



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**La Universidad Católica de Loja**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**MODALIDAD ABIERTA A DISTANCIA**

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

**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL ANDINO  
ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO EN EL PERÍODO AGOSTO  
2006 – ENERO 2007**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MASTER EN  
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**AUTORA:**

**ROBALINO VALDIVIESO MARÍA PAULINA**

**DIRECTORA:**

**Lic. REAL RIVERA MERCEDES ELIZABETH**

**CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA**

**2009**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preliminares	Pp:
Caratula	
Certificación del Director de Tesis	I
Autoría	II
Cesión de Derecho	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Certificación del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo	VIII
Índice de Contenidos	VIII
APARTADO	
<b>1. RESUMEN :</b> _____	1
<b>2. ABSTRAC:</b> _____	2
<b>3. INTRODUCCIÓN:</b> _____	3
<b>4. PROBLEMATIZACIÓN:</b> _____	6
<b>5. JUSTICACION</b> _____	12
<b>6. OBJETIVOS</b> _____	15
<b>6.1. GENERAL</b> _____	15
<b>6.2. ESPECIFICOS</b> _____	15

<b>7. MARCO TEÓRICO</b>	<b>16</b>
<b>7.1. MARCO INSTITUCIONAL</b>	<b>16</b>
<b>7.2. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>18</b>
7.2.1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:	18
7.2.1.1. Embarazo:	18
7.2.1.2. Adolescencia:	18
7.2.1.3. El Embarazo en la Adolescencia:	24
7.2.1.4. Sexualidad y Adolescencia:	27
7.2.2. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE:	28
7.2.2.1. Atención Integral:	28
7.2.3. LA CONSULTA CON ADOLESCENTES:	30
7.2.4. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES:	34
7.2.5. MORBILIDAD OBSTÉTRICA EN LAS ADOLESCENTES:	35
<b>8. DISEÑO METODOLOGICO:</b>	<b>37</b>

A. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS _____	39
B. ÁRBOL DE PROBLEMAS _____	41
C. ÁRBOL DE OBJETIVOS _____	42
D. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO _____	43
ACTIVIDADES _____	45
<b><u>9. RESULTADOS:</u></b> _____	50
<b><u>10. CONCLUSIONES:</u></b> _____	75
<b><u>11. RECOMENDACIONES:</u></b> _____	77
<b><u>12. BIBLIOGRAFÍA:</u></b> _____	78
<b><u>13. ANEXOS:</u></b> _____	81

Magister

Mercedes Elizabeth Real Rivera

DIRECTORA DE TESIS

## **CERTIFICA:**

**Que ha supervisado el presente trabajo titulado “PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL ANDINO ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO EN EL PERÍODO AGOSTO 2006 – ENERO 2007” el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de Universidad Técnica Particular de Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.**

**Riobamba octubre 7 del 2009**

**Lic. Mercedes Real Rivera Mg.**

## **AUTORIA**

**Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad del autor.**

**Riobamba, 25 agosto del 2009.**

**Dra. María Paulina Robalino Valdivieso**

## **CESION DE DERECHO**

**Yo, MARÍA PAULINA ROBALINO VALDIVIESO, declaro conocer y aceptar la disposición del artículo 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”.**

**Riobamba 25 de agosto del 2009**

**Dra. María Paulina Robalino Valdivieso**

## **DEDICATORIA**

A mis hijos Carlitos y Yhoalibeth, a mi esposo y mis padres, quienes fueron un pilar fundamental y de quienes he recibido un apoyo incondicional en el desarrollo de la maestría Gerencia en Salud, además me impulsaron a terminar este largo y difícil pero satisfactorio y gratificante estudio, que ha enriquecido mis conocimientos en el campo de la Gerencia en Salud

**Dra. María Paulina Robalino Valdivieso**



## **AGRADECIMIENTO**

Mi más sincero agradecimiento a los directivos, al personal administrativo del Programa de Maestría de Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por su valioso aporte en mi desarrollo profesional de una manera muy especial reconozco y agradezco la participación de la Directora de Tesis Lic. Mercedes Real, Dr. Gonzalo Bonilla y Dra. Adela Vimos quienes con sus conocimientos y vasta experiencia ha sabido guiar este trabajo de investigación, al personal del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo en la persona de la Ing. Laura Burgos, a los profesionales voluntarios por su predisposición a colaborar en este trabajo, a las adolescentes embarazadas y sus familiares que gentilmente proporcionaron su participación para culminar la investigación.

**Dra. María Paulina Robalino Valdivieso**

**Riobamba 25 de agosto del 2009**



# HOSPITAL ANDINO ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO

## DIÓCESIS DE RIOBAMBA

Pastaza y Manabí Ciudadela 24 de Mayo Telefax: :2600153 Teléfono 2602-580 E-mail: haach@ch.pro.ec

---

A petición verbal de la interesada:

### CERTIFICO

Que la Dra. María Paulina Robalino Valdivieso con cedula de ciudadanía N° 060206405-7 ha realizado su tesis de grado en esta Institución con el tema titulado **“PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL ANDINO ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO EN EL PERÍODO AGOSTO 2006 – ENERO 2007.”**

Es lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Riobamba, a 31 de enero del 2007.

Ing. Laura Burgos  
GERENTE HOSPITAL ANDINO  
ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO

## 1. RESUMEN:

El presente trabajo corresponde a un proyecto socio - educativo de acción que propone un programa para identificar problemas, fortalecer la madurez psico - afectiva, e introducir a las adolescentes embarazadas en su entorno familiar, logrando la aceptación, de la mismas, utilizando tres fases de investigación diagnóstico, factibilidad y diseño.

Este proceso se apoyó en una investigación de campo, donde se recolectó información a través de una encuesta aplicada a cincuenta (50) adolescentes y al personal de salud escolar, sobre la necesidad del programa y la factibilidad técnica, operativa y económica de implementarlo.

La fase diagnóstica demostró que de las 50 encuestadas inicialmente solo 30 de ellas participarían en el programa: el 97 % de adolescentes embarazadas estuvo en la edad de 15 a 20 años, el 60% tenía un grado de instrucción entre el diversificado completo o incompleto, en relación a su escala de valores el 60% tiene en primer lugar la honestidad, en segundo lugar con 60% la sinceridad, pero el 90% excluyó de la escala la responsabilidad. En cuanto al afecto el 100% la ambigüedad moral de las personas, 80% la condición económica, 70% modelos familiares. La sociabilidad 100% los aspectos espirituales, 90% pocas oportunidades de estudiar, trabajar y cuidar a su bebe, 80% las cosas materiales son importantes. La fase de factibilidad demostró que existe la necesidad y la viabilidad de implementar el programa.

La fase del diseño propuso un método de "Enseñanza Guiada" donde la madre adolescente convivió en una comunidad terapéutica hasta lograr reestructurar un proyecto de vida que le permita aprender a crecer en tres áreas básicas: 1) ser capaz de orientar sus acciones en función a determinados valores, 2) Actuar con responsabilidad, 3) desarrollar actitudes de respeto, compartir y aprender a aceptar diferencias. En conclusión este estudio demostró la demanda y oferta para implementar a futuro el proyecto en otras instituciones de salud y la inclusión de la adolescente embarazada en la familia y la sociedad.

## **2. ABSTRAC:**

This work relates to a project partner - proposes an educational program of action to identify problems, strengthen psychological maturity - emotional, and introduce to pregnant adolescents in their family environment, gaining acceptance of the same, using three phases of research diagnostic , feasibility and design.

This process was based on field research, where information was collected through a survey of fifty (50) adolescents and school health staff on the need for the program and the technical, operational and economic implementation.

Showed that the diagnostic phase of the 50 initially surveyed only 30 of them participate in the program: 97% of pregnant teenagers was at the age of 15 to 20 years, 60% had a degree of education among the diversified complete or incomplete, relative to its scale of values is 60% honesty first, second with 60% sincerity, but 90% excluded from the responsibility scale. As for the affection of 100% the moral ambiguity of people's economic status 80%, 70% family models. Sociability 100% spiritual aspects, 90% little opportunity to study, work and care for her baby, 80% material things are important. The feasibility phase showed that there is a need and feasibility of implementing the program.

The design phase proposed a method of "Guided Learning" where the teenage mother lived in a therapeutic community to shake up a life plan that allows you to learn to grow in three basic areas: 1) be able to guide their actions according to certain values, 2) act with responsibility, 3) develop attitudes of respect, sharing and learning to accept differences. In conclusion, this study demonstrated the demand and supply in the future to implement the project in other health institutions and the inclusion of pregnant adolescents in the family and society.

### **3. INTRODUCCIÓN:**

El embarazo en adolescentes es uno de los problemas sociales que durante los últimos años ha tenido mayor repercusión sobre el individuo, la familia y la comunidad, es por ello, que en la búsqueda de su disminución, surgió la necesidad de realizar el programa que brindó atención médica integral a la adolescente embarazada en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo (HAACH).

Por eso es que la atención integral de los adolescentes es un elemento de suma importancia para el desarrollo de los países y el futuro inmediato de la sociedad.

El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la niña que está en estado y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Si el padre también es joven, es posible que se den las mismas reacciones en su familia.

El embarazo precoz aparece mencionado entre los primeros comportamientos considerados de riesgo en la adolescencia. Una de las causas se debe a que las adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduras. Las posibles consecuencias adversas que se mencionan, según las cuales las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de alta vulnerabilidad social son: separación de la familia, interrupción de la escolaridad, presencia de problemas de salud y emocionales, necesidad de asistencia pública, fallas en el manejo del bebé, aparición de necesidades especiales para los padres y los hijos.

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para, la madre y el bebé, ya que se presentan problemas de larga duración en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza y las enfermedades físicas o mentales. Además suelen privarse de asistencia durante su embarazo, lo que resulta en un riesgo mayor de tener complicaciones.

Es por este motivo que se realizó este programa de atención integral a adolescentes embarazadas en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo (HAACH) en el período agosto 2006 – enero 2007, ayudó a 30 adolescentes embarazadas a mejorar su estilo de vida y el de sus familiares más cercanos, además de guiarlas adecuadamente para las que formaron ya su propia familia, al igual que aprendieron las principales pautas para cuidar a sus recién nacidos y brindarles atención con amor y responsabilidad.

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria en Salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades.

El propósito es presentar lineamientos generales que guíen los cuidados integrales para gestantes adolescentes, utilizando la atención primaria, el enfoque de riesgo y el auto cuidado, como estrategias para promover la participación efectiva de la embarazada, su pareja y el grupo familiar, en el establecimiento y logro de sus metas de salud.

El propósito general de este proyecto, es delinear un contenido programático para controlar la salud de la adolescente embarazada según la etapa del desarrollo en que esta se encuentre, de manera efectiva, con esfuerzo del equipo multidisciplinario de profesionales y apoyo social, por tanto su aporte estará dirigido a fortalecer el programa de atención de salud para adolescentes embarazadas, su aplicación permitirá brindar una atención acorde con sus necesidades y generar referencia al equipo de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.

De allí, que toda educación parte de una necesidad, son muchas y variadas las motivaciones y necesidades que llevan a plantearse la formación de las adolescentes embarazadas, entre ellas la autora se propone la necesidad de favorecer la plenitud y confianza en las adolescentes, con la capacidad de compromiso y amor.

En relación al logro de estas necesidades se señala que la adolescente, necesita una guía y un control en las actividades que va a realizar, y clasifica algunas de las necesidades de esta manera 1) Tener relaciones amistosas con ambos sexos,2) Sentir que es tomada en cuenta por los demás,3) Estudio y trabajo adaptado a su capacidad,4) Disfrutar de actividades recreativas saludables,5) Pensar en su futuro,6) Tener confianza en sí misma con el reconocimiento de sus capacidades y limitaciones. La realización de estas necesidades, dependen plenamente de los sentimientos y emociones que desarrollará la adolescente.

Para el logro de esta investigación, la principal fuente de información será a través del cuestionario y la observación directa del comportamiento de las adolescentes que acuden a la consulta de obstetricia. Partiendo de ello, el programa se desarrolló en diez encuentros.

#### **4. PROBLEMATIZACIÓN:**

El grado de vulnerabilidad del adolescente, depende de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos de los microambientes en los cuales se desenvuelve (familia, escuela, lugar de trabajo, recreación, la calle, etc.), la cultura, el contexto socioeconómico y político del país donde vive; todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del proceso salud - enfermedad. Frente a esta problemática plenamente identificada por los gobernantes de turno se han visto en la necesidad de programar y dar lugar a varias acciones con el fin de disminuir este grave problema que atañe a los adolescentes en todo el mundo, donde ocurren anualmente 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo.(1)

Es así como La Organización Mundial de la Salud (OMS) comienza a estudiar la problemática del adolescente en la década de los 60 y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a principios de los 70. A lo que países como México, USA, Guatemala (45 % de adolescentes embarazadas), Costa Rica (41 % de adolescentes embarazadas), Colombia (20,5 % de adolescentes embarazadas), Perú (26 % de adolescentes embarazadas), Bolivia (44 % de adolescentes embarazadas), Brasil (35 % de adolescentes embarazadas), Venezuela (21,5% de adolescentes embarazadas), España, casi toda Europa, y África han respondido de manera inmediata y llevan en desarrollo programas de apoyo, centros de acción, a través de diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales desde hace tres y dos décadas cuando mínimo.(2)

En Ecuador la población de adolescentes de 10 a 19 años es de 2'722.350 que representa el 20,89% del total, es decir que uno de cada 5 habitantes en el Ecuador es adolescente (50,25% del sexo masculino y 49,75% de femenino). "Las mujeres de 15 a 24 años de edad, constituyen más de la tercera parte (38%) de la población clasificada como de edad fértil (mujeres de 15 a 49 años de edad). Ellas representan la próxima generación de madres, trabajadoras y líderes del país, que para cumplir



con estos papeles de la mejor forma posible, necesitan la guía y apoyo de su familia, de su comunidad, y principalmente de la atención de un gobierno comprometido con su desarrollo.”(3)

En nuestro país la situación de los adolescentes es cada vez mas deprimente ya que encontramos maltrato, niños trabajando en las calles, en el campo como empleados sin derecho a ningún seguro, adolescentes violadas, maltratadas, prostitución, por lo que incrementa el índice de morbilidad y de abortos, problemas de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, entre los principales.(3)

En La adolescencia los cambios puberales involucran el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados, que al ser expresados, generan disgusto y rechazo por parte de los adultos, así como temor por parte del adolescente. Esta situación dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada favoreciendo el aumento de una actividad sexual temprana, con riesgo de abortos y de embarazos sucesivos en adolescentes en la edad media de 14 a 16 años. El inicio de la actividad sexual antes de los 18 años es una decisión sobre la cual influyen o interactúan una serie de factores.

En la mujer adolescente se presenta la menarquía, cuyo inicio ha disminuido en las últimas décadas, a un promedio de 9 a 12 años. Por otra parte el adolescente puede tener creencias equivocadas como por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como; lastima, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad. Otro aspecto a considerar son los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual), falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas y hogares desestructurados por la migración de uno o de los dos padres.

