



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

TESIS

TÍTULO DE LA TESIS:

“DISEÑO DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL, PARA
ADOLESCENTES EMBARAZADAS, QUE ACUDEN A CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA DE LA CIUDAD DE
MILAGRO”

Previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia en
Servicios de la Salud

ELABORADO POR:

Obst. Marjorie Macías Castillo

Md. Gina Valverde Mejía

TUTOR:

Ing. Diómedes Rodríguez

Guayaquil, a los 25 días de Noviembre 2013



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Obst. Marjorie Macías Castillo y la Md. Gina Valverde Mejía, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios en la Salud.

Guayaquil, a los 25 días de Noviembre del 2013

DIRECTOR DE TESIS

Ing. Diomedes Rodríguez Villacís

REVISORES:

Mg. Cinthya Game Varas

Ing. Nancy Wong Laborde

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Econ. María Lapo Maza



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, Obst. Marjorie Isabel Macías Castillo

DECLARO QUE:

La Tesis “Diseño de un modelo de atención integral, para adolescentes embarazadas, que acuden a consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro” previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 25 días de Noviembre del 2013

EL AUTOR

Obst. Marjorie Isabel Macías Castillo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, Md. Gina Alexandra Valverde Mejía

DECLARO QUE:

La Tesis “Diseño de un modelo de atención integral, para adolescentes embarazadas, que acuden a consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro” previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 25 días de Noviembre del 2013

EL AUTOR

Md. Gina Alexandra Valverde Mejía



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

YO, Obst. Marjorie Isabel Macías Castillo.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada: “Diseño de un modelo de atención integral, para adolescentes embarazadas, que acuden a consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 25 días de Noviembre del 2013

EL AUTOR

Obst. Marjorie Isabel Macías Castillo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

YO, Md. Gina Alexandra Valverde Mejía.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada: “Diseño de un modelo de atención integral, para adolescentes embarazadas, que acuden a consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 25 días de Noviembre del 2013

EL AUTOR

Md. Gina Alexandra Valverde Mejía

DEDICATORIA

A Dios que me motiva cada día a seguir adelante y alcanzar mis objetivos con éxito y satisfacción.

A mi familia, que me ha ayudado a crecer en todos los aspectos de la vida y han dado todo de ellos por mi desarrollo profesional.

Al tutor que nos ha aportado bastante y ha sido un gran colaborador para la realización de la tesis.

Gina Valverde M.

Dedicado con mucho amor a Dios, porque ha sido mi fortaleza y sustento, ayudándome cada día a seguir adelante y alcanzar mis metas.

A mis hijas quienes me inspiran cada día a ser mejor persona, madre, amiga y profesional para ser su ejemplo a seguir.

A mis amados padres con quienes siempre he contado incondicionalmente en todos los aspectos, por su gran paciencia, comprensión y apoyo.

Marjorie Macías C.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por sobre todas las cosas, por ser mi fortaleza en esta batalla y darme orientación en cada paso que he dado.

A mi familia, pilares de mi vida, por su amor incondicional, apoyo y motivación durante el transcurso de esta tesis.

A mis maestros, que han cultivado en mí el ansia de descubrir nuevos horizontes sembrando sus conocimientos, en especial al Ing. Diomedes Rodríguez que me oriento de una manera correcta y acertada en la elaboración de este proyecto.

Al personal del Hospital León Becerra por su colaboración oportuna y las facilidades brindadas para la elaboración de la presente tesis.

Gina Valverde M.

Mi mayor gratitud a Dios porque sin él no hubiera sido posible alcanzar mis metas y sueños.

A mi amada familia, mis padres porque siempre están conmigo brindándome todo su apoyo y mi deseo es que siempre puedan sentirse orgullosos de mi.

A mi estimado Tutor Ing. Diómedes Rodríguez por su acertada dirección en la culminación de esta tesis fruto de un gran esfuerzo.

A todas aquellas personas quienes de alguna manera brindaron su colaboración en el Hospital León Becerra de Milagro, que a pesar de las diferentes dificultades presentadas pudieron aportar al término de este proceso de investigación como una contribución al mejoramiento de la calidad de la atención de las adolescentes embarazadas que necesitan orientación y ayuda de los profesionales de la Institución.

