempo destinado para la atención a los adolescentes es de dos días a la semana (martes y jueves) desde las 2 pm hasta las 4 pm, y serán atendidos por el médico general o médico residente, dependiendo de la consulta se referirá al médico de la especialidad, los turnos serán otorgados previa llamada por teléfono al departamento de estadística. Los espacios aún no se adecuan

para la atención integral, al momento se atiende en los consultorios, por parte de la Dirección del Hospital se están realizando gestiones necesarias con otras entidades uno de ellas es recuperar un espacio en el cual existe una construcción, o por oferta del municipio a dar otro terreno para la construcción de otro hospital y en el cual se implementara la atención preventiva e integral del adolescente.

**Fotografía 2.Espacio en gestiones de recuperación para implementar la Atención Integral del Adolescente.**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

Esta construcción fue creada para la atención integral del niño y adulto mayor, la misma que queda ubicada en los interiores del hospital y que actualmente quedo abandonada perdiendo incluso los recursos externos de otras instituciones, actualmente la dirección del hospital se encuentra realizando gestiones para recuperar dicho el espacio.

### 9.3.2 Formación de la red para la Atención integral del adolescente del Cantón Girón.

#### **Fotografía 3. Presentación de los resultados “Implementación de la Atención Integral de los Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva” en la Ilustre Municipalidad de Girón.**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

El día 7 de julio del 2011, a las 10 horas, en la sala de sesiones “Homero Calle Calderón” ubicada en los interiores del Ilustre Municipio de Girón, y previa invitación de representantes de distintas instituciones, se realizó la presentación de los resultados, promoción y continuidad de la tesis “Implementación de la Atención Integral de los Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva” y la conformación de la RED. Se convocaron a 19 personas, acudiendo al evento solo 10 representantes.

**Fotografía 4. Conformación, acuerdos y compromisos de los integrantes de la red de Atención integral al/los adolescentes del Cantón Girón.**



(Integrantes)

(Acuerdos y compromisos)

Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

Dra. Sandra Sinche, secretaria del Consejo Cantonal de la Niñez y la Adolescencia, colabora con los acuerdos y compromisos que sugieren los Señores integrantes de la misma.

Los integrantes de la RED. Son los siguientes:

- Sra. Dunia Álvarez, Municipio de Girón.
- Dr. Leonardo Delgado, Municipio de Girón.
- Dr. Francisco Chulco, Municipio de Girón.
- Srta. Fernanda Abril, Club adolescentes.
- Srta. Narcisa Cabrera, Movimiento de Niños y Adolescentes.
- Dra. Claus Salcedo, MSP.
- Dra. Nancy Pesantez, MSP.
- Dra. Katherine Salazar, MSP.

- Sr. Juventino Delgado, Rectores de los Colegios Fiscales.
- Sr. Segundo Cobos, Comité Central de Padres de Familia.
- Sra. Graciela Quintanilla, Empresas de Transporte.

**Acuerdos y compromisos:**

1. Puntualidad.
2. Compromisos de las otras instituciones del cantón Girón.
3. Redacción de la carta de apoyo a la RED de Girón al Confie.
4. Determinar día y Hora para los talleres de la RED.

**Fotografía 5. Reuniones de red de Atención integral al/los adolescentes del Cantón Girón.**

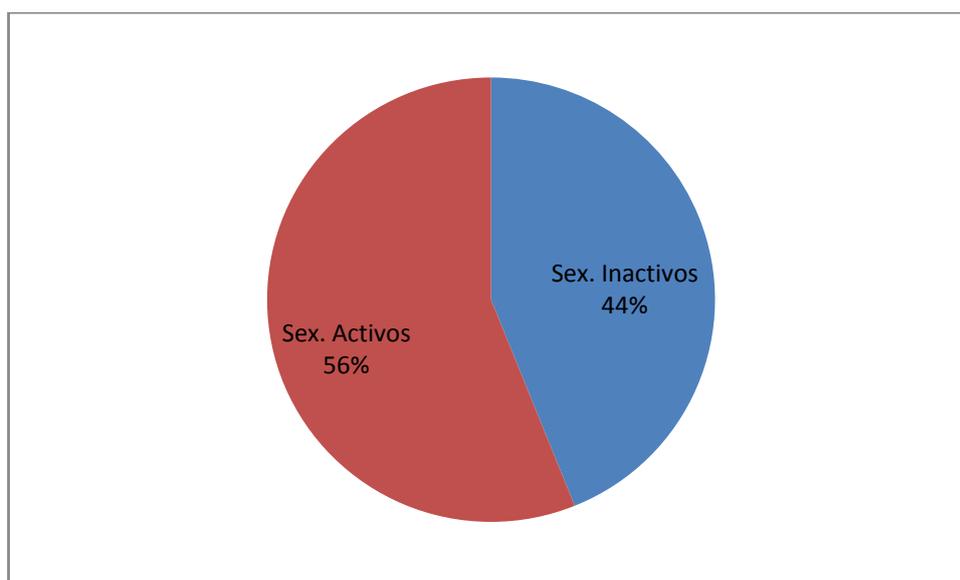


Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

El día viernes 15 de Julio, se realizó una reunión multidisciplinaria, para dar propuestas de acción ante la problemática de la salud sexual de los adolescentes y planificar otras acciones a más de las capacitaciones que se dan las unidades educativas. La propuesta final fue la creación del club de adolescentes en cada comunidad.