A través de las estadísticas de las unidades de atención gineco - obstétrica del país se pudo constatar que el 65% de las embarazadas atendidas son adolescentes, las cuales en su mayoría presentan riesgo en cuanto a patologías como preeclampsia,

eclampsia, partos prematuros, productos pequeños para la edad gestacional, anemia ferropénica, hipertensión arterial, endometritis puerperal, septicemia neonatal, abortos, desproporción feto-pélvica debido a la inmadurez de la pelvis y dificultades respiratorias en el recién nacido.(4)

En el ambulatorio, se observó un porcentaje de 2,3 % de la población total, entre las patologías más frecuentes observadas se encuentran los problemas psicológicos, emocionales y amenazas de aborto.(4)

El embarazo en la adolescencia, constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de fecundidad son muy altas.

La atención sobre la salud de este grupo etario se inicia con un programa a nivel nacional, el cual se implementa con equipos interdisciplinarios, con el fin de ofrecer atención integral.

La atención integral de los adolescentes es un elemento de suma importancia para el desarrollo de los países y el futuro inmediato de la sociedad.

**TABLA 1**  
**CARACTERÍSTICAS DE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD (POR EDAD ACTUAL)**

Características	Total	Edad (años)	
		16 - 19	20 - 24
<b>Área</b>			
Urbana	58,9	57,2	61,1
Rural	41,1	42,8	38,9
<b>Región y Dominio</b>			
<b>Sierra</b>	50,3	58,6	50,7
Quito	11,2	12,4	12,1
Región Urbana	13,6	13,3	14,0
Rural	25,8	25,9	24,6
<b>Costa</b>	44,0	43,2	45,0
Guayaquil	15,4	13,7	17,5
Región Urbana	16,3	17,4	10,5
Rural	12,0	12,1	11,5
<b>Amazonía</b>	6,2	6,1	4,1
<b>Insular</b>	0,1	0,1	0,1
<b>Grupo Étnico</b>			
Indígena	6,7	6,7	6,6
Mestizo	81,0	82,0	82,3
Blanco	6,4	7,5	5,1
Otros	3,9	3,9	4,0
<b>Estado Civil o Conyugal</b>			
Casado	32,2	75,2	51,4
Separado	4,1	1,7	6,9
Soltero	63,8	82,1	48,7
<b>Experiencia Sexual</b>			
Sin Experiencia Sexual	53,3	73,0	29,7
Con Experiencia Sexual	46,3	27,0	70,3
<b>Número de Hijos Vivos</b>			
0	65,5	53,8	43,5
1	20,4	13,3	29,0
2	10,1	2,6	19,0
3	3,4	0,3	7,0
4 o más	0,7	0,0	1,5
<b>Asistencia Escolar</b>			
Asiste	42,5	57,3	24,7
Nunca Asiste	20,5	42,3	75,3
<b>Nivel de Instrucción</b>			
Ninguna	1,0	0,8	1,2
Primaria Incompleta	7,1	6,9	7,3
Primaria Completa	20,9	78,2	24,0
Secundaria Incompleta	41,7	38,4	24,0
Secundaria Completa	16,5	13,1	20,9
Superior Postgrado	12,8	4,6	22,9
<b>Quintil Económico</b>			
1	22,6	21,0	23,7
2	22,3	22,1	22,8
3	21,4	21,2	25,8
4	18,1	15,0	58,1
5	15,3	17,0	54,1
<b>Educación Desempleo</b>			
No Trabaja	71,2	72,9	62,1
Trabaja	21,1	15,3	28,1
Trabajo Dentro de Casa	7,7	0,9	5,8
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0
<b>Número de Casos</b>	3666	1757	1909

Fuente: ENDEMAIN 2004.

En La provincia de Chimborazo de acuerdo a las estadísticas de ENDEMAIN en el periodo julio 1999 - junio 2004 reportan partos en mujeres menores de 20 años de edad, de las cuales el 41,2 % han sido atendidas en centros del MSP, un 7,8% en clínicas privadas, y el 51% en domicilio.(5)

La edad de la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación; es importante destacar que cuando es más bajo el nivel económico, las mujeres inician sus relaciones sexuales a más temprana edad, así en nuestra provincia tenemos que el 31% inicia antes de los 24 años, y solo el 18,6% de mujeres utilizaron anticonceptivos en la primera relación sexual. Siendo el porcentaje de embarazos premaritales de 10,5%.(5)

Teniendo como problema el embarazo en la edad de la adolescencia y sus consecuencias para el futuro desarrollo de esa madre al igual que sus obstáculos, cambios y frustraciones así como de su familia y del entorno social que le rodea.

En datos estadísticos que registra el HAACH se observa que en los últimos seis meses de los 70 partos realizados el 3,6 % es de adolescentes.

En cambio en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR) que es el sitio de mayor concurrencia de mujeres embarazadas en la provincia de Chimborazo, en el último año se ha registrado un total de nacimientos de 2380 niños, donde el 12 % son hijos de madres adolescentes.(6)

De las cuales solo el 1 % ha recibido atención médica en el control del embarazo. Problemática que de cierta manera se ha descuidado por parte de las autoridades de salud, ya que conlleva a que se incremente la morbimortalidad infantil y materna.

El hospital HAACH, realizó el primer proyecto de atención integral, control del embarazo y preparación para el parto, que se ejecutó con adolescentes embarazadas y a cargo de un equipo interdisciplinario del Hospital.

Por todo lo expuesto, cabe considerar el siguiente planteamiento: ¿De qué manera el HAACH puede brindar atención integral a las adolescentes embarazadas en el período agosto 2006 – enero 2007?

## 5. JUSTIFICACION

Un hecho que causa especial preocupación en la comunidad internacional es el embarazo y maternidad entre las adolescentes, fenómeno en el que el África Subsahariana va a la cabeza: un 18% de las niñas entre 15 y 19 años son madres, cifra que excede con mucho a las otras regiones del mundo. Por ejemplo, en América Latina las madres adolescentes alcanzan un 8% y en América del Norte un 5%, mientras que en Europa, Asia y Oceanía la proporción es de un 3%.<sup>(7)</sup>

El estudio mencionado hace notar el potencial explosivo de estas cifras a la luz de las estructuras poblacionales en el mundo en desarrollo: las proyecciones poblacionales mundiales para los próximos 25 años señalan que del incremento de aproximadamente 75 millones de la población femenina entre los 15 y los 19 años. El resto se repartirá entre Asia - con 11,9 millones - y América Latina, con 10 millones. Europa, por el contrario, experimentará un descenso de 3 millones en la población femenina en este intervalo de edad.<sup>(7)</sup>

Entre los diversos factores que inciden en la prevalencia de embarazos y maternidad entre las adolescentes puede mencionarse la abrupta situación transicional a la que ya se ha hecho mención, y que se caracteriza entre otras cosas, por un acelerado proceso de urbanización, que habla de "una verdadera explosión demográfica.

A consecuencia de la migración las ciudades han acumulado una población a nivel mundial muy joven, con un 60% de personas menores de 20 años y por consiguiente con un potencial reproductivo considerable. Al mismo tiempo, la violencia de la mutación ha provocado una serie de disfunciones y una ruptura radical con las formas precedentes de organización socio - espacial.<sup>(7)</sup>

Para las jóvenes que llegan a las ciudades éstas se traducen en duras condiciones de vida, lo que no hace fácil la vida de las madres adolescentes ni de sus hijos, se ha constatado la existencia de un gran número de madres adolescentes sin hogar.

Muchas veces estas y otras dificultades se aúnan para determinar el abandono de los hijos o la negligencia en su cuidado.(7)

Las jóvenes constituyen una mayoría de los casos de complicaciones por aborto que se presenta en los hospitales: estas adolescentes tienden a abortar en manos de personas no calificadas y muy frecuentemente toman la decisión de abortar en un estado de embarazo avanzado.

Otra particularidad del proceso transicional la constituye la dislocación de los modelos sociales y culturales tradicionales, con la consiguiente pérdida de una normativa que guíe el paso de la niñez a la etapa adulta. Esta pérdida es particularmente importante en lo que respecta a la transmisión de los mecanismos de control de la fertilidad y al comportamiento sexual en general.(8)

En la sociedad tradicional (indígena ecuatoriana), los ritos de transición celebrados a la iniciación de la pubertad proporcionaban al adolescente un conjunto de pautas de conducta (mitos), para desarrollar sus actividades sexuales a edad temprana. En la actualidad este fenómeno se ha modificado debido a que los adolescentes tienen mayor acceso a la información sobre sexualidad, de esta manera la libertad sexual es un hecho aceptado, siempre y cuando se evite el embarazo.(9)

En algunas sociedades se controlaba la actividad sexual premarital mediante la mutilación genital, que desincentivaba las experiencias sexuales fuera del matrimonio. El vacío de información se refleja, por ejemplo, en el bajo uso de de prácticas anticonceptivas entre las adolescentes.(10)

Por otra parte, el debilitamiento de los lazos familiares que acompaña a la migración hacia lugares distantes, ha destruido los mecanismos de control social que determinaban la aceptación y cumplimiento de la normatividad impuesta por el grupo social.

En la provincia de Chimborazo también se observa el proceso de migración y por ende el cambio de prácticas culturales en las adolescentes, por lo que es necesario que las jóvenes embarazadas reciban atención integral durante la gestación, implementando un programa de atención integral a las adolescentes, este proyecto se lo realizará en el HAACH cuya misión es la de brindar atención al paciente sin fines de lucro, por lo que encaja adecuadamente el proyecto en esta institución, para lograr la inserción de las jóvenes gestantes en la sociedad y que desempeñen su papel como madres sin discriminación social y cultural.

Ser mamá es una aventura apasionante. Ser mamá cuando aún no se han cumplido 18 años es una aventura diferente.(11)



## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. GENERAL**

Implementar un programa de atención integral a las adolescentes embarazadas en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo en el período agosto 2006 – enero 2007.

### **6.2. ESPECIFICOS**

- ▶ Brindar atención integral, individual y directa en las disciplinas de Medicina, Odontología, Psicología, Nutrición, Estimulación Temprana y Enfermería.
  
- ▶ Incentivar a las adolescentes que conozcan y decidan responsablemente sobre su rol de madre, su sexualidad y reproducción humana.
  
- ▶ Capacitar a las adolescentes embarazadas para que se integren adecuadamente a la sociedad.

## **7. MARCO TEÓRICO**

### **7.1. MARCO INSTITUCIONAL**

Ante la trayectoria histórica vivida por la Diócesis de Riobamba, se plantea crear un Hospital Andino Alternativo cuyo desarrollo contó con el apoyo del Padre Wolfgang Schat y de la Fundación Social Alemana Ecuatoriana, para que se de atención con medicina occidental y otras alternativas terapéuticas, desarrollando un nuevo concepto del quehacer en salud, haciendo énfasis en la educación permanente para fomentar el autocuidado y que pueda servir como proyecto piloto para proponerlo como modelo de salud para el Estado. Fundando así el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, en mayo 2002, el mismo que se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Riobamba, en la ciudadela 24 de mayo fuera del perímetro urbano, a dos cuadras hacia el norte de la Av. By Pass que une las carreteras que van hacia el norte y sur de nuestro país, se encuentra ubicado en las calles Pastaza y Manabí s/n, cuenta con una infraestructura adecuada, con todos los servicios básicos para brindar la atención necesaria que nuestro paciente lo necesita, con calidad, calidez eficiencia y eficacia, es una institución no gubernamental, sin fines de lucro, creada, con una visión basada en el servicio a la comunidad de la provincia y del país, regentado por la Diócesis de Riobamba, y con el respaldo de la Fundación Alemana Ecuatoriana.

La Cooperativa 24 de mayo, que al momento no cuenta con un equipamiento social en las áreas de educación, bienestar social, seguridad y en salud tiene un servicio estatal de Atención Primaria de Salud (APS) de baja complejidad y poco aceptado por la población. El hospital brinda atención alrededor de 9000 pacientes al año , además de hospitalizaciones y emergencias, en las diferentes especialidades.

En lo administrativo está constituido por un Directorio, integrado por un presidente, un secretario y sus vocales principales, el mismo que supervisa al Consejo Técnico y este a su vez al Gerente del Hospital y los Gerentes de las áreas alopática, andina y alternativa.

Ofrece los servicios de consulta externa en el área alopática y en el área alternativa, hospitalización, emergencia, quirófano, sala de partos, fisioterapia, estimulación temprana, laboratorio, imagen, farmacia, cafetería y restaurante.

El área cercana que cubriría el Hospital Andino Alternativo serían los barrios que se encuentran a lo largo del Bay Pass que sumarían unas 10000 personas actualmente y pertenecientes en su mayoría a la clase media, pero la idea a futuro del proyecto es cubrir en especial la población indígena de la Diócesis que equivale al 60% de la provincia es decir unos 244210 habitantes

La Misión del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo es brindar atención médica en las Áreas Alopática, Andina y Alternativa para promover y recuperar la salud alcanzando una plenitud armónica interior y con el medio, atendiendo los requerimientos de los habitantes del centro del país, con recurso humano altamente calificado, ética profesional, solidaridad y un fuerte compromiso social, para satisfacer las necesidades de los pacientes.

La Visión del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo es ser líderes ofreciendo un modelo excepcional para la recuperación y promoción de la salud integrando la medicina Alopática, Andina y Alternativa con procedimientos basados en evidencias científicas y protocolos para alcanzar el equilibrio de la energía vital, la paz consigo mismo, protegiendo la salud y velando por el bienestar de los pacientes.

El hospital cuenta al momento con infraestructura adecuada, de acuerdo a las necesidades de la población y en un marco de prestación de medicinas alternativas andinas, por lo que tiene tres dependencias, una para el área alopática que consta de consultorios modernos para la atención médica, una área independiente con habitaciones y consultorios para la atención alternativa y cuartos de madera con pisos de ladrillo para la atención andina donde se hacen prácticas ancestrales como por ejemplo las limpias, entre otras. Las tres áreas, comparten un quirófano, una sala de partos con diferentes instalaciones para atender los diferentes tipos de parto, (vertical, seco, en agua, y de cuncilllas), una área de hospitalización, y un comedor.