Marjorie Macías C.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	1
Objetivos.....	5
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
Capítulo 1	9
La salud DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL ECUADOR	9
1.1 Salud	11
1.2 La Adolescencia	12
1.2.1 Cambios en la adolescencia.....	16
1.2.1.2.....	<i>Cambios fisiológicos</i> 17
1.2.2 La pubertad: cambios hormonales.....	23
1.3 Maternidad.....	27
1.4 Embarazo en la adolescente.....	27
1.4.1 Factores de riesgo.....	28
1.4.2 La adolescente embarazada y su entorno familiar, social y afectivo. 29	
1.5 Modelo de Atención de Salud Integral para las adolescentes	32
1.5.1 Situación Actual de los Servicios de Salud.....	33
1.5.2 Programa de Atención Integral a adolescentes.....	36
1.5.3 Calidad de la Atención en Salud	37
1.5.4 Etapas para la consolidación del modelo de atención	41
1.5.5 Equipos y personal.....	41
CAPÍTULO 2	43
HOSPITAL LEÓN BECERRA DE MILAGRO	43
2.1 El Cantón Milagro	43
2.2 Reseña Histórica del Hospital León Becerra Milagro	44
2.3 Misión.....	46
2.4 Visión.....	46
2.5 Objetivos del hospital	46
2.5.1 General	46
2.5.2 Específicos	47

2.6	Valores	47
2.7	Organigrama Institucional.....	48
2.8	Organigrama de Servicios.....	48
2.9	Servicios de Salud en el Hospital León Becerra de Milagro.....	50
2.9.1	Servicio de Salud a las adolescentes embarazadas	53
2.10	Fundamento Legal.....	55
CAPÍTULO 3		58
DIAGNÓSTICO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS		58
3.1	Método de Investigación.....	58
3.2	Metodología aplicada.....	60
3.2.1	Observación de fichas clínicas	60
3.2.2	Encuesta a las adolescentes embarazadas.....	61
3.2.3	Entrevistas a especialistas	64
3.3	Resultados.....	65
3.3.1	Resultado de la observación directa	65
3.3.2	Resultados de las entrevistas	66
3.3.3	Resultados de las encuestas a las adolescentes embarazadas.....	68
3.3.4	Resumen de los resultados.....	88
CAPÍTULO 4		91
PROPUESTA		91
4.1	Título de la propuesta	91
4.2	Justificación.....	91
4.3	Objetivos.....	92
4.3.1	Objetivo General.....	92
4.3.2	Objetivos Específicos.....	92
4.4	Análisis FODA de la Consulta Externa	93
4.5	Plan de acción integral materna para adolescentes embarazadas.....	94
4.5.1	Planificación local	94
4.5.2	Capacitación integral.....	96
4.5.3	Sistema de evaluación y control	98
4.5.4	Implementación de programa de educación integral en salud para la madre y su hijo.....	99
4.5.5	Adecuación de nueva infraestructura para el programa	100
4.5.6	Equipo multidisciplinario	100
4.6	El proceso de atención	100

4.6.1	Incorporación del call-center	101
4.6.2	El proceso con la propuesta implementada	104
4.7	Aspectos a considerar en la atención integral de consulta externa a una adolescente embarazada	105
4.8	Análisis de costos de la propuesta.....	106
4.8.1	Presupuesto de gastos	106
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		109
Conclusiones		109
Recomendaciones		111
GLOSARIO.....		113
Bibliografía		116

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Ejes de acción de la ENIPLA articulado por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.....	10
Ilustración 2: Fases de la adolescencia.....	14
Ilustración 3: Caracterización de las fases de la adolescencia	15
Ilustración 4: Límites normales de edad de los diversos cambios puberales de chicos y chicas	21
Ilustración 5: Valoración de la maduración sexual.....	22
Ilustración 6: Efecto de los estrógenos en el desarrollo corporal de la mujer	24
Ilustración 7: Cambios físicos en el hombre debido a cambios hormonales.....	26
Ilustración 8: Puestos de salud área 21 – Milagro (Dirección provincial de Salud Pública del Guayas)	44
Ilustración 9: Organigrama de servicios del Hospital León Becerra Milagro - Área 21.....	49
Ilustración 10: Componentes del servicio de hospitalización.....	51
Ilustración 11: Componentes del servicio de consulta externa.....	52
Ilustración 12: Componentes de los servicios complementarios	53
Ilustración 13: Especialistas que participaron en las entrevistas.....	65
Ilustración 14: Análisis FODA	93
Ilustración 15: Flujograma de atención anterior (2010 - 2011)	101
Ilustración 16: Flujograma que incorpora al call-center	103
Ilustración 17: Flujograma del proceso incorporando la propuesta	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Adolescentes embarazadas atendidas en el año 2011	54
Tabla 2: Edad	68
Tabla 3: Estado civil	69
Tabla 4: Ocupación	70
Tabla 5: Convivencia	71
Tabla 6: Número de hijos	72
Tabla 7: Condición gestacionaria	73
Tabla 8: Apoyo de la pareja	74
Tabla 9: Apoyo de los padres	75
Tabla 10: Ayuda a la adolescente	76
Tabla 11: Información	77
Tabla 12: Confianza	78
Tabla 13: Trato	79
Tabla 14: Orientación y capacitación	80
Tabla 15: Participación en programas y eventos	81
Tabla 16: Integración de padres y pareja	82
Tabla 17: Atención integral	83
Tabla 18: Tiempo de atención	84
Tabla 19: Comodidad de las instalaciones.....	85
Tabla 20: Calidez en la atención	86
Tabla 21: Eficacia.....	87
Tabla 22: Detalles de gasto en mobiliario	106
Tabla 23: Detalles de gasto en suministros médicos.....	107
Tabla 24: Detalles de gasto en suministros varios.....	108