#### 9.4 Otros resultados que nos dieron los adolescentes y padres de familia

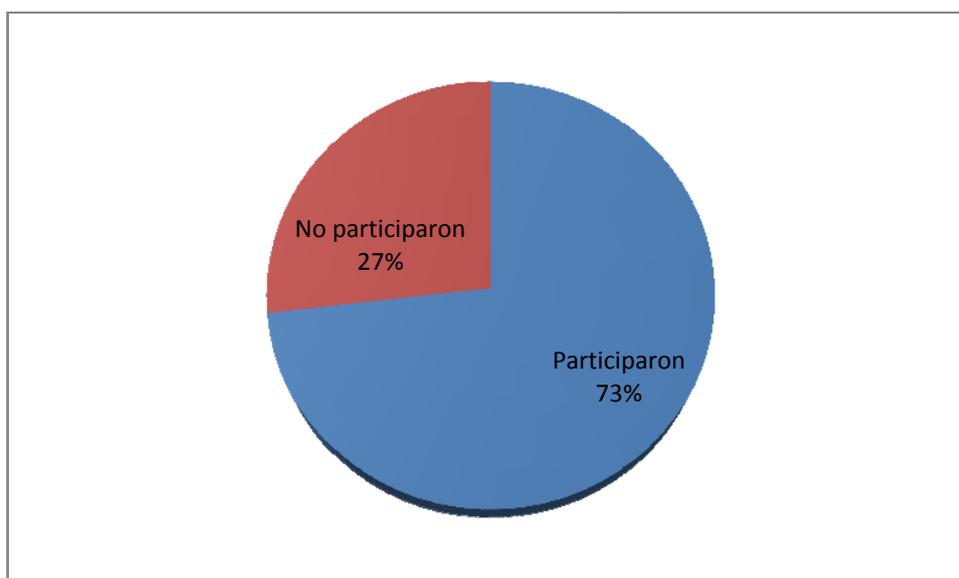
**Gráfico 10. Debut sexual de los adolescentes del 2do y 3er año de diversificado del colegio Alejandro Andrade Cordero.**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

Se les realizó una encuesta a 41 estudiantes (Total 45), solicitando que coloquen la edad que ellos creen que las personas deberían iniciar su vida sexual; las respuestas eran contradictorias, pues ellos colocaban que el inicio debería ser a los 16-18 años, pero cuando se les preguntó, que colocaran la edad en la cual ellos iniciaron su primera relación, esta era 2 años menor de la que ellos recomendaron. En el 3er año, la primera relación sexual más tempranamente observada fue a los 15 años, en cambio en el 2do año fue a los 13 años. Cabe recordar que el 80% no usa preservativos la primera vez, y 1 de cada 5 embarazos ocurre en el primer mes de iniciada las relaciones, y 1 de cada 2 embarazos en los siguientes 6 meses.

**Gráfico 11. Conductas de los grupos de pares del 2do y 3cero diversificado del colegio Alejandro Andrade Cordero.**



Elaborado por: Dra. Katherine Salazar.  
Fuente: Directa.

Según Montero, Los adolescentes comienzan con los besos, abrazos y caricias íntimas antes de llegar a su debut sexual, y de una etapa a otra puede pasar hasta 6 años para llegar al coito, pero cuando han tenido ya una relación sexual previa este periodo de tiempo se acorta y se hace solo en meses con la nueva pareja. 19 de los adolescentes (de 20 alumnos) participaron en caricias íntimas y pertenecían al 2do año de diversificado, 11 del 3er año (del total de 23), la edad más temprana observada fue de 13 años en ambos grupos. Por lo revisado en la bibliografía, hay que tomar en cuenta los casos de inicio sexual de los adolescentes, para evitar en un futuro conductas sexuales que pongan en riesgo su salud o que alteren su proyecto de vida.

## 10. CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos, se concluye, que las acciones de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, tienen que ser implementadas evaluando los conocimientos que obtuvieron previamente en estos temas, y tienen que ser dados desde edades más tempranas, o sea se deben empezar desde las escuelas con lenguaje claro y adecuado para la edad. La información que muchos niños reciben de sus padres puede ser equivocada, ellos también desconocen los cambios que experimentan los adolescentes; y en las unidades educativas muchos docentes no están capacitados para abordar estos temas, o ponen poco interés; algunos profesionales de salud en cambio emiten juicios de valor. Con la capacitación del equipo de salud se logró que las adolescentes sobre todo embarazadas acudan a los controles subsecuentes con lo cual se mejoró la confianza en el personal médico y la cobertura en el Hospital de Girón. Por la respuesta obtenida de los padres y adolescentes encuestados, se confirma que la falta de comunicación y el ausentismo de los padres lleva al adolescente al inicio de una actividad sexual precoz e irresponsable; por ello se diseñaron módulos para la capacitación para los profesores y padres de familia para abordar e implementar los temas de Salud Sexual y Reproductiva.

Identificando los recursos, conocimientos, actitudes, modalidad de atención, fortalezas, debilidades, coordinación y cobertura de las instituciones que trabajan en el ámbito de la sexualidad y educación sexual, se diseñó una propuesta de vinculación y participación multidisciplinaria e interinstitucional, esto es la formación de la "REDde Atención Integral al/los Adolescentes", con lo cual se logrará la continuidad del proyecto en otras unidades educativas y se realizará controles del cumplimiento de los mandatos de salud sexual para los adolescentes .

## 11. RECOMENDACIONES

1. Este proceso educativo que debe iniciarse en la infancia, cobra vital importancia en la adolescencia por su alta vulnerabilidad que pone en riesgo el equilibrio de la relación dialéctica del proceso salud-enfermedad.
2. Para alcanzar el desarrollo de una sexualidad sana y enriquecedora, meta de la Educación Sexual, es indispensable la participación activa de toda la sociedad.
3. Se hace necesaria una educación sexual a nivel no sólo de los adolescentes, sino también de sus padres, encargados, y educadores que permita visualizar ésta con todas las dimensiones anotadas anteriormente y que señalan la equidad en los géneros, la responsabilidad de asumir una vida sexual activa y el manejo adecuado de sentimientos.
4. Los centros de salud deben a personalizarse de los programas de atención preventiva de salud en los niños y adolescentes, implementar los programas y dar continuidad, con ello se trabajara verdaderamente con la población más vulnerable y lograr en un futuro adultos sanos.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Aliño, M. López, J. y Navarro, R. (2006). Adolescencia Aspectos generales y atención a la salud. Revista Cubana Medicina General Integral. Vol.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. Extraído, el 2 de abril, 2011, de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100009&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100009&script=sci_arttext&lng=en)
2. Ambrosi, T. (2008). Hay Niñas Embarazadas. Extraído, el 01 de Abril 2011, de: <http://www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo18.htm>.
3. Arias, M. (2008). Modificationtoknowledgeofsuicidalbehavior in teenagers andyoungadultsatrisk. [Modificación de conocimientos sobre conductas suicida en adolescentes y adultos jóvenesconriesgo]. Extraído, el 4 de febrero, 2011, de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000100005&script=sci_arttext)
4. Aucher, M. Balbuna, M. (2001). El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años. Extraído, en 10 de diciembre 2010, de: [www.Unne.edu.ar/cyt/2001/3-Mecidos/M-052.pdf](http://www.Unne.edu.ar/cyt/2001/3-Mecidos/M-052.pdf).
5. Ávila, E. Cid, M. y García I. (2008). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana Pediatría. 74(4):0-0. Extraído, el 4 febrero, 2011, de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312002000400008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400008&lng=es&nrm=iso).
6. Botero, J. Júbiz, A. y Henao, G. (2001). *Obstetricia y Ginecología*. 6ta ed. (p. 631-634). © Copyright 1999.
7. Burgos, L. y Carreño, S. (1997). Comparación de los Factores de Riesgo en dos Poblaciones de Embarazadas Adolescentes Nulíparas. Argentina. XVI, Núm. 3. Extraído, en 10 de diciembre 2010, de:

- [http://209.85.165.104/search?q=cache:U\\_HFpLj2k0Oj.www.sarda.org.ar/Revista%2520sard%C3%A1/97c/104-](http://209.85.165.104/search?q=cache:U_HFpLj2k0Oj.www.sarda.org.ar/Revista%2520sard%C3%A1/97c/104-)
8. Cabero, R. (2003). *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Tomo 2, (p. 1495). Madrid: Panamericana.
  9. Carbajal, M. (2010). Cada 5 minutos una Adolescente es Madre. Extraído el 15 de marzo, 2011, de:  
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=60410>
  10. Celi, R. e Hidalgo, L. (2008). Factores Etiológicos y Epidemiológicos en Adolescentes Embarazadas. Extraído, en 10 de diciembre 2010, de:  
<http://www.ginecoquayas.com/articulos/medicos/factores-etiológicos-epidemiológicos-adolescentes-embarazadas.pdf>
  11. Cipriani, P (2010). El 80% de los adolescentes no se cuida en el debut sexual. Extraído el 15 de marzo, 2011, de:  
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=63546>
  12. Chaves, R. (2006). Adolescencia y manejo de la sexualidad. Extraído, el 1º diciembre, 2009, de :  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art5.htm>
  13. CHOCHRANE. 2008. Antecedents of teenage pregnancy from a 14-year follow-up study using data linkage. [Antecedentes de embarazo en adolescentes un estudio de 14 años usando datos de cohorte] Extraído el 15 de marzo, 2011,  
de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834626/?tool=pmcentrez>.
  14. CHOCHRANE. 2008. Psychiatric disorders among low-income women and unintended pregnancies. [Desordenes Psiquiátricos entre mujeres de escasos recursos y embarazos no deseados. Extraído el 15 de marzo, 2011,  
de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2767197/?tool=pmcentrez>
  15. Dulando, (2000). *El adolescente*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

16. Eclesiastés 11:9 y 10. Sociedades Bíblicas Unidas. Dios Habla Hoy. Edición Interconfesional de Referencia. 1996.
17. Educación Sexual en Uruguay. Extraído, el 11 de abril, 2011, de: [http://74.125.155.132/scholar?q=cache:wMSABimoEQYJ:scholar.google.com/+atencion+integral+del+adolescente&hl=es&as\\_sdt=0](http://74.125.155.132/scholar?q=cache:wMSABimoEQYJ:scholar.google.com/+atencion+integral+del+adolescente&hl=es&as_sdt=0)
18. Elustondo, G. (2010). Pocos padres hablan sin trabas de sexo con sus hijos. Extraído, el 8 de Enero, 2011, de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=55949>
19. En Ecuador Dos de Cada Tres Adolescentes Están Embarazadas. (2011). Extraído, viernes 04 de marzo, 2011, de: <http://noticias.latino.msn.com/latinoamerica/ecuador/articulos.aspx?cp-documentid=27891018>
20. Gavilánez, G. (2009). Normas y *Protocolos de Atención Integral a Adolescentes*. Quito: Poligráfica C. A.
21. Grunbaum, S. Belamendia M. Hortonedá Y. Bazzano M. Ramos V. López P. y cols. (2009) Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Uruguay. Extraído, el 2 de abril, 2011, de: <http://www.sguruguay.org/documentos/guias-msp/msp-pnsa-guias-abordaje-integral-salud-adolescentes-primer-nivel-atencion.pdf>.
22. INTRAMED. (2010). El 40% de las mujeres no va al ginecólogo. Extraído, el 2 de abril, 2011, de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=39352>
23. Manrique, R. Rivero, A. y Ortunio, M. (2009). Parto pretérmino en adolescentes. Extraído, viernes 04 de marzo, 2011, de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=en&nrm=iso&ignore=.html)
24. Marín, L. y Reyes, Z. (2009). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Extraído, el 29 de

- marzo, 2011, de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200014&script=sci\\_arttext&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200014&script=sci_arttext&lng=es)
25. Martínez, V. (2009). Desarrollo Psicológico e Identidad Sexual. Curso de Actualización en Ginecología Infanto Juvenil. Santiago: Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente.
26. Molina, R. (2006). *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.
27. Montero, A. (2009). Anticoncepción en la Adolescencia, Curso de Actualización en Ginecología Infanto Juvenil. Santiago: Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente.
28. Profile of sexuality counseling assistants in an adolescent center. (2005). Revista chilena de pediatría. vol.76 no.6 Santiago. Extraído, el 29 de marzo, 2011, de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062005000600004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000600004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html).
29. Programa de atención integral al adolescente. (2009). Extraído, viernes 04 de marzo, 2011, de: <http://www.bvs.hn/bva/fulltext/TrifolioPAIA.pdf>
30. Silbert. T. Minist, M. y Maddaleno M. (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Paltex. Núm. 20. (p: 723). Washington: © Copyright
31. Ulanowicz, M. Parra, K. Wendler, G. y Monzon, L. (2006). Riesgos en el embarazo en la adolescente. Rev. de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 153(4):13-17.

## 13. ANEXOS

### Anexo 1. Módulo educativo # 1

#### **Talleres de capacitación para los/las adolescentes, adolescente embarazada en temas de salud sexual reproductiva, control prenatal y derechos de la mujer**

##### **Objetivos generales**

- Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas, en los Adolescentes y adolescente embarazada, sobre salud sexual reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, control prenatal y derechos de la mujer.