## **7.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **7.2.1. Embarazo en la Adolescencia:**

#### **7.2.1.1. Embarazo:**

"La actividad sexual y la maternidad en los adolescentes son temas preocupantes en el Ecuador y en toda América Latina. Estudios recientes dan lugar a preocupaciones fundamentales en cuanto a la salud y a la educación de las madres adolescentes; la salud y el desarrollo social de los niños nacidos de estas jóvenes mujeres, el bienestar de los jóvenes adolescentes expuestos a enfermedades de transmisión sexual o que abandonan la escuela para hacerse cargo de sus familias y las pérdidas que la sociedad en general sufre y las obligaciones que tiene los adolescentes hacia sus hijos, que no son capaces de convertirse en personas totalmente productivas y ciudadanos independientes.(11)

Una proporción importante de nacimientos entre adolescentes son no intencionados. Un estudio muestra que el 44% por ciento de los primeros hijos entre mujeres adultas jóvenes casadas son concebidos antes del matrimonio. Las uniones informales son menos estables que los matrimonios legales, este hecho asegura inestabilidad económica y social para las nuevas familias. No obstante, las madres jóvenes que se casan para legitimar sus embarazos no intencionados también pueden verse atrapadas en matrimonios no intencionados e inestables que puede contribuir a poner fin a su educación y verse en un total estado de dependencia." (10)

#### **7.2.1.2. Adolescencia:**

"Al inaugurarse el concepto de adolescencia, las perspectivas y condiciones de la mujer y del chico cambian de manera casi radical tanto desde los campos sociales como individuales. Al presentarse la adolescencia como un periodo de capital importancia en la estructuración de varones y mujeres, se acepta que tanto estos

como aquellas deben vivirlo de manera intensa para llegar de mejor manera a la juventud y a la vida adulta. Se empieza a dejar de lado la idea de que el ser humano es maduro cuando es capaz de reproducirse.(10)

La adolescencia, es un tiempo privilegiado en el proceso de conformación del joven y la joven en todas sus dimensiones, que origina nuevos estilos de vida, crea una nueva concepción del mundo y de los valores, de las relaciones interpersonales y del sentido de la existencia.(12)

A diferencia de la pubertad que dice si una chica ya puede quedar embarazada y ser mamá y si el muchacho puede ser papá, la adolescencia anuncia que mujeres y varones atraviesan un período de intensas vivencias y experiencias destinadas a preparar no sólo la maternidad y la paternidad, sino la vida entera.(12)

La adolescencia aparece para ofrecer posibilidades de vivir nuevas experiencias y alternativas de elegir. La pubertad es apenas un proceso biológico.

Con el concepto de adolescencia, aparece otro igualmente importante, el de identidad, antes bastaba el cambio del cuerpo con sus características anatómicas y fisiológicas para determinar si alguien es mujer o varón para siempre, en cambio el concepto de identidad se refiere a un proceso mediante el cual alguien se va haciendo mujer o varón a lo largo de la vida mediante modelos, imágenes, deseos, palabras y presencia de los otros. En estricto sentido, es imposible, por ejemplo que una niña, desde cuando nace, pueda construir su feminidad sin el apoyo directo decisivo de su mamá, su papá y todos los que la rodean. Además, la misma sociedad ofrece e impone a niñas y niños una serie de modelos que deben seguir para ser mujeres y varones tal como la sociedad ha previsto y desea.(13)

Para el niño y la niña, sus principales modelos están en casa: la mamá y el papá. En cambio, para los varones y mujeres adolescentes, los modelos están fuera, en el cine, la televisión, el deporte, la moda. Cada varón y cada mujer se van construyendo de acuerdo a estos modelos. Una tarea compleja, causa de alegrías, felicidades y

placeres, pero también de dudas, desconciertos y confusiones porque durante la adolescencia, nada es estable ni fijo, ni duradero, por el contrario, todo cambia, a ratos a una velocidad incontrolable.(13)

La adolescencia es cambios, mutación en el cuerpo, en los modos de ser, en las ideas, gustos, inclinaciones, deseos, sentimientos y afectos. Pero estos cambios terminan configurando lo que caracteriza a cada uno, su modo peculiar de ser, su modo de vivir su cuerpo, sus relaciones. Con esto se hace una mujer, se identifica a un varón.

“La identidad es también imagen, la que tú tienes de ti y la que los otros construyen sobre ti. La cultura ofrece modelos ideales de belleza a los cuales mujeres y varones tratan de asemejarse de la mejor manera posible. Pero no siempre es fácil con frecuencia, la realidad personal del propio cuerpo concuerda poco o casi en nada con el modelo: la estatura, el peso, el color del pelo, de la piel, la forma del rostro, de la nariz, el tamaño del busto, etc. Una chica puede creerse poco atractiva, o fea, demasiado gorda o muy flaca, alta o demasiado pequeña, teme que no atraerá la mirada y el deseo de ningún chico, su fantasía, es su identidad y sufre por ello aún cuando los otros le digan todo lo contrario. Al final de la adolescencia se asumirá como es porque habrá logrado un espacio propio para su vida.”(9)

#### **7.2.1.2.1. Etapas de la Adolescencia:**

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el

punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:(14)

► **"Adolescencia Temprana (10 a 13 años):**

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

► **Adolescencia media (14 a 16 años):**

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

► **Adolescencia tardía (17 a 19 años):**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada, **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.**"(14)

**7.2.1.2.2. Fin de la Adolescencia:**

El embarazo altera de manera significativa el proceso biológico que prepara el cuerpo para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela dentro de su propuesta personal de belleza. De igual manera, interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño. Pese a que sea capaz de concebir, el cuerpo de la adolescente no es aún apto para el embarazo ni para el parto, que con frecuencia, suele tornarse conflictivo.

Pero, sobre todo, estos embarazos y estas maternidades rompen para siempre el proceso de la adolescencia con todo lo que ello significa en la estructuración de la mujer. La mayoría se ve obligada a abandonar los estudios para dedicarse a una maternidad prematura, ordinariamente no deseada. Las relaciones de amistad pierden sus características: no más fiestas, ni paseos, ni todo lo que antes se hacía ente amigos y amigas. Se rompe la coquetería destinada a atraer y conquistar, desaparece el interés por la policromía de la moda y lo que implica en los procesos eróticos. El



mundo se achica; se reduce a la necesidad de atender un embarazo inadecuado, inoportuno y casi siempre no deseado.(15)

En todos los estratos sociales, incluso en aquéllos en los que se da una mayor tolerancia, la adolescente embarazada puede recibir maltratos de todo orden, en la familia, en el colegio y en los círculos sociales, contra la ley, se la obliga a abandonar el colegio, la familia la encierra en la casa porque teme ser objeto de maledicencias.

Se interrumpe, para siempre, la vivencia de un tiempo único e irrepetible, que no volverá jamás, porque no es posible dar marcha atrás al tiempo. Inclusive cuando una adolescente, luego de dar a luz, se integra al colegio, retoma sus amistades y actividades interrumpidas durante el embarazo, le es prácticamente imposible retomar una adolescencia que ya pasó, aunque ella tenga apenas 16 años. Su vida será de una falsa adolescente empeñada inútilmente en recuperar lo que se perdió en la historia de una maternidad prematura.(16)

La sociedad y la familia vigilan mucho a las mamás y se vuelven exigentes con ellas; llegan, incluso, a extremos de la rigurosidad porque se sienten vigilantes del bienestar de niñas y niños. **Tu vida de adolescente se acabó, dicen, tú quisiste ser mamá, tu elegiste lo que nadie te obligaba, pues bien, sólo te resta preocuparte de tu hijo y olvidarte de diversiones, amistades y compromisos.** Todo esto ratifica que nunca más habrá adolescencia. Lo cual hace que la adolescente mamá se transforme en una falsa joven o en un engaño sufriente de adulta.

Y el proyecto de vida se va por los suelos, por lo menos por un tiempo considerable, quizás algunos años, la muchacha deberá dedicarse al cuidado del hijo. Los estudios, la profesión, todo aquello en lo que se habían puesto tantas ilusiones, se ha destruido. Un proyecto deshecho y las manos vacías, a la espera de que transcurra el tiempo y se presenten otras oportunidades.

La oportunidad de construir una nueva relación amorosa. Los chicos ya no se fijan en una chica que tiene bebé. O inician relaciones sin compromiso alguno, para pasar el

tiempo, como dicen. No faltan chicas que, en medio de estos juegos amorosos y sexuales, quedarán nuevamente embarazadas. Entonces el aborto será la solución que fue rechazada en la primera vez."(17)

### **7.2.1.3. El Embarazo en la Adolescencia:**

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.(18)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.(18)

EEUU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '90 Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 2005 y al 30,81 / 1000 mujeres en lo que va del 2006.(19)

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo Español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

En España, a partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanecen solteras durante el embarazo.(19)

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante sub registro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado.

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales, para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto, y en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familias.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.(20)

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad - paternidad."(8)

#### **7.2.1.4. Sexualidad y Adolescencia:**

"La sexualidad es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad".(21)

Además de la unión sexual y emocional entre personas de diferente sexo, existen relaciones entre personas del mismo sexo que, aunque tengan una larga tradición (ya existían en la antigua Grecia y en muchas otras culturas), han sido hasta ahora condenadas y discriminadas socialmente por influencias morales o religiosas.(22)

Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación. Hoy, sin embargo, sabemos que también algunos mamíferos muy desarrollados presentan un comportamiento sexual diferenciado, que incluye, además de formas de aparente homosexualidad, variantes de la masturbación y de la violación. La psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida. Los tabúes sociales o religiosos - aunque a veces han tenido su razón de ser en algunas culturas o periodos históricos, como en el caso del incesto - pueden condicionar considerablemente el desarrollo de una sexualidad sana desde el punto de vista psicológico."(23)

## **7.2.2. Atención Integral de la Adolescente:**

### **7.2.2.1. Atención Integral:**

La atención integral de la adolescente nos hace referencia a un conjunto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, es una estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.(24)

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbi-mortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario y multidisciplinario para realizarlo y controlarlo.(24)

Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

- a. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.

- b. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbi-mortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario.(25)

### **Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada**

Asincronía madurativa físico – emocional
Baja autoestima
Bajo nivel de instrucción
Ausencia de interés
Pérdida reciente de personas significativas
Embarazo por violación o abuso
Intento de aborto
Propósito de entregar el hijo en adopción
Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente
Trabajo no calificado
Pareja ambivalente o ausente
Condición económica desfavorable
Marginación de su grupo de pertenencia
Difícil acceso a los centros de salud

### **Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente**

Edad cronológica  $\leq 14$  años y / o edad ginecológica  $\leq 1$  año  
Peso  $< 45$  Kg y / o talla  $< 1,45$  m  
Estado nutricional deficiente  
Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional  
Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad  
Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)  
Tatuajes  
Más de 2 parejas

#### **7.2.3. La Consulta con Adolescentes:(26)**

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos:

##### **A. Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta:**

a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.



b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.

c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

#### **B. Dificultad para el vínculo con el hijo:**

a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él, y cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.

b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.

c. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como

ellas quieren que sea, ni hace lo que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

### **C. Perfil deseable del médico para atender adolescentes:**

- a. Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.
- b. Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.
- c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.
- d. Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

### **D. Contexto de la maternidad adolescente:**

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- a. Embarazo no planificado.

- b. Pareja ambivalente o ausente.
- c. Familia disfuncional o, que en principio no acepta la situación.
- d. Condiciones económicas desfavorables.
- e. Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

**E. Objetivos del equipo de salud:**

- a. Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
- b. Fortalecer los vínculos familiares.
- c. Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución.
- d. Brindar atención perinatal integral.

**F. Estrategias del equipo de salud:**

- a. Atención por un equipo interdisciplinario.
- b. Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
- c. Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.

d. Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.

#### 7.2.4. Mortalidad Materna en Adolescentes

En muchos países en desarrollo es francamente más alta comparadas las cifras con las del Ecuador..

Mortalidad materna en adolescentes y no adolescentes en algunos países, por 100.000 nacidos vivos.(3)

<b>Países</b>	<b>15 – 19 años</b>	<b>20 – 34 años</b>
Nigeria	526	223
Indonesia	1.100	575
Etiopía	1.270	436
Egipto	266	155
Brasil	108	80
Bangladesh	860	479
Argentina	55	50
Argelia	205	78

En América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en alguno de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas, utilizándose la auditoría de casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales.

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes.(27)

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades.

El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud.(28)

#### **7.2.5. Morbilidad Obstétrica en las Adolescentes:**

En Ecuador en la década del 90, se informó que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 y 14 años que necesitó internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacionales un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63,1% de los egresos. La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones feto-pélvicas. Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN < 2,500 g alcanzó al 15% en ellas, siendo

5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal.(3)

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como: infecciones urinarias, preeclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo < 15 años). Los RCIU y PEG llegan del 15 al 18% de casos, porcentajes superiores a los de las mujeres adultas. No se ha confirmado la mayor frecuencia de malformados en embarazadas adolescentes.(29)

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y desestructuración familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquiera de sus formas, lleva a la pérdida de la autoestima a límites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo).(30)

## **8. DISEÑO METODOLOGICO:**

Para la ejecución del presente proyecto se utilizó el método de observación y descriptivo, mismo que ayudó a determinar la problemática existente en adolescentes embarazadas en la ciudad de Riobamba. Seleccionando la población y muestra de jóvenes adolescentes embarazadas con las que se trabajó, las mismas que se fueron identificando a través de los médicos escolares que trabajan en las instituciones educativas de la ciudad, inicialmente se detectaron alrededor de 43 adolescentes embarazadas, de las cuales solo 30 aceptaron realizar los talleres y ser participes y beneficiarias del programa, que constó de diez encuentros realizados en el transcurso de cinco meses, en los cuales, se desarrollaron talleres, revisiones médicas con los distintos especialistas involucrados en el programa los que se habían comprometido previamente después de tener pleno conocimiento del alcance del proyecto; los datos recolectados a través de fichas médicas, entrevistas, encuestas y test realizados a las adolescentes, que fueron preparados de acuerdo a las necesidades del proyecto, para lo cual, se identificó variables como edad, peso, talla, estado nutricional, edad gestacional, entre otras, se tabularon y se procesaron con la ayuda de la hoja electrónica Excel, en la misma que se construyeron los gráficos correspondientes, para su análisis de resultados y así obtener las conclusiones y recomendaciones.

Para la ejecución de este proyecto se invitó a una reunión a todos los profesionales del Hospital Andino Alternativo Chimborazo, quienes después de haber conocido el proyecto se mostraron muy interesados, entusiastas y prestos a que se desarrolle el programa en su institución, de esta manera se consiguió el compromiso de todos los profesionales voluntarios que se involucraron en la atención integral de la adolescente embarazada, 2 ginecólogos obstetras, 4 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería, 2 licenciadas expertas en estimulación de la adolescente durante el embarazo, tanto del bebe, como en la preparación de la joven para el parto, 1 psicóloga clínica, 1 psicóloga del amor, 2 nutricionistas, 1 educador para la salud, 1 pediatra (maestrante), 1 terapeuta ocupacional, 2 odontólogos, 2 laboratoristas clínicos, 1 médico imagenólogo.

Después de contar con el compromiso del hospital y del equipo de profesionales ya consolidado, se realizó la identificación de las adolescentes en todas las instituciones educativas públicas y privadas, a través de los médicos escolares, en casas de salud, obteniendo un promedio de 43 jóvenes a quienes se las identificó y se les realizó visitas y entrevistas personalizadas, se las invitó junto con sus familias o con sus parejas, a recibir información con el objetivo de que acepten participar en el programa de atención integral de las adolescentes embarazadas que se desarrollara en el Hospital Andino Alternativo Chimborazo (HAACH), la respuesta fue muy favorable, 30 de ellas aceptaron y se comprometieron en asistir al Hospital Andino Alternativo Chimborazo, para desarrollar el programa.

Luego de haber conseguido el apoyo esperado de todos los involucrados se desarrollo del programa de atención integral en diez encuentros.