ÍNDICE DE GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Gráfico estadístico 1: Adolescentes embarazadas atendidas en el año 2011	55
Gráfico estadístico 2: Edad.....	68
Gráfico estadístico 3: Estado civil.....	69
Gráfico estadístico 4: Ocupación.....	70
Gráfico estadístico 5: Convivencia	71
Gráfico estadístico 6: Número de hijos.....	72
Gráfico estadístico 7: Condición gestacionaria	73
Gráfico estadístico 8: Apoyo de la pareja.....	74
Gráfico estadístico 9: Apoyo de los padres.....	75
Gráfico estadístico 10: Ayuda a la adolescente	76
Gráfico estadístico 11: Información	77
Gráfico estadístico 12: Confianza.....	78
Gráfico estadístico 13: Trato.....	79
Gráfico estadístico 14: Orientación y capacitación	80
Gráfico estadístico 15: Participación en programas y eventos.....	81
Gráfico estadístico 16: Integración de padres y pareja.....	82
Gráfico estadístico 17: Atención integral	83
Gráfico estadístico 18: Tiempo de atención	84
Gráfico estadístico 19: Comodidad de las instalaciones	85
Gráfico estadístico 20: Calidez en la atención	86
Gráfico estadístico 21: Eficacia	87

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Organigrama Institucional del Hospital Leon Becerra - Área 21	121
Anexo 2: Fotos de actividades realizadas	122
Anexo 3: Ficha clínica utilizada para el estudio observacional.....	125
Anexo 4: Cuestionario para la encuesta a las adolescentes embarazadas	128

INTRODUCCIÓN

La gran demanda de atención por embarazos en adolescentes que se observan en la práctica diaria motivó la realización del presente estudio, considerando la idea de mejorar la calidad en el servicio de salud, con una atención integral para la prevención con enfoque de riesgo, poniendo como ejemplo que en una mujer embarazada se necesita de todos los elementos que aseguren las medidas de promoción, prevención, detección precoz, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y rehabilitación de ella y su hijo tanto en condiciones normales como patológicas. (Espinoza & Mejía, 2009)

Según datos de la Organización Mundial de la salud cada año, cerca de 16 millones de adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz. Dicha cifra constituye aproximadamente un 11% de los nacimientos a nivel mundial. Muchos de dichos nacimientos son considerados por las adolescentes en involuntarios. En Latinoamérica, entre el 20% y el 60% de las mujeres embarazadas con menos de 20 años de edad, manifiestan que dichos embarazos son inoportunos, no planificados y/o no deseados. (Morales, 2008)

La encuesta demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), realizada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) en el año 2004, menciona entre sus conclusiones que la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre, es de 15 años. Entre otros datos: ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; siete de cada 10 chicas apenas y terminan el sexto grado y, ocho de cada 10 menores no retoman sus estudios después de dar a luz. (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, 2004)

En la actualidad, las adolescentes ecuatorianas se embarazan como producto de la desintegración del núcleo familiar y la pérdida de los valores. La desinformación es otra de las causas por la que los jóvenes adquieren la paternidad temprana. Por ejemplo, el 34.8% de los partos atendidos en la Maternidad Isidro Ayora en Quito durante el 2012, fueron de mujeres adolescentes de entre 10 y 19 años, por diversas causas que van desde

violación hasta relaciones sexuales sin el debido cuidado, el cual representa la mayoría de los casos. (Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, 2012)

Como es conocido el riesgo de muerte durante el parto es mayor cuando la madre es adolescente (Graczik, 2007), tal es así que en el informe del 2004 del Fondo de Población de las Naciones Unidas se señala al embarazo como la principal causa de muerte entre jóvenes comprendidas entre los 15 y 19 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004). En Ecuador existe un 30% de riesgo de muerte en madres adolescentes (Trujillo, 2013), lo cual se suma al hecho de la inexistencia de políticas que respalden a las jóvenes y les ofrezcan orientación médica y psicológica.