##### **Objetivos específicos**

- Entender la importancia de la sexualidad.
- Conocer la anatomía y fisiología de la reproducción.
- Conocer las enfermedades sexualmente transmisibles.
- Aprender que métodos de planificación familiar existentes.
- Conocer por que es importante que toda mujer embarazada acuda a los controles y que debe esperar del personal de salud en cuanto a la atención y solicitud de exámenes
- Entender la importancia de los exámenes de laboratorio en toda mujer embarazada
- Saber que síntomas de peligro pueden presentarse durante el embarazo y cuando acudir al médico.
- Entender la importancia de acudir al control Prenatal.
- Conocer los derechos de las mujeres en cuanto a sexualidad y reproducción

##### **Contenidos**

#### **1. La sexualidad integrada a la persona:**

- **A)** Aspecto físico
- **B)** Aspecto social
- **C)** Aspecto psicológico
- **D)** Aspecto moral y espiritual

- *La relación*
- *El placer*
- *Enfermedades de transmisión sexual*

## **2. Revisión anatómica:**

- **A)** Aparato genital femenino
- **B)** Aparato genital masculino

## **3. Revisión funcional:**

- **A)** Ciclo menstrual
- **B)** Fertilidad
- **C)** Fecundación

## **4. Enfermedades sexualmente trasmisibles:**

- **A)** Sexualidad.
- **B)** Sexualidad y género.
- **C)** Placer, afectividad e identidad sexual.
- **D)** Métodos de transmisión de VIH y enfermedades de transmisión sexual, prácticas sexuales y uso de sustancias.
- **E)** Descripción del VIH/SIDA. periodo asintomático.
- **F)** Formas y medios para prevenir la transmisión.

## **5. Planificación familiar:**

- **A)** Anticoncepción
  - *Métodos naturales*
  - *Métodos artificiales*

## **6. Embarazo:**

- **A)** Primeros síntomas
- **B)** Cambios físicos y funcionales
- **C)** Signos y síntomas de peligro durante el embarazo

## **7. Control prenatal:**

- **A)** Generalidades
- **B)** Importancia
- **C)** Desde cuándo deben iniciar el control
- **D)** Cuantos controles son necesarios
- **E)** Exámenes que deben realizarse:
  - *Examen físico*
    - Signos vitales

- General
- Antropométrico
- *Examen gineco-obstétrico*
- *Examen odontológico*
- *Exámenes de laboratorio:*
  - Examen de orina
  - Examen de sangre
    - Grupo y factor sanguíneo
    - Hemoglobina
    - VIH
    - VDRL
  - Papanicolaou

1. **F)** Inmunizaciones
2. **G)** Ecografías
3. **H)** Suplementación de hierro y folatos
4. **I)** Recomendaciones:
  5. *Alimentación*
    6. Proteínas
    7. Hidratos de carbono
    8. Grasas
    9. Vitaminas
    10. Minerales
      - Calcio y fósforo
      - Magnesio
      - Hierro
      - Yodo
      - Zinc
      - sodio
  11. *Higiene*
    - Mental
    - Personal
  12. *Actividad sexual*
  13. *Medicamentos y sustancias nocivas*
  14. *Actividad física*
  15. *Viajes*
  16. *Fomento de la lactancia materna*
  17. *Importancia del Carné Materno*
- **J)** Resumen: que se debe realizar en cada control:
  - *Primer control*
  - *Segundo control*
  - *Tercer control*

- *Cuarto control*
- *Control posparto*

## **Anexo 2. Módulo educativo #2**

**Actualización para el equipo de salud de los protocolos de atención integral a los/las adolescentes, norma y protocolo materno, y desarrollo del programa de salud sexual y reproductiva.**

### **Objetivos generales**

Capacitar al personal de salud sobre importancia de la actualización en las prácticas de control prenatal, el uso correcto de los protocolos del MSP sobre: Atención Integral a Adolescentes, Norma y Protocolo Materno; y el desarrollo del programa de salud sexual y reproductiva, y un buen trato a la embarazada.

### **Objetivos específicos**

- Implementar los protocolos de atención integral a adolescentes, Norma y Protocolo Materno, y desarrollo de los programas de salud sexual y reproductiva.
- Motivar al personal sobre la importancia de la actualización en las prácticas de control prenatal basados MSP.
- Incentivar a la práctica de prevención más que curación por parte del personal Médico.
- Mejorar el trato en la atención de la mujer embarazada y respetar sus costumbres y tradiciones.

## Contenidos

### 1. Embarazo:

- **A)** Primeros síntomas
- **B)** Cambios físicos y funcionales
- **C)** Signos y síntomas de peligro durante el embarazo.

### 2. Control prenatal:

- **A)** Generalidades
- **B)** Importancia
- **C)** Desde cuándo deben iniciar el control
- **D)** Cuantos controles son necesarios
- **E)** Exámenes que deben realizarse:
  - *Examen físico*
    - Signos vitales
    - General
    - Antropométrico
  - *Examen gineco-obstétrico*
  - *Examen odontológico*
  - *Exámenes de laboratorio:*
    - Examen de orina
    - Examen de sangre
      - Grupo y factor sanguíneo
      - Hemoglobina
      - VIH
      - VDRL
    - Papanicolaou

18. **F)** Inmunizaciones

19. **G)** Ecografías

20. **H)** Suplementación de hierro y folatos

21. **I)** Recomendaciones:

22. *Alimentación*

23. Proteínas

24. Hidratos de carbono

25. Grasas

26. Vitaminas

27. Minerales

- Calcio y fósforo
- Magnesio
- Hierro
- Yodo
- Zinc
- sodio

*28. Higiene*

- Mental
- Personal

*29. Actividad sexual*

*30. Medicamentos y sustancias nocivas*

*31. Actividad física*

*32. Viajes*

*33. Fomento de la lactancia materna*

*34. Importancia del Carné Materno*

**1. Maternidad Gratuita.**

**Anexo 3. Aplicación de pre- test en las unidades educativas en temas de salud sexual y reproductiva**

Ejemplo de CAPs para el Colegio “Alejandro Andrade Cordero”, para el 8vo, 9no, 10mo de básica, 1ro y 2do diversificado.