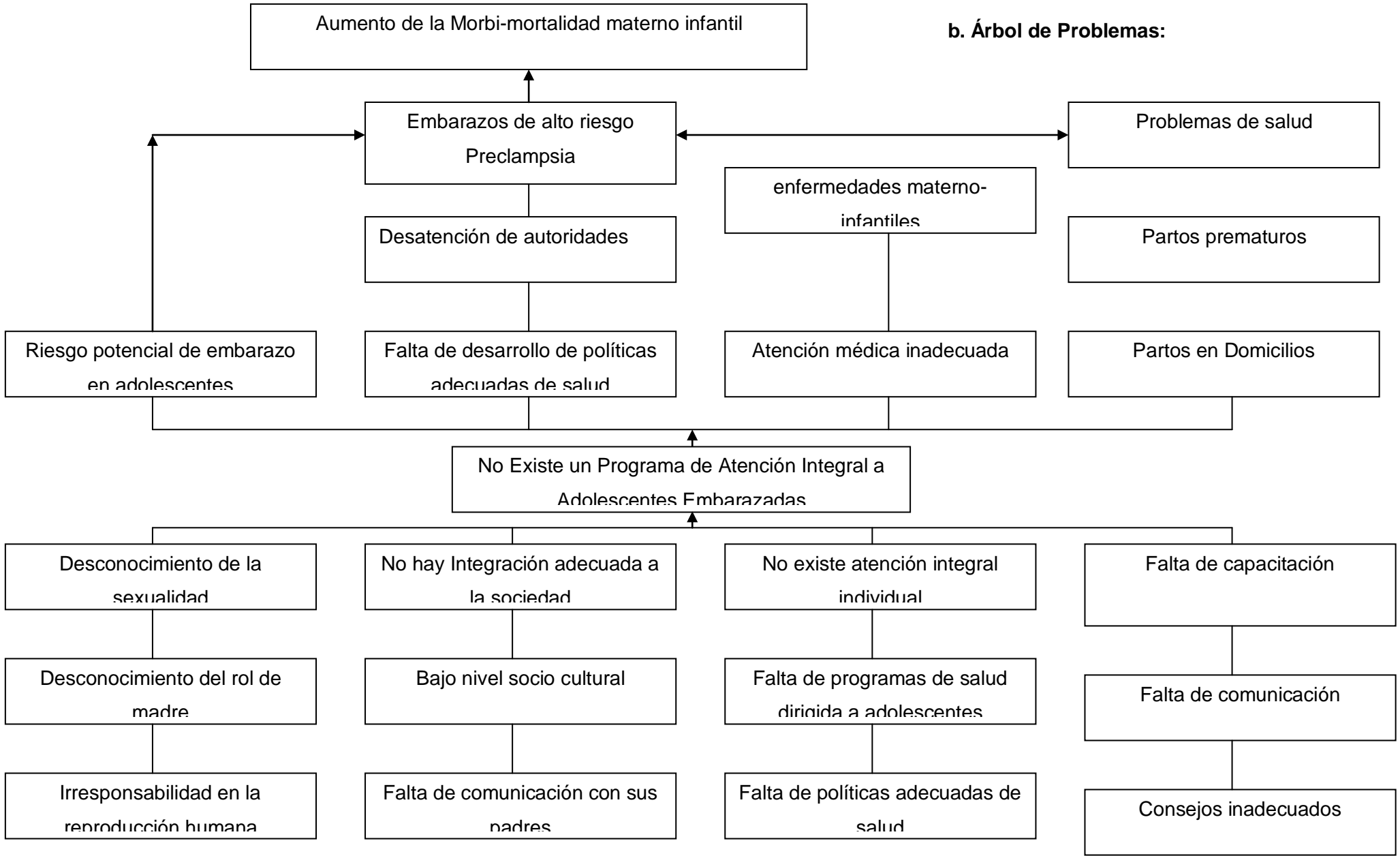


**Propuesta de Acción:****a. Análisis de Involucrados:**

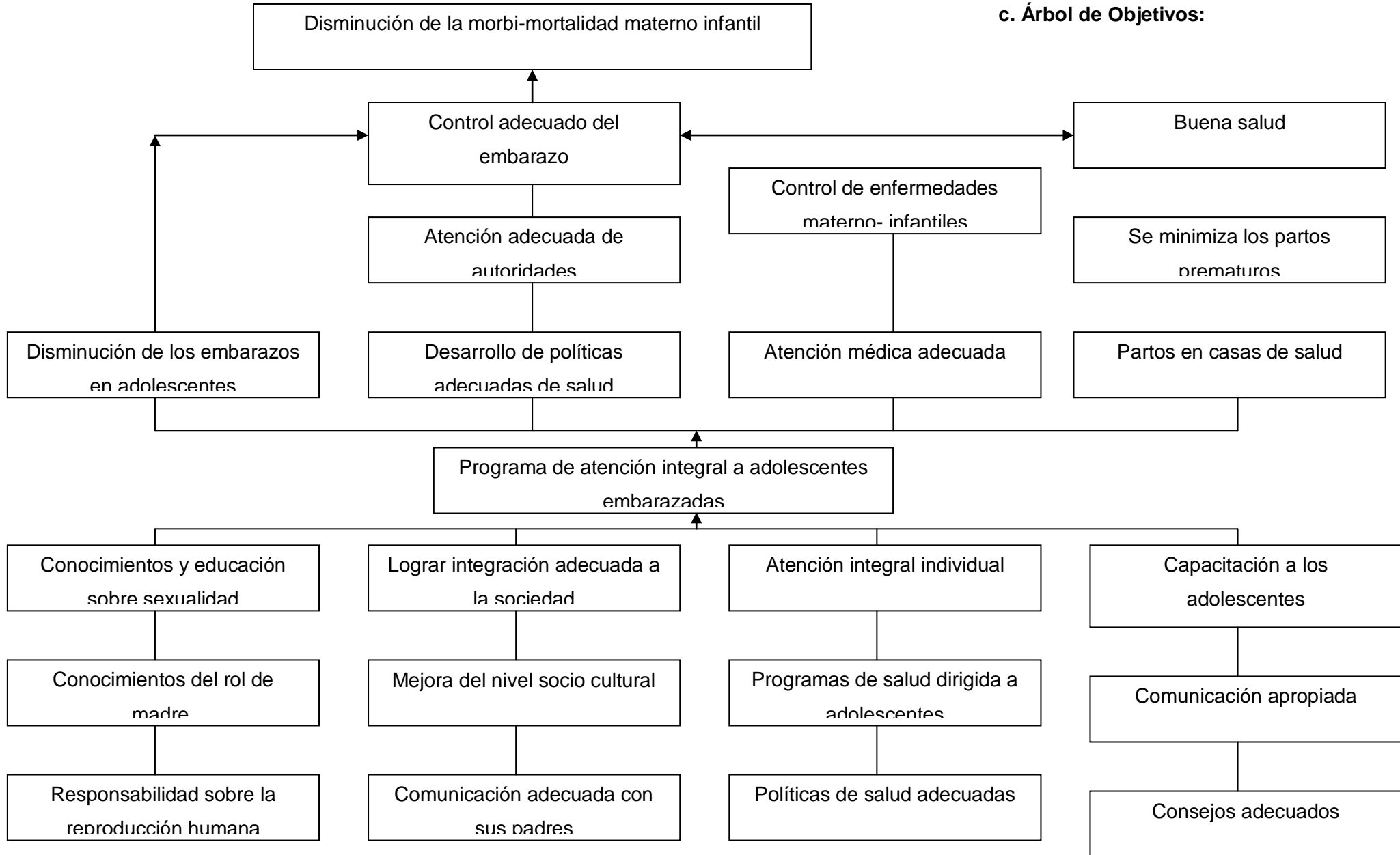
<b>Grupo y/o Instituciones</b>	<b>Intereses</b>	<b>Recursos</b>	<b>Problemas Percibidos</b>
Grupo de adolescentes embarazadas.	<p>Recibir atención integral durante el embarazo y nacimiento del niño.</p> <p>Adquirir conocimientos para que logren una maternidad responsable y lograr su integración a la sociedad.</p>	<p>Humanos</p> <p>Materiales</p> <p>Económicos</p> <p>Tecnológicos</p>	<p>Adolescentes embarazadas</p> <p>Falta de control médico,</p> <p>Aislamiento de la sociedad</p>
HAACH	<p>Desarrollar el programa para brindar atención integral a las adolescentes embarazadas</p> <p>Disminuir la morbi-mortalidad de las adolescentes embarazadas y</p>	<p>Recursos humanos</p> <p>Recursos materiales</p> <p>Recursos financieros</p> <p>tecnológicos</p>	<p>Falta de creación de proyectos de salud para la comunidad.</p> <p>Falta de personal profesional que se</p>

		mejorar su calidad de vida Cumplir con la misión y visión institucional para el cual fue creado		involucre en el desarrollo de los proyectos en salud Cambios constantes de directivos.
Fundación Ecuatoriana	Alemana	Dotar de recursos económicos para el desarrollo del proyecto de atención integral de las adolescentes embarazadas, entre otros más que requiera el HAACH, para brindar la mejor calidad de atención al paciente.	humanos materiales económicos tecnológicos	Falta de conocimiento de la problemática social Escaso conocimiento de las políticas de salud y desarrollo local, así como de los principales problemas identificados en salud.

**b. Árbol de Problemas:**



**c. Árbol de Objetivos:**



## d. Matriz del Marco lógico:

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Fin</p> <p>HAACH brinda atención integral a la adolescentes embarazadas.</p>	<p>El 60 % de adolescentes embarazadas identificadas en la ciudad serán atendidas desde agosto , hasta enero 2007.</p>	<p>Reportes del programa de desarrollo, registros del HAACH</p>	<p>Participación activa de los profesionales del hospital y familiares y amigos de las adolescentes</p>
<p>Propósito</p> <p>Disminución de la morbi-mortalidad infantil en las adolescentes embarazadas identificadas en la ciudad de Riobamba participantes del programa de atención integral del HAACH.</p>	<p>Disminución del 30 % de la morbimortalidad materno infantil en el grupo de adolescentes embarazadas identificadas en la ciudad de Riobamba hasta enero del 2007</p>	<p>Partes diarios, Monitoreo con encuestas, Control de historias clínicas de las adolescentes embarazadas</p>	<p>Grupo de trabajo capacitado operando</p>

<p>Componentes o Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar atención integral, Individual y directa en las disciplinas de Medicina, Psicología, Trabajo Social y Enfermería.</li> <li>• Incentivar a las adolescentes que conozcan y decidan responsablemente sobre su rol de madre, su sexualidad y reproducción humana.</li> <li>• Capacitar a las adolescentes embarazadas para que se integren adecuadamente a la sociedad.</li> </ul>	<p>El 100 % de adolescentes embarazadas atendidas integralmente durante su embarazo y parto hasta enero del 2007.</p> <p>El 100% de adolescentes embarazadas conocieron y decidieron responsablemente sobre su rol de madre</p> <p>El 100% de adolescentes embarazadas con sus familias y/o parejas se integraron adecuadamente a la sociedad.</p>	<p>Lista de personas atendidas</p> <p>Evaluación de personas atendidas</p> <p>Memorias de talleres</p> <p>Resultados de los talleres desarrollados, memorias de los talleres.</p> <p>Encuestas, resultados de las valoraciones realizadas por el equipo multidisciplinario, expedientes clínicos, acuerdos establecidos con sus familiares.</p>	<p>Adolescentes embarazadas inscritas en el programa.</p> <p>Participación de las adolescentes activa propositiva.</p> <p>Convenios establecidos entre las adolescentes, centros escolares, y el HAACH.</p>
---	--	---	---

**Actividades Realizadas:**

<b>ENCUENTRO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>I</b> <b>16 septiembre</b> <b>2006</b> <b>30 participantes</b>	Inauguración	Participativa	Maestrante UTPL	Auditorium Audiovisuales
	Presentación y Motivación	Participativa	Equipo Interdisciplinario	audiovisuales Papel Esferos Pizarra
	Identificación de problemas	Participativa	Maestrante UTPL	Auditorium Audiovisuales
	Taller sobre Fecundación.	Participativa	Equipo Interdisciplinario	Audiovisuales
	Recorrido de la Institución.	Participativa	Maestrante UTPL, Enfermera	Instalaciones del HAACH
<b>II</b> <b>23 septiembre</b> <b>2006</b> <b>30 participantes</b>	Gira de observación a la sala de partos	Participativa	Maestrante UTPL, Enfermera	Ropa de quirófano
	Atención Médica (Abrir historias clínicas), Gineco – obstetra y Odontológica, Nutricional y Psicológica.	Atención personalizada	Equipo Multidisciplinario	Consultorios, equipo de diagnóstico, balanza, tallímetro, pedidos de exámenes, recetas. esferos, baja lenguas, computadora

	Taller del Desarrollo y Crecimiento del Embrión	Expositiva Participativa	Maestrante UTPL, Enfermera	Audiovisuales
III 07 octubre 2006	Atención Médica Gineco – obstetra y Odontológica, Nutricional y Psicológica.	Atención Personalizada	Equipo Multidisciplinario	Consultorios, equipo de diagnóstico, balanza, tallímetro, pedidos de exámenes, recetas. esferos, baja lenguas, computadora.
	Taller cambios normales de la mujer durante el embarazo.	Expositiva	Maestrante UTPL, Enfermera	Audiovisuales
	Ejercicios	Participativa	Fisioterapista	Sala de Estimulación Temprana
IV 14 octubre 2006	Atención Médica, Gineco – obstetrica y Odontológica, Nutricional y Psicológica.	Atención Personalizada	Equipo Multidisciplinario	Consultorios, equipo de diagnóstico, balanza, tallímetro, pedidos de exámenes, recetas. esferos, baja lenguas, computadora.
	Taller Nutrición de la Adolescente durante el embarazo	Expositiva Participativa	Maestrante UTPL, Enfermera	Audiovisuales



	Ejercicios	Participativa	Fisioterapista	Sala de estimulación temprana
<p>V</p> <p><b>21 octubre 2006</b></p>	Atención Médica, Gineco – obstetra y Psicológica.	Atención Personalizada.	Equipo multidisciplinario	Instalaciones del HAACH, equipo de diagnóstico, balanza, tallímetro, pedidos de exámenes, recetas. esferos, baja lenguas, computadora.
	Taller Estimulación Temprana y Preparación para el Parto	Expositiva Participativa	Maestrante UTPL, Enfermera	Audiovisuales
	Ejercicios	Participativa	Fisioterapista	Sala de estimulación temprana
<p>VI</p> <p><b>18 noviembre 2006</b></p>	Atención Médica, Gineco – obstetra y Odontológica y Psicológica.	Atención Personalizada	Equipo multidisciplinario	Instalaciones del HAACH, equipo de diagnóstico, balanza, tallímetro, pedidos de exámenes, recetas. esferos, baja lenguas, computadora.

	Taller Lactancia materna	Expositiva Participativa	Maestrante UTPL, Enfermera	Audiovisuales
	Ejercicios	Participativa	Fisioterapista	Sala de estimulación temprana
VII 25 noviembre 2006	Atención Médica, Gineco – obstetra y Odontológica, Nutricional y Psicológica.	Atención Personalizada.	Equipo Multidisciplinario	Consultorios médicos, equipo de diagnóstico, balanza, tallímetro, pedidos de exámenes, recetas. esferos, baja lenguas, computadora.
	Taller Atención del Recién Nacido	Expositiva Participativa	Maestrante UTPL, Enfermera	Audiovisuales
	Ejercicios	Participativa	Fisioterapista	Sala de estimulación temprana
VIII 02 diciembre 2006	Atención Médica, Gineco – obstetra y Odontológica, Nutricional y Psicológica.	Atención Personalizada	Equipo Multidisciplinario	Consultorios Médicos, equipo de diagnóstico, balanza, tallímetro, pedidos de exámenes, recetas. esferos, baja lenguas, computadora
	Taller Maternidad y Paternidad	Expositiva	Maestrante UTPL, Enfermera	Audiovisuales

	Responsable	Participativa		
	Ejercicios de Estimulación Temprana	Participativa	Fisioterapista	Sala de estimulación temprana
IX 09 2006	Atención Médica, Gineco – obstetra y Odontológica, Nutricional y Psicológica.			
	Taller Uso de Métodos Anticonceptivos	Expositiva Participativa	Maestrante UTPL, Enfermera	Audiovisuales
	Ejercicios de Estimulación Temprana	Participativa	Fisioterapista	Sala de estimulación temprana
X 16 2006	Taller de Evaluación del Programa	Participativa	Maestrante UTPL, Equipo Multidisciplinario	Auditorium

## 9. RESULTADOS:

Las actividades del programa de atención integral a las adolescentes embarazadas se dividieron en 10 encuentros según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna, perinatal y el ejercicio de una salud Sexual y Reproductiva en adolescentes, dirigido a lograr comprometer a las adolescentes en el rol de la maternidad responsable. Para este propósito se ha logrado la asistencia y participación en el programa de 30 adolescentes embarazadas identificadas en la ciudad de Riobamba, mismas que acceden a participar del programa de atención integral de adolescentes embarazadas El primer encuentro se realiza el 16 de septiembre del 2006.

### Adolescentes Embarazadas Participantes

No.	Nombre	Edad (Años)	No.	Nombre	Edad (Años)
1	Nataly	14	16	Carmen C	17
2	Katalina	15	17	Ana	17
3	Marcela	15	18	Leticia	18
4	Inés	15	19	Patricia	18
5	Victoria	15	20	Lilian	18
6	Monica Alex	16	21	Silvia	18
7	Miryam	16	22	Verónica	18
8	Katty	16	23	Gianella	18
9	Ruth	16	24	Fernanda	18
10	Maria Elena	16	25	Paola	18
11	María del C	17	26	Rocio J	19
12	Mónica Cata	17	27	Mariana	19
13	Rocio	17	28	Adriana	19
14	Ivone	17	29	Yolanda	19
15	Lucia	17	30	Maritza	19

Elaborado por: Paulina Robalino V

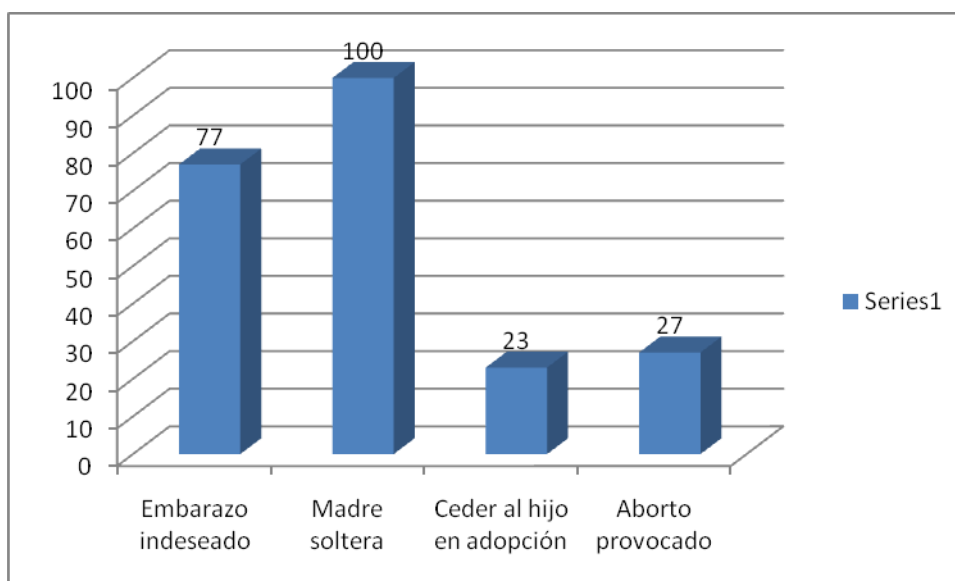
Fuente: Entrevista y encuesta aplicada en el primer encuentro

Se contó con una población de 30 participantes, y la muestra es la misma que la población debido a que es un número pequeño de participantes, las cuales recibieron mediante el programa de atención integral de adolescentes embarazadas, la atención médica y todos los beneficios del mismo.

<b>Edad (años)</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
14	1	3
15	4	13
16	5	17
17	7	23
18	8	27
19	5	17

Se pudo verificar la edad de cada una de ellas basado en sus identificaciones personales, que van de 14 a 19 años de edad, de igual manera se observó que el grupo mayoritario corresponde al de 18 años con el 27 %. Lo que podría deberse a que en esa edad ya se cumple ante la ley la mayoría de edad y las jóvenes creen que pueden decidir sobre sus acciones aunque no siempre sean las más acertadas.

#### **Problemas Identificados por las Adolescentes al iniciar el programa.**



**Elaborado por: Paulina Robalino V**

**Fuente: Entrevista y encuesta aplicada en el primer encuentro.**

Las adolescentes identificaron como su principal problema el embarazo no deseado independiente de cual fueren la causa, no querían estar embarazadas y se arrepentían de estarlo, en un porcentaje muy representativo que impresiono, fue que el 100% de ellas estaban solteras y en la mayoría de los casos sus parejas se habían desentendido de ellas y no se responsabilizaban del futuro hijo, al contrario lo negaban es lo que las llevaba a no querer continuar con con el embarazo por vergüenza, por miedo y por haber faltado a sus principios , por otro lado, se debe mencionar que 7 de las jóvenes del grupo tenían la idea clara y estaban seguras de querer dar a su hijo en adopción cuando termine el embarazo y pensaban que esa era la solución al problema, y finalmente como resultado de la primera entrevista, 8 de las 30 jovenes es decir el 27% pensaban que venian al hospital para convencernos de que las ayudaramos a terminar el embarazo en un aborto, sin que este acto se tranforme en un asesinato, sino mas bien sea una ayuda para solucionar su problema y que no habría trascendencia ni secuelas.

### Clasificación de las Adolescentes por Edad Gestacional:

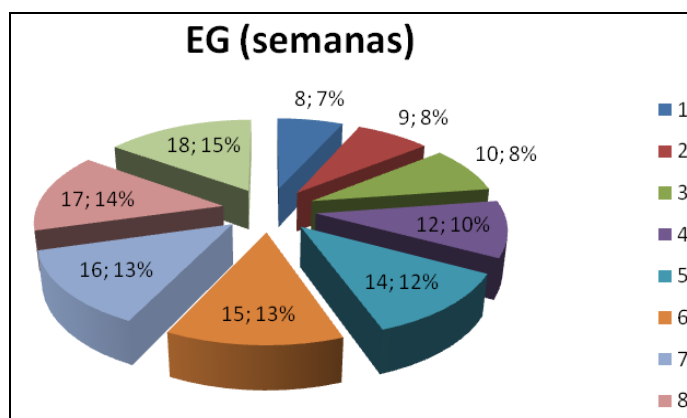
Adolescentes Embarazadas (Nº)	Tiempo de Gestación (semanas)
14	< 20
10	20 a 30
6	>30

Elaborado por: Dra. Paulina Robalino V  
Fuente: Historia clínica G-O.

El resultado de la primera atención gineco-obstétrica de las adolescentes, fue el diagnóstico de la edad gestacional, es decir, las semanas de embarazo que tiene cada una de las participantes, lo que permitió realizar una división aleatoria en subgrupos a las adolescentes embarazadas para el desarrollo del trabajo y la atención personalizada, para lo cual, se clasificó en 3 grupos.

#### PRIMER GRUPO

EG (semanas)	Embarazadas
8	1
9	1
10	2
12	3
14	1
15	1
16	1
17	1
18	3

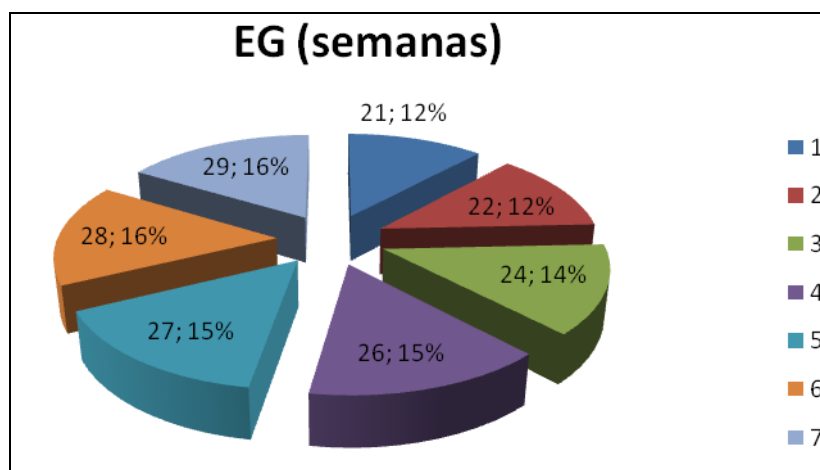


A las 14 adolescentes que cursan el embarazo menor a las 20 semanas de edad gestacional (EG), se las diagnosticó de la siguiente manera: 8 semanas de EG (1), 9 semanas de EG (1), 10 semanas de EG (2), 12 semanas de EG (3), 14 semanas de EG (1), 15 semanas de EG (1), 16 semanas de EG (1), 17 semanas de EG (1), 18 semanas de EG (3).

### SEGUNDO GRUPO

EG (semanas)	Embarazadas
21	1
22	1
24	2
26	3
27	1
28	1
29	1

Elaborado por: Paulina Robalino V



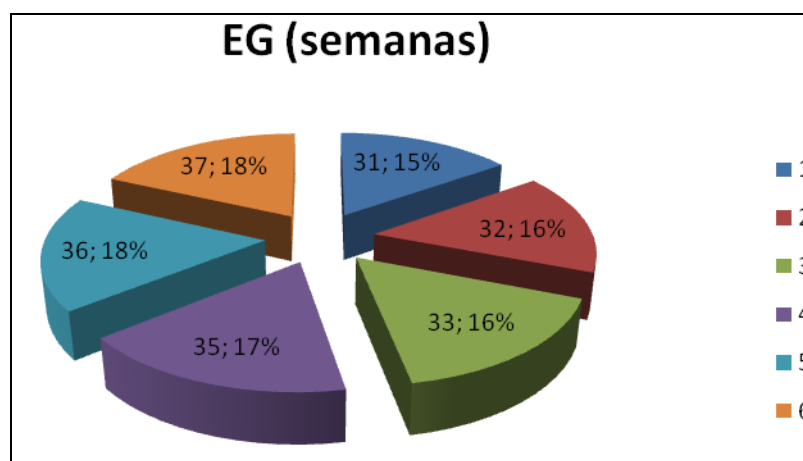
El segundo grupo estuvo conformado por 10 adolescentes diagnosticadas de la siguiente manera: 21 semanas de EG (2), 22 semanas de EG (1), 24 semanas de EG (3), 26 semanas (1), 27 semanas (1), 28 semanas (1), 29 semanas de EG (2).



### TERCER GRUPO

EG (semanas)	Embarazadas
31	1
32	1
33	1
35	1
36	1
37	1

Elaborado por: Paulina Robalino V

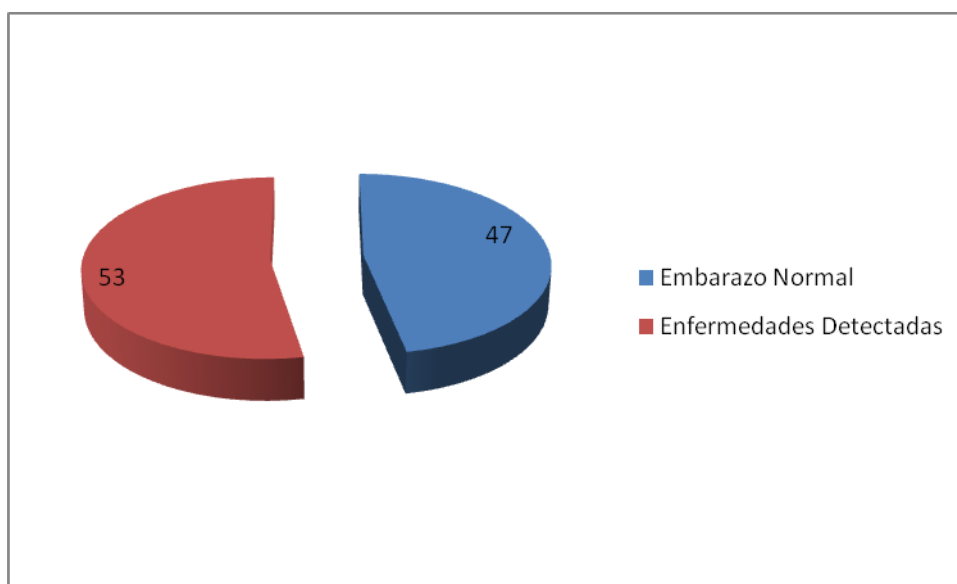


En el tercer grupo está conformado por 6 adolescentes que cursan con: 31 semanas de EG (1), 32 semanas de EG (1), 33 semanas de EG (1), 35 semanas de EG (1), 36 semanas de EG (1) y 37 semanas de EG (1).

**Embarazo Normal / Infecciones Identificadas en las adolescentes Embarazadas, al iniciar el programa:**

Diagnóstico	Embarazada	(%)
Embarazo Normal	14	47
IVU	6	53
Vaginitis	4	
Bajo peso	2	
Amigdalitis Aguda	1	
Gripe	2	
Rinitis alérgica	1	

Elaborado por: Paulina Robalino V



Esta tabla identifica las enfermedades que se encuentran en las adolescentes embarazadas, no corresponde cada enfermedad a cada una de las jóvenes ya que se dio el caso, en que dos o mas enfermedades afectan a una sola adolescentes y en otros casos se tienen adolescentes sanas, asi nos podemos dar cuenta que si na tención adecuada las adolescentes presentan un 53% de morbilidad , que es preocupante para la valoración del equipo multidisciplinario.