**PREGUNTA #1:**

**La bolsa de piel que recubre los testículos y los mantiene fuera del abdomen se llama...**

1. Bolsacroto.
2. Bolsa testicular.
3. Glándula testicular.
4. Escroto.

**PREGUNTA #2:**

**Donde se producen los espermatozoides....**

1. En los testículos.
2. En el pene.
3. En la próstata.
4. En los ovarios.

**PREGUNTA #3:**

**Con que nombre se conoce popularmente la menstruación?**

.....  
.....

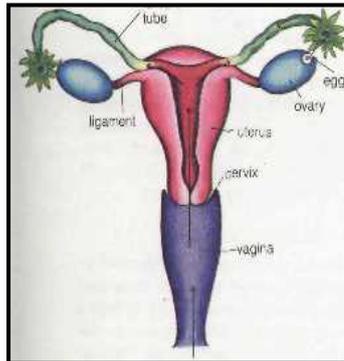
**PREGUNTA #4:**

**La ovulación tiene lugar aproximadamente...**

1. Cuatro veces al año.
2. Cada dos mese.
3. Cada 28 días.
4. Cada 38 días.

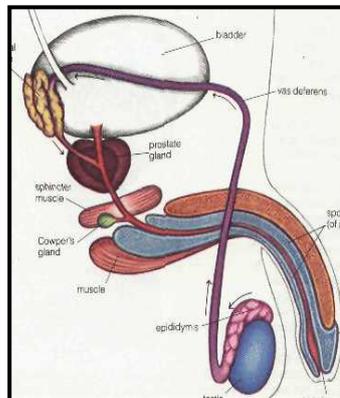
**PREGUNTA #5:**

**Escribe en el gráfico donde están: los ovarios, el útero, la vagina, las trompas de Falopio.**



**PREGUNTA #6:**

**Escriba en el gráfico donde está el pene, conductos deferentes, epidídimo, testículos y próstata.**



**PREGUNTA # 7:**

**Que sabe usted que es la fecundación?**

.....  
.....  
.....

Nota: las preguntas serán aplicadas según el año y los problemas percibidos.

**Anexo 4. Aplicación de post test en las unidades educativas**  
**Evaluación de los Conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva**

**Pregunta #1:**

**Que es la ovulación...**

1. La liberación de un ovario del aparato reproductor femenino.
2. La liberación de un ovulo por un ovario.
3. La liberación ovárica de la mujer.
4. La liberación de los espermatozoides a través del pene.

**Pregunta #2:**

**Que cambios ocurren en la adolescencia?**

En la mujer.....  
.....  
En el varón.....  
.....

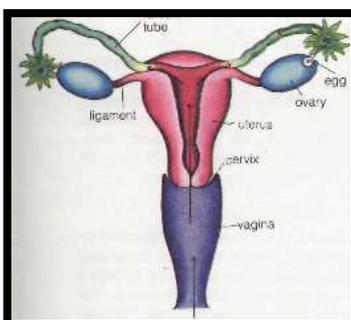
**Pregunta # 3.**

**Consecuencias pueden haber si decide tener relaciones sin protección en la adolescencia?**

.....  
.....  
.....  
.....

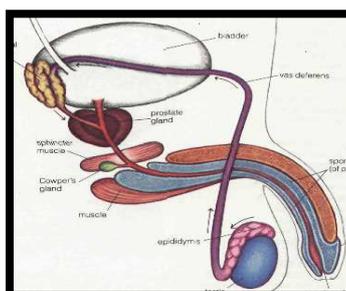
**Pregunta #4:**

**Escribe en el gráfico donde están: los ovarios, el útero, la vagina, las trompas de Falopio**



**Pregunta # 5:**

**Escriba en el gráfico donde está el pene, conducto deferente, epidídimo, testículo y próstata.**



**Pregunta # 6:**

**Una con línea lo que**

**corresponde.**

Ovarios

Testículo

- Progesterona
- Espermatozoides
- Testosterona
- Estrógenos
- Óvulos

**Pregunta # 7:**

**La fecundación humana se produce cuando...**

1. Un espermatozoide llega primero y gana.
2. Muchos espermatozoides atraviesan la membrana del ovulo.
3. Algún espermatozoide llega a los ovarios.
4. Un espermatozoide atraviesa la membrana del ovulo.

**Pregunta # 8:**

**Cual/les de los siguientes métodos anticonceptivos es recomendado para los adolescentes que han iniciado vida sexual?**

- ¿Naturales cual y por qué? .....
- .....
- ¿Hormonales cual y por qué?.....
- .....
- ¿De Barrera cual y por qué?.....
- .....

**Pregunta # 9:**

**Que método anticonceptivo previene las enfermedades de trasmisión sexual?**

.....  
.....

**Pregunta # 10:**

**Qué opinión tiene Usted sobre el aumento de casos de padres adolescentes?**

.....  
.....  
.....  
.....

Nota: los post Caps. Serán realizados según año que cursan los estudiantes y conocimientos previos.

**Anexo 5. Aplicación de post test en el hospital de Girón para las adolescentes.**

**Evaluación de los conocimientos: tema sexualidad y revisión anatómica – funcional.**

**PREGUNTA #1:**

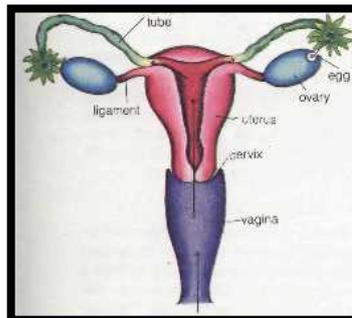
**QUE CONSECUENCIAS PUEDEN HABER SI DECIDE TENER RELACIONES SIN PROTECCIÓN ANTES DEL MATRIMONIO?**

**RESPUESTA:**

- Embarazo no deseado
  - Enfermedad de transmisión sexual
  - Sentimientos de culpabilidad 4
  - Pérdida de la dignidad y autoestima
- } } } 2 } 1

**PREGUNTA #2:**

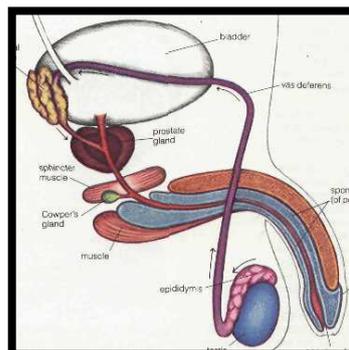
**ESCRIBE EN EL GRÁFICO DONDE ESTÁN: LOS OVARIOS, EL ÚTERO, LA VAGINA, LAS TROMPAS DE FALOPIO**



**RESPUESTA:** Si tiene 4 respuestas correctas tiene 4 puntos, si tiene 3 respuestas correctas tiene 3 puntos, y así sucesivamente.