**Embarazo Normal/Infecciones Identificadas en las adolescentes Embarazadas, al finalizar el programa:**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Embarazada</b>	<b>(%)</b>
Embarazo Normal	28	93%
IVU	1	7%
Vaginitis	1	
Bajo peso	0	
Amigdalitis Aguda	1	
Amenaza de Parto Pretérmino	2	
Gripe	2	
Rinitis alérgica	1	

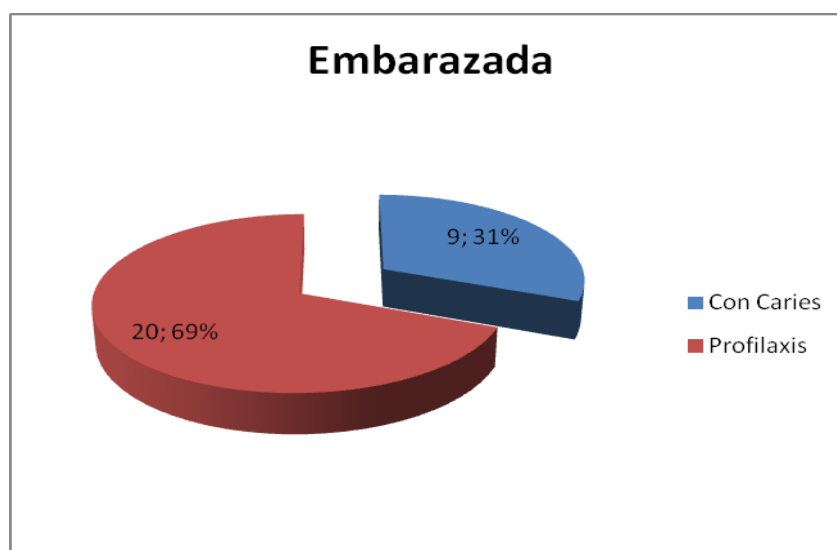
Ahora se puede observar que un embarazo debidamente controlado no tiene porque presentar alteraciones, o patologías, motivo por el cual, se analizó que al término del programa tan solo la mitad del grupo presentaba un embarazo sin infecciones, y que al final del programa se tuvo que 28 de las 30 mujeres cursaron y cursan con un embarazo normal.

### Resultado de la Atención Odontológica:

En el análisis odontológico se encontraron los siguientes diagnósticos al inicio del programa:

Patología Odontológica	Nº Embarazadas
Sanas	10
Caries	9
Cálculos	2
Sarro	3
Ausencia parcial de piezas dentales	5

Elaborado por: Paulina Robalino V



Los diagnósticos encontrados en odontología fueron 10 adolescentes sin ninguna complicación odontológica, mientras que un importante grupo fueron diagnosticadas con caries dentales, que pudieron haber tenido antes del embarazo, y se complicaron con el proceso fisiológico del embarazado por el consumo de calcio por el feto, a esto debemos añadir los hábitos de las jóvenes. Y apenas 2 con cálculos los mismos que fueron extraídos apenas se hizo el diagnóstico.

**Patología Odontológica al Finalizar el Programa:**

<b>Patología odontológica</b>	<b>Nº adolescentes</b>
Sanas	30
Caries	0
Cálculos	0
Sarro	0
Ausencia parcial de piezas dentales	7

**Elaborado por: Paulina Robalino V**

Ahora se puede observar los resultados odontológicos valorados al finalizar el programa. Por lo tanto, se puede dar cuenta que al recibir la atención integral de las jóvenes ya ninguna tiene patología odontológica, el diagnóstico final es 100% de jóvenes sanas, lo que hay que mencionar es que dos más de las jóvenes perdieron sus piezas dentales, parcialmente, a consecuencia del embarazo lo que no se considera patológico sino fisiológico.

**Factores psicosociales de riesgo identificados en las adolescentes embarazadas:**

<b>Diagnóstico Psicosocial al Inicio del Programa</b>	<b>Embarazadas</b>
Asicronía madurativa físico – emocional	8
Baja autoestima	12
Ausencia de interés	2
Pérdida reciente de personas significativas	4
Embarazo por violación o abuso	2
Intento de aborto	8
Propósito de entregar el hijo en adopción	7
Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente	4
Pareja ambivalente o ausente	22
Condición económica desfavorable	6
Marginación de su grupo de pertenencia	4
Difícil acceso a los centros de salud	1

**Elaborado por: Paulina Robalino V**

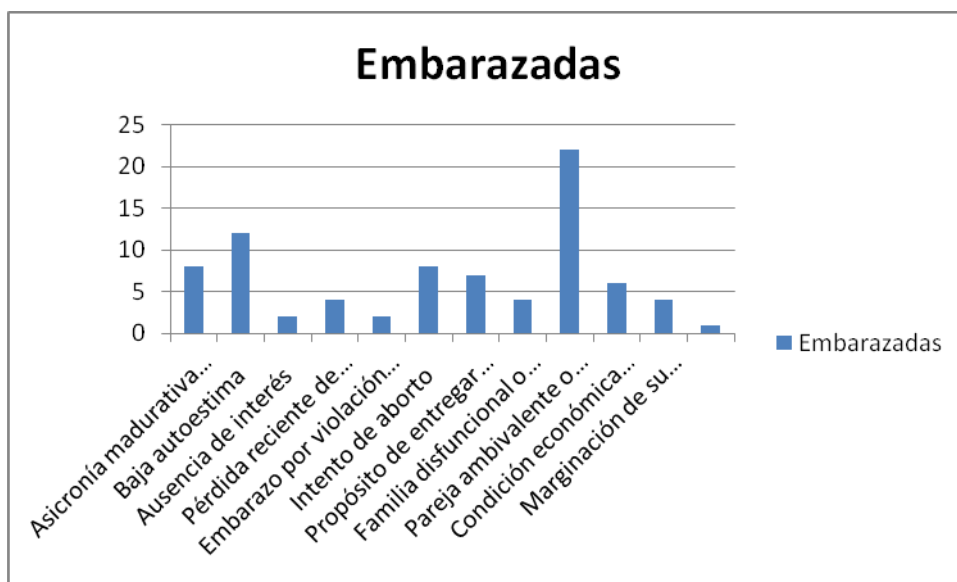
Los Factores Psicosociales de riesgo en las adolescentes embarazadas fueron identificados por el equipo de psicólogas que como se indicó para su interpretación , no se correlacionan 1 a 1 con el número de adolescentes ya que en algunos casos una sola joven tienen dos o más riesgos identificados , por lo tanto, se cuantifican los riesgos y así se los interpreta, es muy preocupante que en 22 casos las jóvenes no tienen pareja y eso agrava su estado emocional y su autoestima, por todos los casos pusimos mucho empeño todo el equipo para ayudarles a superar en el transcurso del programa y estos son los resultados al finalizar el programa:

<b>Diagnóstico Psicosocial al Final del Programa</b>	<b>Embarazadas</b>
Asincronía madurativa físico – emocional	8
Baja autoestima	1
Ausencia de interés	0
Pérdida reciente de personas significativas	4
Embarazo por violación o abuso	2
Intento de aborto	0
Propósito de entregar el hijo en adopción	0
Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente	4
Pareja ambivalente o ausente	10
Condición económica desfavorable	6
Marginación de su grupo de pertenencia	0
Difícil acceso a los centros de salud	0

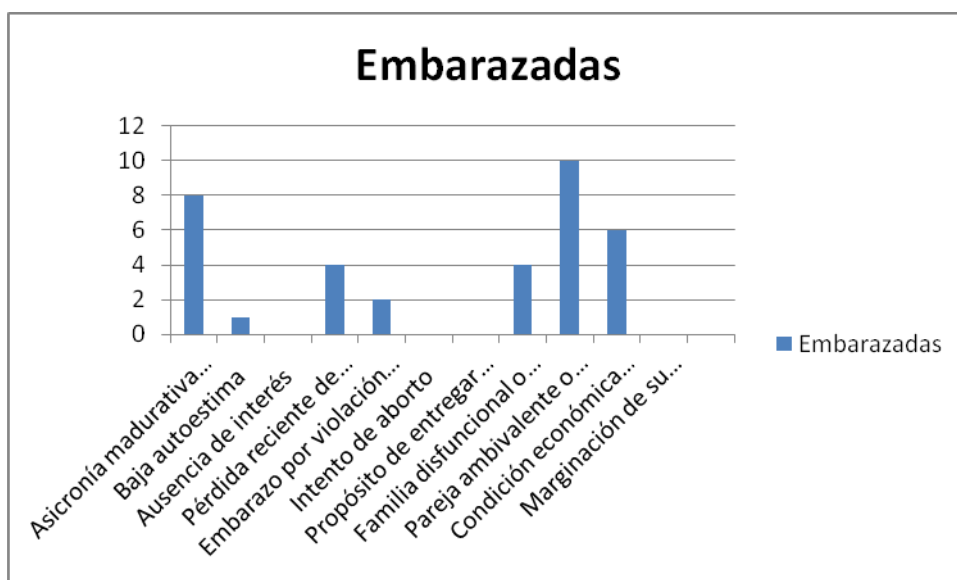
**Elaborado por: Paulina Robalino V**

### Comparación de los Factores Psicosociales al Inicio y Final del Proyecto:

#### Inicio



#### Final



**Factores de Riesgo Biológico Identificados en las Adolescentes Embarazadas:**

<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Embarazadas</b>
Peso < 45 Kg y / o talla < 1,45 m	2
Estado nutricional deficiente	2
Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad	12
Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)	4
Tatuajes	2
Más de 2 parejas	2

**Elaborado por: Paulina Robalino V**

Guiados en el marco teórico se realizó la detección de los factores de riesgo biológico que presenta el grupo de adolescentes embarazadas, observando que dentro del grupo se tiene 12 jóvenes que se identificaron en la consulta con la nutricionista con un inadecuado hábito alimentario, a 2 de ellas durante el examen físico se le observó la presencia de tatuajes permanentes, de igual manera en las entrevistas con los diferentes profesionales 2 de ellas indicaron tener hasta el momento más de dos parejas sexuales, lo que preocupó de sobremanera y se convierte al momento en el principal problema a solucionar sin dejar de lado a los demás identificados.

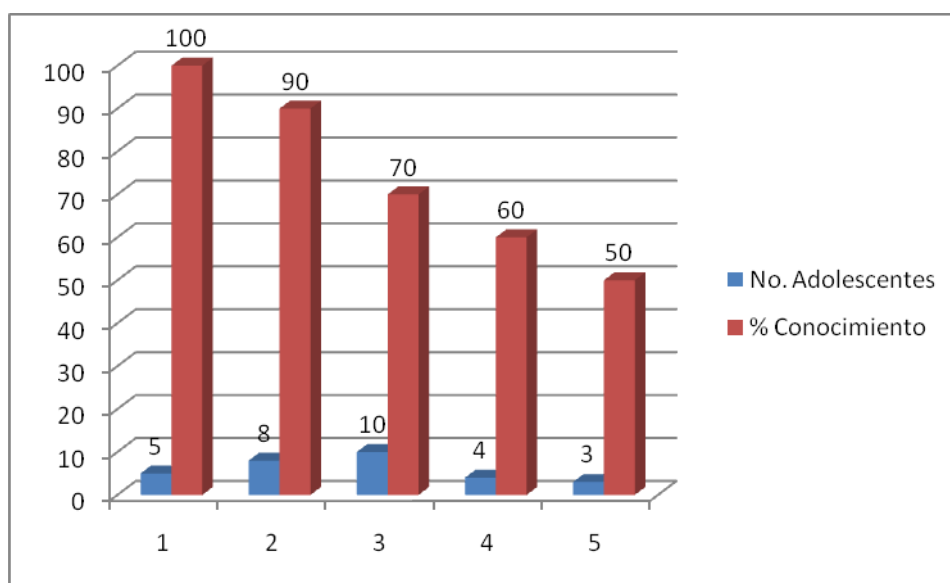


**Resultados de las evaluaciones sobre los Conocimientos Adquiridos Después de los diferentes Talleres desarrollados durante el Programa de Atención Integral de la Adolescente Embarazada:**

**Taller de Fecundación:**

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
5	20	100
8	18	90
10	14	70
4	12	60
3	10	50
30	14,8	74

Elaborado por: Paulina Robalino V



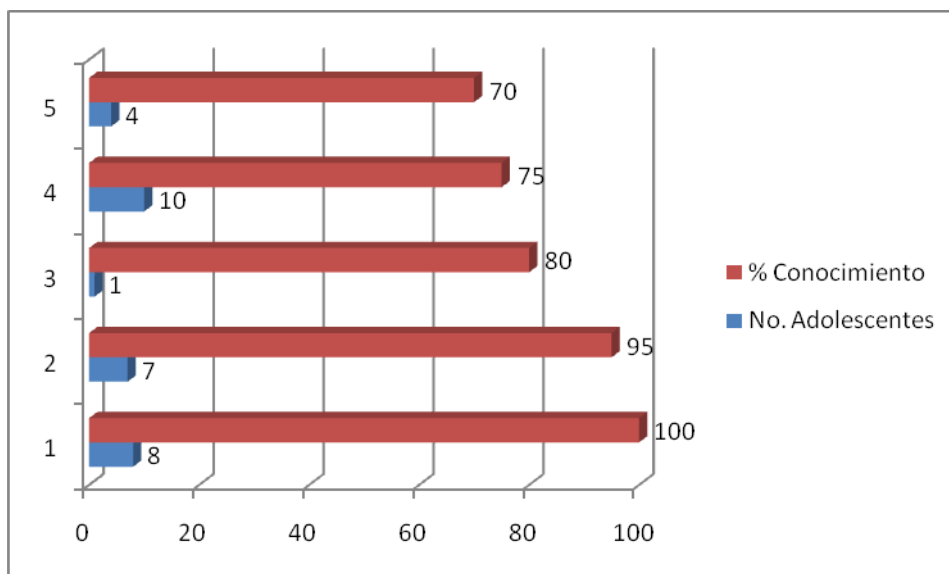
Podemos observar que apenas 13 jóvenes (menos del 50%), tuvieron un aprendizaje casi completo sobre el tema, lo que es muy preocupante, al iniciar el programa. Se consideró que siendo el primer taller donde las jóvenes aun no tenían plena confianza, así como desconocían lo que iban a hacer y a la vez permanecían aun en un desequilibrio emocional, justificamos de cierta manera que el rendimiento y el

conocimiento demostrado sobre el tema fue deficiente, su evaluación obtuvo una calificación muy baja, respecto a las expectativas planteadas, por lo que en los próximos talleres se cambió la modalidad de impartir el mismo y se aplicaron técnicas más prácticas para el mejor aprovechamiento del mismo.

### Taller de Desarrollo y Crecimiento del Embrión:

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
8	20	100
7	19	95
1	16	80
10	15	75
4	14	70
30	16,8	84

Elaborado por: Paulina Robalino V



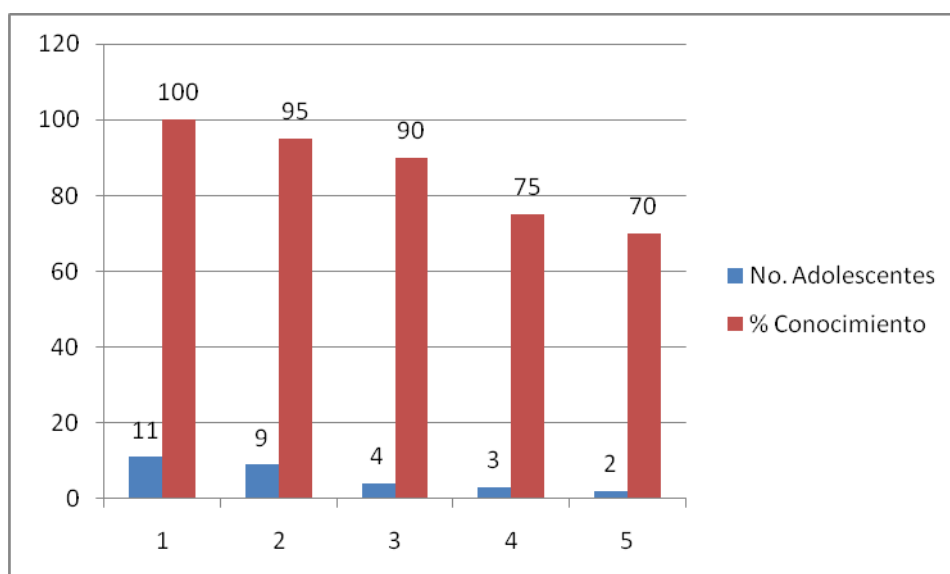
Este taller las jóvenes lo desarrollaron en el segundo encuentro, se notó un poco más de entrega, atención y participación mientras se desarrollaba el mismo, y de igual manera con el apoyo de todo el grupo de profesionales se realizó la evaluación objetiva del mismo, así se pudo ver que ya apenas 4 jóvenes obtienen la calificación

más baja, la misma que es de 14 y la consideramos aceptable ya que abarca más del 40% de conocimientos aprendidos.

### Taller de Cambios Normales Durante el Embarazo:

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
11	20	100
9	19	95
4	18	90
3	15	75
2	14	70
29	17,2	86

Elaborado por: Paulina Robalino V

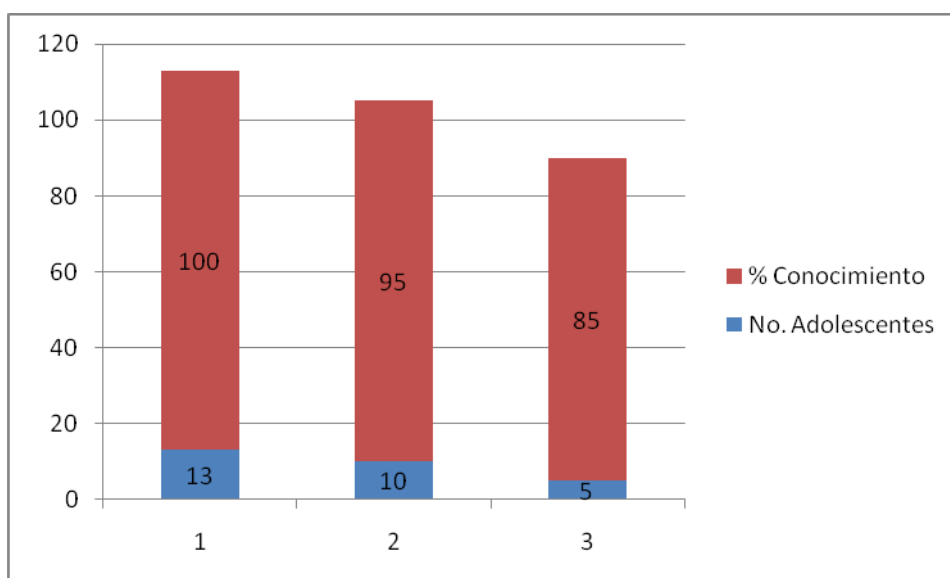


El interés va aumentando en las participantes, sus dudas ante el tema hacen que el taller se desarrolle en un ambiente de camaradería, se hizo muy práctico a la vez que dinámico, y es así como la evaluación final nos da un porcentaje de aprendizaje aceptable, su evaluaciones van de 14 a 20, indicamos que al final de cada taller y después de las evaluaciones se realizó una retroalimentación sobre el tema para reforzar más aun sus conocimientos y despejar todas sus dudas.

### Taller de Nutrición de la Adolescente Durante el Embarazo:

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
13	20	100
10	19	95
5	17	85
28	18,7	93,3

Elaborado por: Paulina Robalino V

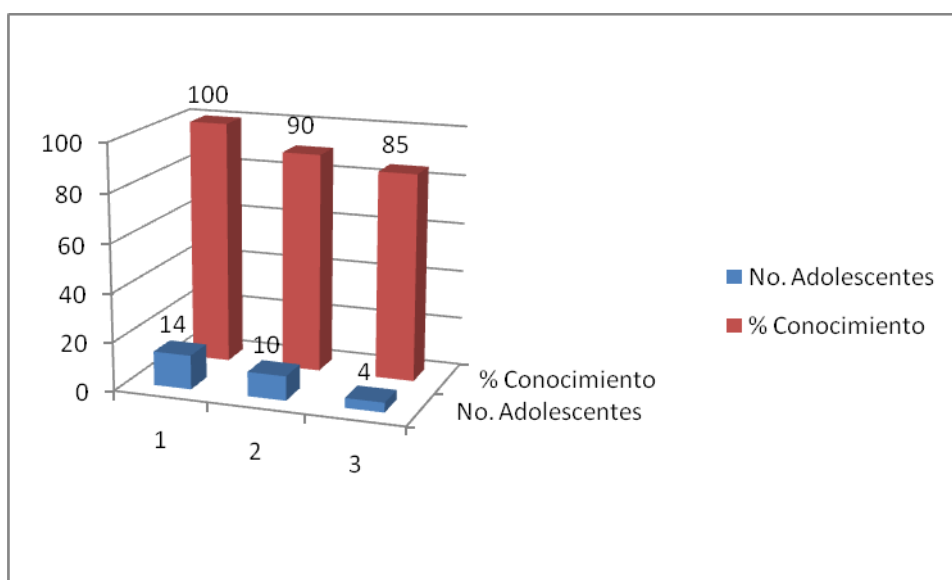


La valoración que se realiza sobre el conocimiento adquirido después del taller sobre nutrición es subjetiva, ya que se basa en la utilización de un cuestionario cuya calificación se lo ha hecho sobre 20 puntos, por esta razón, se valoró el porcentaje de conocimiento adquirido, el mismo que es satisfactorio para el equipo multidisciplinario, sobre todo para la nutricionista

**Taller de Estimulación Temprana:**

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
14	20	100
10	18	90
4	17	85
28	18,3	91,7

Elaborado por: Paulina Robalino V

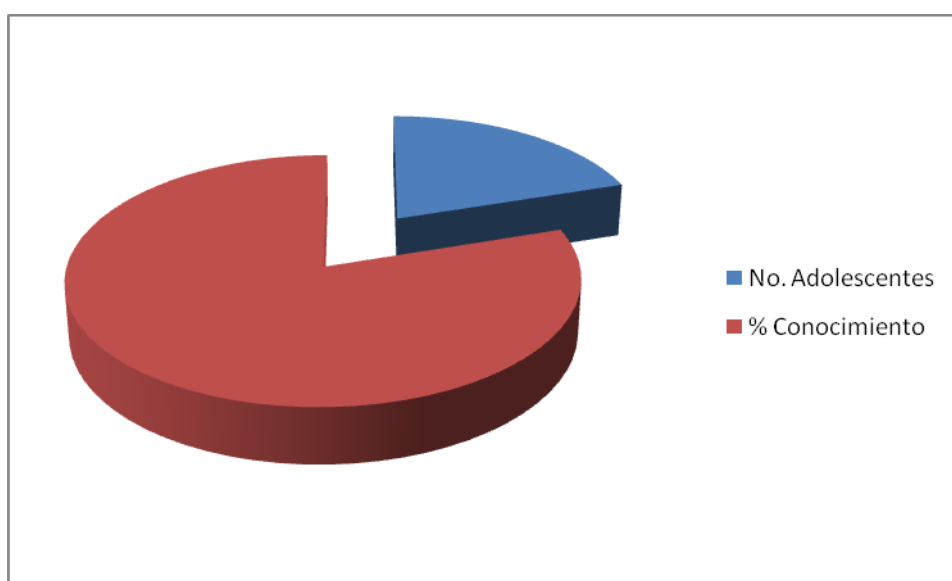


En este taller se contó con la participación de 28 adolescentes, las mismas que demostraron mucho interés y desempeño en la práctica del mismo, algunas de ellas se encontraban acompañadas por sus familiares o parejas, quienes también participaban del taller, así observamos que la evaluación final es que 14 jóvenes contestaron acertadamente a todo el cuestionario, 10 jóvenes obtuvieron una calificación de 18 y 4 una calificación de 17 lo que es positivo para continuar con el desarrollo del programa.

**Taller de Lactancia Materna:**

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
25	20	100
25	20	100

Elaborado por: Paulina Robalino V

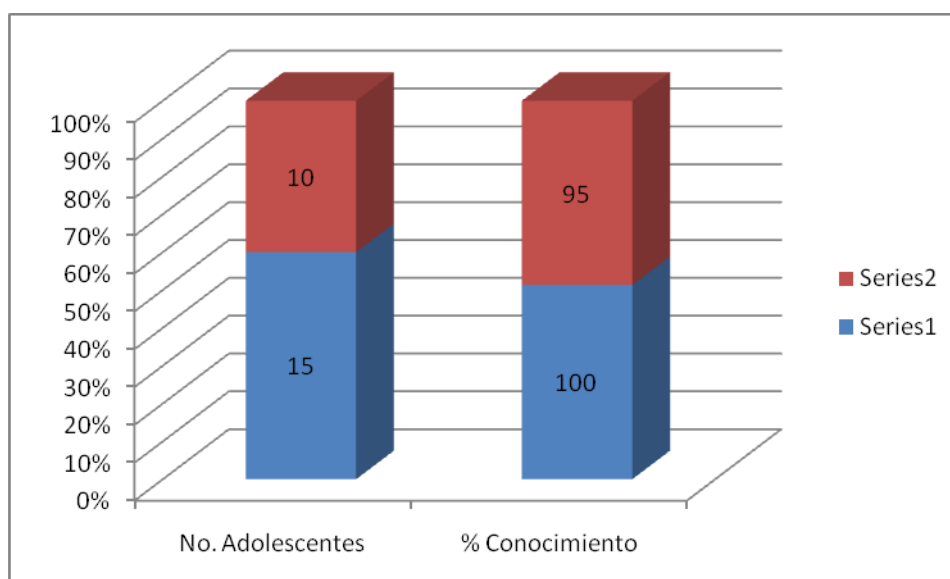


En cuanto se refiere al tema de la Lactancia materna las embarazadas aprueban con un 100%, de igual forma en lo referente a la técnica de lactancia y la duración y frecuencia de las alimentaciones, por otro lado en lo relacionado a los Mitos y realidades aprueban con un 100%.

### Taller de Atención del Recién Nacido:

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
15	20	100
10	19	95
25	19,5	97,5

Elaborado por: Paulina Robalino V

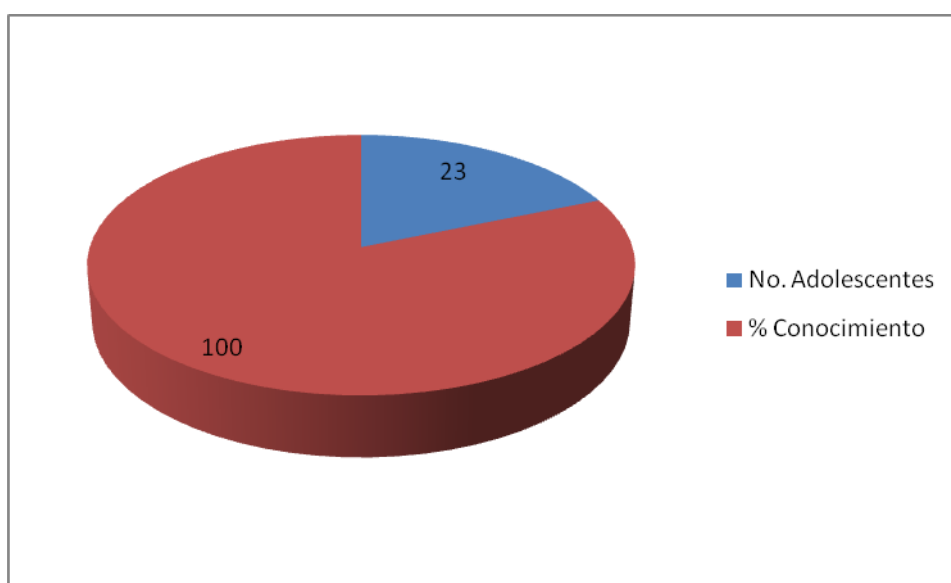


La evaluación de este encuentro se hizo tomando en consideración la presencia de las diferentes personas que acompañaron a las adolescentes embarazadas lo que ya dio subjetivamente un positivismo de que el proyecto se está cumpliendo en base a los objetivos propuestos.

### Taller de Maternidad y Paternidad Responsable:

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
23	20	100
23	20	100

Elaborado por: Paulina Robalino V



En el noveno encuentro se desarrollo el taller de maternidad y paternidad responsable, contamos con la presencia de todos los involucrados, ya que de las 23 participantes con las que aun contamos en el programa, en todos los casos se ha conseguido la presencia de sus familiares, y parejas con quienes pasamos a desarrollar el taller con la finalidad de lograr que los participantes conozcan y decidan responsablemente sobre su rol de madre y padre, fortaleciendo los **valores humanos**. Es así como fue una sorpresa muy positiva para el equipo multidisciplinaria dirigido por mi persona cuando al observar los resultados de la evaluación aplicada a las adolescentes y a los familiares en la que todas las respuestas fueron correctas, lo que fue muy gratificante y sentimos que el trabajo se habían cumplido. Y que habíamos logrado el cumplimiento de uno de los objetivos propuestos.



Después de desarrollar la actividad participativa en todo el grupo se llegó a identificar plenamente que es una paternidad y maternidad responsables.

A continuación se describe textualmente las conclusiones del taller realizadas por las jóvenes adolescentes y sus familiares y parejas.

**“Que** las gestaciones sean planificadas para que ocurran en el momento deseado por la pareja. Decisión que debe partir de la pareja, previo conocimiento y educación de la misma (labor no siempre sencilla), para evitar imposiciones que pueden incluso ser de orden político”.

**“Que** los padres tengan conciencia que el procrear un ser humano implica no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también ante el hijo, la familia y la sociedad. No sólo es la decisión de dos para sí; sino que afectará a la totalidad de la familia, influirá en forma acertada o no en la sociedad, ya que la familia no es una isla en la sociedad, sino que es la célula básica de la sociedad.”