**PREGUNTA #3:**

**ESCRIBA EN EL GRÁFICO DONDE ESTA EL PENE, CONDUCTOS DEFERENTES, EPIDÍDIMO, TESTÍCULOS Y PRÓSTATA.**



**RESPUESTA:** Si tiene 4 respuestas correctas tiene 4 puntos, si tiene 3 respuestas correctas tiene 3 puntos, y así sucesivamente.

**PREGUNTA # 4:**

SABE USTED CUANDO PUEDE EMBARAZARSE LA MUJER Y POR QUE?

**RESPUESTA:**

- **Si contesta:** La mujer puede embarazarse el día de la ovulación (cuando se resta 14 días del primer día de la menstruación) +-4 días. **Vale 4 puntos**
- **Si contesta:** +- 4 días del día de la ovulación. **Vale 3 puntos**
- **Si contesta:** cuando esta ovulando. **Vale 2 puntos**
- **Si contesta:** después de la menstruación. **Vale 1 punto**

**PREGUNTA # 5:**

QUE SABE USTED ACERCA DE LA FECUNDACIÓN?

**RESPESTA:**

- **Si contesta:** En cada relación sexual el hombre deposita en la vagina de la mujer 400 millones de espermatozoides y si en su breve vida de 24-48 horas, el óvulo se encuentra con un espermatozoide se producirá la fecundación, es decir el inicio de la vida de un nuevo ser. A partir de este momento el huevo empieza a crecer y desarrollarse, esta etapa durará 10 meses para que pueda nacer. **Vale 4 puntos**
- **Si contesta:** En cada relación sexual el hombre deposita muchos espermatozoide en la vagina de la mujer para fecundar el ovulo **Vale 3 puntos**
- **Si contesta:** Es cuando se une el ovulo y el espermatozoide **Vale 2 puntos**
- **Si contesta:** Es cuando va a nacer el niño **Vale 1 punto**

**Continuación**

**Evaluación de los conocimientos: planificación familiar y embarazo**

**PREGUNTA # 1:**

QUE MÉTODOS PARA NO TENER HIJOS CONOCE USTED?

**RESPUESTA:**

- **Si contesta:** Naturales (Billings, Temperatura, Sintotermico) Artificiales (Hormonales, Barrera, quirúrgicos, DIU, otros). **Vale 4 puntos**
- **Si contesta:** Pastillas, inyecciones, condones, T de cobre **Vale 3 puntos**
- **Si contesta:** Pastillas, condones. **Vale 2 puntos**
- **Si contesta:** No sabe **Vale 1 punto**

**PREGUNTA # 2:**

SABE USTED QUE MOLESTIAS GRAVES PUEDE PRESENTAR LA MUJER EMBARAZADA?

**RESPUESTA:**

- **Si contesta:** fiebre, vomito exagerado, dolor de cabeza, sangrado, hinchazón del cuerpo, secreciones y dolor al orinar **Vale 4 puntos**
- **Si contesta:** Vomito exagerado, dolor de cabeza, hinchazón **Vale 3 puntos**
- **Si contesta:** dolor de cabeza. **Vale 2 puntos**
- **Si contesta:** No sabe **Vale 1 punto**

**PREGUNTA #3:**

USTED CREE QUE ES PELIGROSO CUANDO LA EMBARAZADA PRESENTA DOLOR DE CABEZA Y POR QUE?

**RESPUESTA:**

- Porque la presión esta alta
  - Porque hay peligro para el niño
  - Porque le pueden dar ataques
  - Porque la madre puede morir
- } } } }  
 4 } 2 } 1  
 3 }

**PREGUNTA # 4:**

QUE SÍNTOMAS NORMALES PUEDE PRESENTAR LA MUJER CUANDO ESTA EMBARAZADA?

**RESPUESTA:**

- **Si contesta:** nausea, vómitos generalmente se producen por la mañana, cambios en el apetito, aumento de la saliva, dolor al orinar, ganas de orinar a cada rato, dolor de los senos y oscurecimiento de los pezones. Después la mujer puede

sospechar que está embarazada por que no le viene la menstruación. Un tiempo después el médico puede también detectar oscurecimiento de los genitales, puede palpar el crecimiento del útero, latidos del corazón del niño, movimientos del niño, etc. **Vale 4 puntos**

- **Si contesta:** náusea, vómito, cambios en el apetito, aumento de la saliva, dolor al orinar, ganas de orinar a cada rato, dolor de los senos y oscurecimiento de los pezones. No le viene la menstruación, oscurecimiento de los genitales. **Vale 3 puntos**
- **Si contesta:** náusea, vómito, aumento de la saliva, dolor al orinar. **Vale 2 puntos**
- **Si contesta:** No sabe **Vale 1 punto**

### Evaluación de los conocimientos: control prenatal y maternidad gratuita

#### PREGUNTA #1:

PORQUE CREE QUE ES IMPORTANTE QUE LA MUJER EMBARAZADA SE HAGA REVISAR DEL MÉDICO?

#### RESPUESTA:

- Para cuidar la salud de ambos
  - Para descubrir ETS, anemia, etc.
  - Para recibir medicamentos y consejos
  - Para prepararse para el parto
- } 3 } 2 } 1

#### PREGUNTA # 2:

SABE PORQUE EL MEDICO PIDE EXÁMENES A LA EMBARAZADA?

#### RESPUESTA:

- Para descubrir enfermedades
  - Para que el médico pueda dar tratamiento
  - Para que el niño no se enferme
  - Para que no hayan complicaciones
- } 3 } 2 } 1

**PREGUNTA #3:**

DESDE CUANDO DEBE IR LA EMBARAZADA AL MEDICO Y CUANTAS VECES?