**“Que** los padres no deben procurar solamente brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, sino, además, tienen la responsabilidad de brindarles amor, amistad, tiempo y protección. Esto último representa el aspecto más importante de la PR, sobre todo en nuestro país, donde la mayoría de la población vive en la pobreza y todo su tiempo está orientado a conseguir recursos económicos para alimentación, vivienda, educación...; "no hay tiempo" para estar con los hijos y, por lo tanto, no hay oportunidad de brindarles amor, amistad y protección. Al final, son hijos de nadie. En Salud Reproductiva decimos: Padres Saludables, hijos saludables". Resulta difícil aplicar esta afirmación, cuando no hay salud psicológica, social y espiritual”

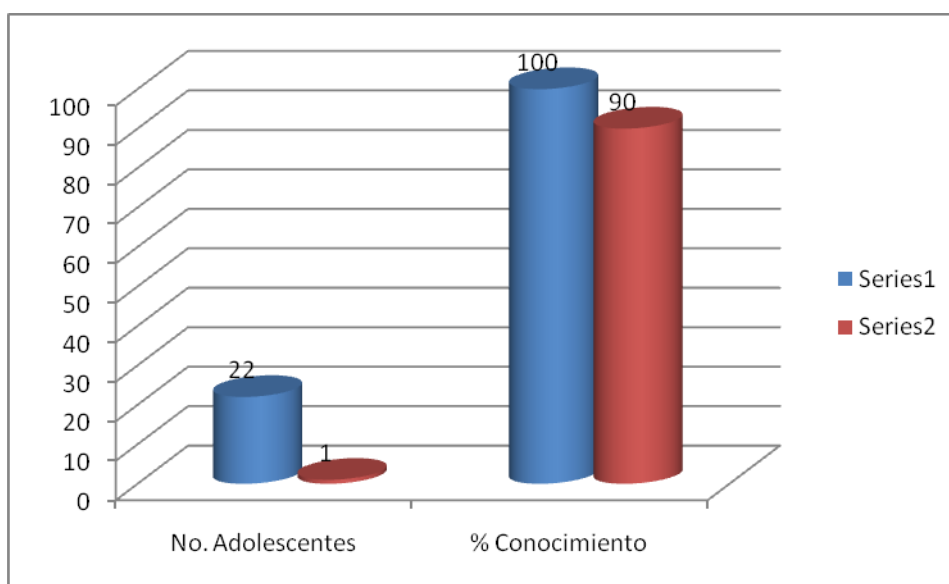
“En resumen la paternidad responsable es "dar vida en plenitud"; tener los hijos deseados, para transmitirles vida "en plenitud". Es decir, que los padres (y no otros familiares o personas) enseñen a sus hijos, día a día, no sólo con palabras, sino con el

ejemplo, a ser verdaderas personas humanas; esto exige una preparación mínima adecuada.

### Taller de Uso de Métodos Anticonceptivos:

No. Adolescentes	Evaluación	% Conocimiento
22	20	100
1	18	90
23	19,0	95,0

Elaborado por: Paulina Robalino V



Finalmente, se llegó al acuerdo de utilizar los métodos anticonceptivos y posterior al nacimiento del niño producto de este embarazo acudirán a recibir atención médica y planificación familiar.

**En el décimo encuentro se evaluó los problemas identificados por las adolescentes al inicio del proyecto los mismos que se habían ido solucionando:**

**a. Embarazo indeseado.**

Al final del programa todas las jóvenes querían conservar al niño y no se practicó ningún aborto.

**b. Madre soltera.**

Este problema está totalmente superado en todo el grupo. Al finalizar el programa

**c. Ceder al hijo en adopción.**

Las adolescentes embarazadas, que se encuentran en nuestro programa tuvieron la oportunidad de decidir por sí mismas, y escoger continuar su embarazo y quedarse con su bebé.

**d. Aborto provocado.**

La mayoría de la participantes creyeron que esta era la solución al problema sin embargo hoy están muy arrepentidas y ninguna lo haría al momento.

**e. Hijo indeseado.**

Esperamos no se suceda después del programa.

**f. Abandono escolar.**

Al momento 20 jóvenes de las treinta dentro del programa se encuentran estudiando

**g. Matrimonio forzado.**

En ninguno de las adolescentes se dio este caso.

**Fin del Programa:**

Se procedió con una ceremonia corta, de clausura del programa, pero muy significativa para agradecer a todas las participantes y a sus familiares y amigos, se entregó una canastilla con productos para el niño recién nacido y la madre, como presente a todas ellas y un manual con las memorias de todos los talleres para que puedan volver a revisar los temas, así como las fotografías que se habían tomado en el transcurso del programa.

También se entregó un certificado de participación en el taller a las adolescentes. De igual forma a los profesionales por su valiosa participación y un gracias.

Al HAACH en la persona de la Ing. Laura Burgos Gerente del Hospital Andino Alternativo, se entregó una placa por parte de las participantes como agradecimiento.

Y se envió los resultados del programa a los representantes de la Fundación Alemana Ecuatoriana por mail, al igual que los respectivos agradecimientos. Se incluyó un mensaje de amor y paz por la fecha próxima que es la navidad.

En el programa se tuvo la participación de la prensa escrita y de TV, acto que dejó muy en alto la gestión y aporte que realiza la UTPL a través de sus maestrantes en la sociedad.

## 10. CONCLUSIONES:

- ✓ Es una experiencia gratificante haber sido la autora, la pionera en ejecutar este proyecto en la ciudad de Riobamba.
- ✓ Se realizó por primera vez en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo y en la ciudad de Riobamba, un programa de atención integral a un grupo de 30 adolescentes embarazadas desde los 14 a los 19 años de edad.
- ✓ Al inicio del programa se identificó que la principal dificultad del grupo analizado es que el 77 % cursaban con un embarazo indeseado y el 100 % eran solteras.
- ✓ En la primera atención médica se identificó que el 47 % de adolescentes cursaban con un embarazo normal, mientras que al 53 % restante tenían algún tipo de enfermedades.
- ✓ Al final del programa se dio la aceptación de los embarazos no deseados por parte de las adolescentes y de sus parejas, así como la asistencia al seguimiento de postparto, al Control del Recién Nacido, al Control de Niño Sano y la Lactancia Materna.
- ✓ Con esta experiencia las adolescentes se identificaron con la Paternidad y Maternidad responsable, es decir, no se ha observado abandono de los niños, o algún tipo de abuso por descuido en las madres participantes, aún cuando se trata de madre sola.
- ✓ Se contó con la aceptación de los padres y otros familiares para acompañar a sus hijas en la labor de parto, dando como resultado que la joven reciba apoyo y comprensión durante el nacimiento de su niño.
- ✓ De los niños nacidos durante el programa de atención integral en el HAACH, 2 de ellos fueron hombres y 5 mujeres.

- ✓ Todas las adolescentes beneficiarias del proyecto fueron insertadas y aceptadas por el núcleo familiar, es decir, ninguna fue rechazada por su familia al finalizar del programa.
  
- ✓ De las adolescentes que participaron en el programa 19 de ellas se encuentran estudiando, 3 trabajan a tiempo parcial y 8 de las jóvenes viven con su pareja o esposo.
  
- ✓ Existe gran predisposición por parte del HAACH y la Fundación Alemana Ecuatoriana para continuar con este tipo de proyectos que ayudan a solucionar los problemas de salud presentes en la comunidad.

## **11. RECOMENDACIONES:**

- Que las autoridades de salud concreten planes y programas educativos sobre temas específicos como: el de la adolescente embarazada y no dejen en letras, en códigos o escritos en la constitución sino que los lleven a cabo, que lo hagan práctico y que los fondos sean manejados desde el nivel central.
- Al HAACH se recomienda que continúe con el programa porque de esta manera está trabajando para la colectividad cumpliendo con la visión y misión de la institución, bajo el perfil de servicio con el cual fue creado.
- A todos los y las adolescentes les recomiendo actuar, pensando siempre en un futuro y no dejarse llevar de sentimientos, poniendo en práctica los valores impartidos en su núcleo familiar o en su unidad educativa por sus maestros.
- Padres de familia o apoderados de los jóvenes den confianza a sus hijos para evitar problemas tan grandes como los embarazos en las adolescentes. Actúen con responsabilidad, y mediten antes de tomar una decisión como abandonar el hogar o decidir por la migración.

## 12. BIBLIOGRAFÍA:

1. Lyness D.; Macones G, febrero 2002.
2. Esqueda E.; et al 2004, Embarazos Sucesivos en las Adolescentes.
3. Endemain, 2004, Cita de información de la World Wide Web, Adolescentes y Jóvenes.
4. Ministerio de Salud Pública, [www.msp.ec](http://www.msp.ec).
5. Avesa; 2002, Orientación Individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente.
6. Dirección Provincial de Salud de Chimborazo; Departamento de Estadística, Libros con Registros Provinciales.
7. África Internacional; Embarazo y Maternidad entre adolescentes.
8. Issler J. 2001, Embarazo en la Adolescencia, [www.google.com/Adolescentes y embarazo/Adolescencia/EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.htm](http://www.google.com/Adolescentes_y_embarazo/Adolescencia/EMBARAZO_EN_LA_ADOLESCENCIA.htm). 2-marzo 2004.
9. Embarazo en la Adolescencia, Diario Hoy, [hoyonline@hov.net](mailto:hoyonline@hov.net).
10. Fundación Telemigo, [www.google.com/Maternidad/La Maternidad Precoz.htm](http://www.google.com/Maternidad/La_Maternidad_Precoz.htm)
11. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos . UNFPA. Abril 2005.
12. <http://www.clinicabiblica.com/>
13. <http://www.pediatraldia.cl/>
14. Garcia S; et al; "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obstricia. y Ginecología. Hospital. Clínica. Universitaria. de Salamanca – Revista. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.006, Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
15. Toro M.; J., Uzcátegui O.; 2006; "Embarazo en la adolescente".
16. Molina R., et al; 2004; "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
17. [www.google.com/Adolescentes y embarazo/Adolescencia/protocolos de tención integral para la salud de escolares y adolescentes.htm](http://www.google.com/Adolescentes_y_embarazo/Adolescencia/protocolos_de_tencion_integral_para_la_salud_de_escolares_y_adolescentes.htm).



18. AVECILLA A.; 2002; Particularidades de la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia Ciencias Ginecológicas.
19. ALVAREZ D.; et al; 2002; Sociedad Española de Contracepción, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia; la píldora del día después. Barcelona: Pulso Ediciones.
20. Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina N° 107 - Agosto/2001.
21. MOLINA R.; 2002; Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Ed.; Publicación. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.
22. Sociedad Española de Contracepción; 2001; Manual de salud reproductiva en la adolescencia; aspectos clínicos y prácticos. Zaragoza; Disponible en [www.sec.es/saludreproductiva.htm](http://www.sec.es/saludreproductiva.htm)
23. Sexualidad, 1993-2003 Microsoft Corporation.
24. JARAMILLO D.; MORETA J.; 2005; Manual de Normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. MSP.
25. PÉREZ G.; PÉREZ C.; 1997; Pediatría de atención primaria, vol. 7, Valencia España.
26. CANESSA P.; 2004; Maternidad y paternidad en los adolescentes. En: manual para la educación en salud integral del adolescente. Washington D.C; OPS, unidad IV.
27. RODRÍGUEZ O.; et al; Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
28. PARERA N.; et al; 2001; Anticoncepción en la adolescencia. Cuad Med Reprod.
29. COLL A.; 2005; "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4, Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
30. SILEO E.; Orientación Individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente, Ex Jefa Servicio Adolescencia Hospital J.M. de Los Ríos. Caracas.
31. MARTÍNEZ D.; 1982; Sistemas indicadores, en S del campo. Los indicadores sociales a debate, Madrid Suramérica.

32. Andere; Aguilar M.; 2004; Como elaborar un proyecto, 16<sup>a</sup> edición, colección política .servicios y trabajo social. Editorial Lumen Hvmanitas. Argentina.
33. Polit D.; Hungler B.; 1987; Desarrollo de proyectos en la salud 2 ed. Interamericana. México.
34. Soto A.; Menéndez J.; 2003; El protocolo en los proyectos de investigación científica. Material mimeografiado.
35. [www.adolescencia y salud htm.](#)
36. [www.proyectos locales adolescencia y salud htm.](#)
37. [www.Google.com\doc\\_why\\_invest.htm.](#), ¿Por qué debemos invertir en el adolescente?.
38. [www.embarazada.com](#), El Embarazo.
39. [www.google.com\Adolescentes y embarazo\Adolescencia\Si su hija adolescente va a tener un bebé.htm.](#)
40. [www.google.comAdolescentes y embarazo\Adolescencia\Interrupción de embarazo en las adolescentes - ilustrados com.htm.](#)
41. Ramírez A.; 2001;Intercepción postcoital; Cuad Med Reprod.

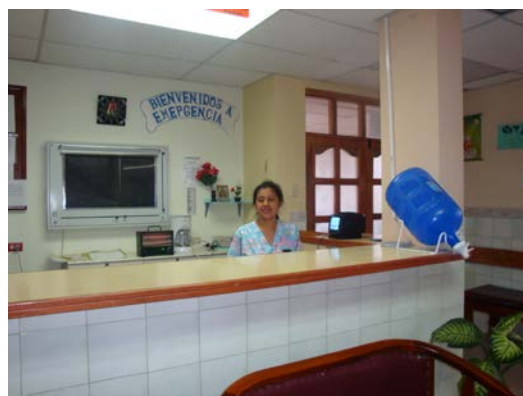
### 13. ANEXOS:



Hospital Andino Alternativo Chimborazo



Recepción



Emergencia



Sala de Espera



Sala de Espera



Consultorio Ginecológico



Consultorio de Obstetricia



Consultorio Odontológico



Quirófano



Estación de Enfermería



Área de Neonatología

Fotos de Desarrollo del Proyecto



Inauguración



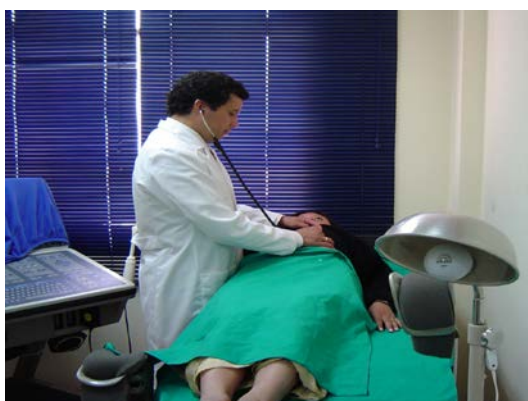
Participantes



Visita a una Adolescente



Atención Psicológica



Atención Ginecológica



Atención Odontológica



Realización de Exámenes de Laboratorio



Adolescentes en el Patio del HAACH



Atención Médica



Taller



Atención Médica



Atención Médica



Observación Sala de Partos en Agua



Observación con los Familiares



Gimnasia Preparto



Taller de Estimulación Temprana



Taller



Adolescente en Labor de Parto



Primer Parto en Agua



Adolescente Lactante



Adolescente en Labor de Parto



Adolescente con su Pareja



Familiares Durante la Clausura



Clausura