**RESPUESTA:**

- **Si contesta:** Desde que se que estoy embarazada en 1er- 2do mes y por lo menos 4 veces en total y después del parto **Vale 4 puntos**
- **Si contesta:** desde que se que estoy embarazada y todo el embarazo **Vale 3 puntos**
- **Si contesta:** Al saber que estoy embarazada y antes de dar a luz **Vale 2 puntos**
- **Si contesta:** No sabe **Vale 1 punto**

**PREGUNTA # 4:**

QUE DEBE HACER Y EVITAR LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO?

- |   |   |   |        |
|---|---|---|--------|
| • Comer de todo                                 | ← | → | Evitar |
| • Fumar y tomar alcohol                         | ← | → | Hacer  |
| • Viajes largos                                 | ← | → | Hacer  |
| • Tomar medicamentos recomendados por el médico | ← | → | Evitar |

**PREGUNTA # 5:**

QUE BENEFICIOS BRINDA LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA?

**RESPUESTA:**

- **Si contesta:** Prestación de salud para el control prenatal, parto, cesárea, emergencias obstétricas, detección oportuna del cáncer, planificación familiar, atención a los recién nacidos y nacidos normales y con patología, control de crecimiento y desarrollo y las enfermedades más frecuentes de la infancia **Vale 4 puntos**
- **Si contesta:** Prestación de salud para el control prenatal, parto, cesárea planificación familiar, recién nacidos y enfermedades más frecuentes de la infancia **Vale 3 puntos**
- **Si contesta:** Prestación de salud para el embarazo, parto y para los niños pequeños. **Vale 2 puntos**
- **Si contesta:** No sabe **Vale 1 punto**

## VALORACIÓN DE LAS PREGUNTAS PARA LA VALORACIÓN DE LOS CAPs

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	0	1	2	3	4
1. Que consecuencias pueden haber si decide tener relaciones sin protección antes del matrimonio?					
2. Escribe en el gráfico donde están: los ovarios, el útero, la vagina, las trompas de Falopio					
3. Sabe usted cuando puede embarazarse la mujer y por qué?					
4. Que métodos para no tener hijos conoce usted?					
5. Sabe usted que molestias graves puede presentar la mujer embarazada?					
6. Usted cree que es peligroso cuando la embarazada presenta dolor de cabeza y por qué?					
7. Porque cree que es importante que la mujer embarazada se haga revisar del médico?					
8. Sabe porque el médico pide exámenes a la embarazada?					
9. Desde cuándo debe ir la embarazad al médico y cuantas veces?					
10. Que debe hacer y evitar la madre durante el embarazo?					

**Anexo 6. Aplicación de los talleres de capacitación en salud sexual y reproductiva, y formación de la red de atención integral para los Adolescentes.**

**Fotografía 6. Aplicación del Taller de Salud sexual y Reproductiva.**



Enseñando el abordaje de sexualidad en los adolescentes  
"La empatía"

Docentes y profesionales de la salud que participaron en los talleres de salud sexual y reproductiva.

**Fotografía 7. Aplicación del Taller de Salud sexual y Reproductiva en el colegio Alejandro Andrade Cordero.**



Aplicación de los CAPs

usando material Audiovisual

**Fotografía 8. Aplicación del Taller de anticoncepción en el colegio Alejandro Andrade Cordero.**



Se formó 5 grupos, se entregó a cada uno los distintos métodos anticonceptivos, y se indicó cuáles son los adecuados para los adolescentes clasificándolos de la siguiente manera: grupo A: adolescentes sin antecedentes de embarazo previo, Grupo B: con antecedentes de Aborto, Grupo C: madres, además se explicó el ciclo ovárico para enseñar adecuadamente los métodos naturales.

**Fotografía 9. Grupo de adolescentes capacitados del colegio Alejandro Andrade Cordero que acuden a la atención preventiva.**



**Fotografía 10. Adolescente firmando la asistencia a los talleres.**



**Fotografía 11. Reunión con la Srta. Secretaria-Abogada del Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, para la invitación a la conformación de la red.**

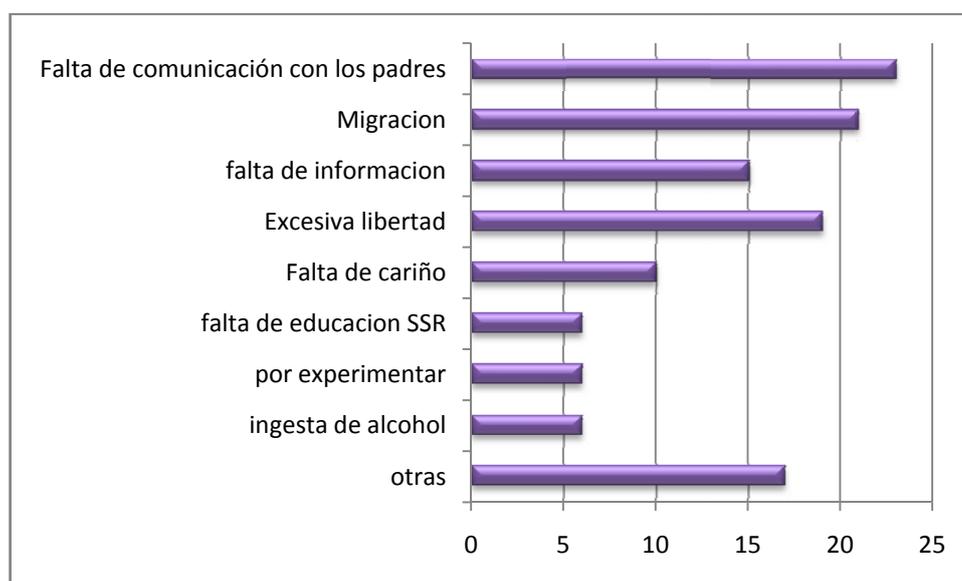


**Fotografía 12. Firma de los integrantes de la red de Atención Integral a los/las Adolescentes del cantón Girón.**



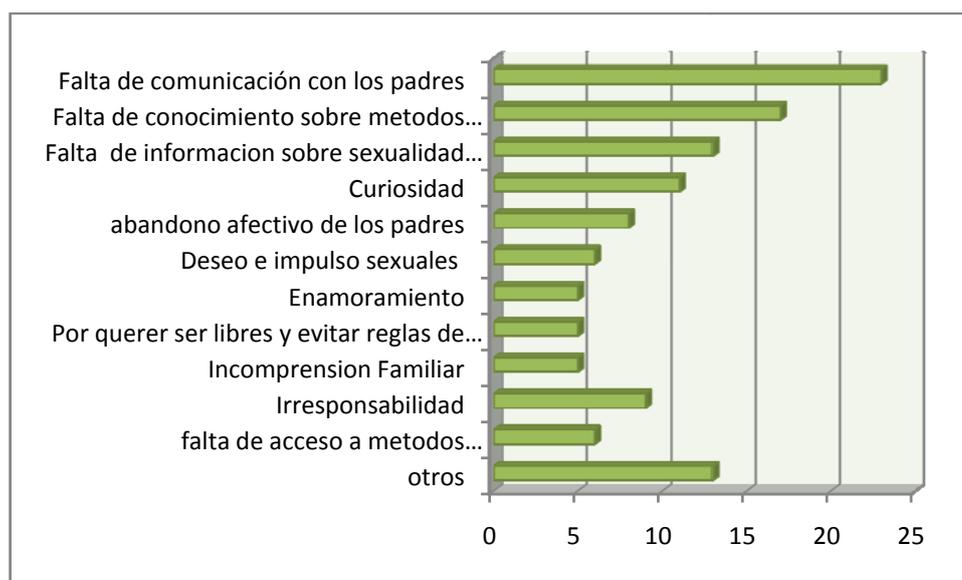
## Anexo 7. Otros resultados que dieron los padres de familia y adolescentes durante los talleres y la consulta

**Gráfico 12. Factores de riesgo para el embarazo en adolescentes según sus padres**



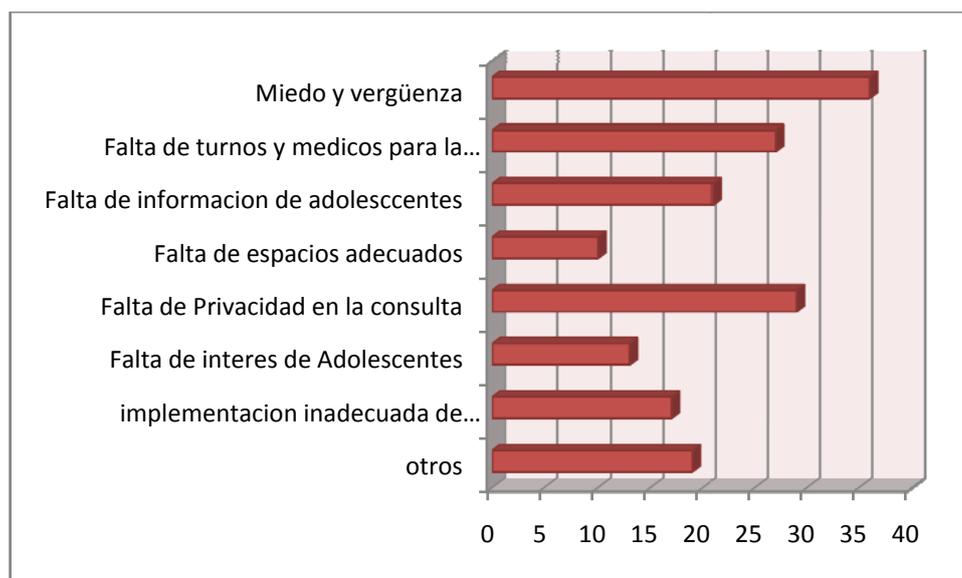
Luego de la capacitación se les realizó la técnica de lluvia de ideas, se observó que los padres indican que la causa fundamental de los embarazos no planificados son la falta de comunicación con sus hijos, la ausencia de los padres en el hogar, la falta de conocimientos de ellos en temas de salud sexual y reproductiva, lo que lleva a la excesiva libertad y a una conducta sexual de riesgo.

**Gráfico 13. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes según este grupo**



En comparación con lo que piensan los padres que son las causas del inicio sexual, las respuestas dadas por los adolescentes coinciden, y son: la falta de comunicación, y conocimiento deficiente en temas de Salud Sexual y Reproductiva. Los adolescentes que asistieron al hospital aseguraron que no hacían planificación familiar por que la relación era o fue momentánea, y luego de la asesoría sobre métodos anticonceptivos, pocos aceptaron usar preservativos, preferían usar pastillas porque les habían dicho que era más segura, ninguno de los adolescentes se había realizado un examen ginecológico completo o la prueba del VIH.

**Gráfico 14. Causas del porqué de la inasistencia a la atención para Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.**



El miedo y la vergüenza y la falta de privacidad es una de las causas por la que no acuden a la atención médica, no existe los espacios para hacer una atención preventiva y poder hablar sobre temas de sexualidad, y no creen en la confidencialidad de la entrevista. Hay que tomar en cuenta que ellos en su debut sexual no usan métodos anticonceptivos, y los que sospecharon de embarazo (incluso sin haber tenido la relación sexual en sus días fértiles) utilizaron la píldora del día después sin asesoría médica obteniéndola en lugares que no pertenecen al MSP.



**Anexo 9. Oficio de horarios definidos para la atención a los adolescentes  
por consulta externa.**



Ministerio de Salud Pública  
Dirección Provincial de Salud del Azuay

Of.292-PG-01-2011

Girón, 18 de enero 2011.

SEÑORES INTEGRANTES DEL COMITÉ DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL DE GIRÓN

Presente.

De mi consideración:

En mi calidad de directora del Hospital de Girón, doy a conocer a Ustedes, que la Dra. Zolla Katherine Salazar Torres, Ginecóloga del hospital, se encuentra desarrollando el Proyecto de su tesis "Atención Integral del Adolescente con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva", con el cual se busca mejorar la calidad de vida de la población adolescente e incrementar la cobertura a los servicios de salud del Hospital Aída León de Rodríguez Lara; por lo que se coordinó con el departamento de estadística un horario de atención previa llamada por teléfono, la atención será los días martes y Jueves desde las 2 pm hasta las 4 pm y estará a cargo por el equipo médico capacitado.

Por la atención que den a la presente, les anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Dra. Cluvis Salcedo Serrano

DIRECTORA DEL HOSPITAL DE GIRÓN