Por lo ya mencionado se entiende que el embarazo de las adolescentes es producto de una escasa e insuficiente información y educación sexual, esto conlleva a una serie de problemas que se pueden presentar en el embarazo, propios de la inmadurez física y psicológica de la adolescente en la etapa de gestación, por eso la necesidad de un trabajo de esta magnitud que presenta el diseño de un modelo de atención integral para asistir a las adolescentes embarazadas que permiten guiarla en el proceso pre y post parto para evitar consecuencias lamentables por la falta de apoyo que tienen las menores de edad al tener un embarazo en etapa de crecimiento y maduración física y psicológica.

Uno de los grandes nudos críticos que hoy enfrentan las adolescentes guardan una relación muy estrecha con su salud sexual y reproductiva, los cuales están muy bien documentados y son conocidos por los expertos en el área, e incluyen embarazos no planificados, múltiples parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual como sífilis o sida y adopción de comportamientos sexuales de alto riesgo, un ejemplo de esto último es una práctica que se está poniendo de moda en Centro y Suramérica y es el llamado carrusel del sexo, en la cual los jóvenes durante fiestas comienzan penetrar a sus partes femeninas hasta que el último participante eyacula, una variante más atrevida se ha puesto de moda en Norteamérica bajo el nombre de ruleta rusa del sexo en la cual varios jóvenes participan de orgías sabiendo que uno de los participantes está enfermo de VIH/sida. Así mismo los jóvenes deben lidiar con una falta de infraestructura diferenciada y direccionada para su atención integral lo cual incluye la falta de

infraestructura física, al igual que carencia de personal especializado en la salud integral de los adolescentes. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

El embarazo adolescentes representa un suceso lleno de complejidades que implica una afectación en la salud integral de los padres adolescentes, sus familiares, los nuevos hijos e incluso llega a afectar a la de su comunidad circundante (Alvarez & Lemus, 2004).

El embarazo de adolescentes según Fuentes y Lobos está relacionado con un inicio temprano de la relación sexual, lo cual se puede producir naturalmente entre una pareja de jóvenes o ser motivado por un hogar con una autoridad moral débil o mal definida, por la ausencia de una figura paterna, por padres viviendo en unión libre o por hogares en donde los adolescentes se crían con personas diferentes a los padres (Fuentes & Lobos, 1994).

Todas las condiciones antes mencionadas permiten formular el problema de la siguiente manera:

¿Cómo diseñar un programa de atención integral de atención de adolescentes embarazadas en el Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro que permita una incidencia positiva de la salud física y mental de los futuros padres, así como del nuevo integrante de esa familia?

Esta investigación, toma importancia porque el embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública predominante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos de mayor índice de pobreza, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Actualmente el Ecuador cuenta con una de las tasa más alta de embarazos adolescentes en América Latina (Análisis Económico, 2012), esto es confirmado por cifras del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA) que registra información de que dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años de edad en el Ecuador son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de educación, zona de vivienda y nivel de ingresos (Ministerio de Salud Pública, 2007).

En la práctica de salud reproductiva se observa, que cada vez, es mayor el grupo de adolescentes que se embarazan sin haberlo deseado, esto despierta la sensibilidad y el deseo de realizar estudios como el planteado, por lo que desde la óptica de salud preventiva se pretende auscultar en las adolescentes que asisten a consulta externa del Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro, mediante la implementación de un modelo de atención integral para las adolescentes en estado de gestación y prevenir los riesgos que conlleva un embarazo en esta etapa.

Por tales razones, se justifica la elaboración del presente proyecto debido a que la atención y prevención del embarazo en la adolescencia requiere de un sistema de monitoreo y evaluación urgente para que esté presente en el diseño de programas de Salud, para la atención integral materna en las adolescentes en gestación que coadyuven en cierta medida a disminuir el porcentaje de morbi-mortalidad materna-infantil y que se oriente a la misma a una planificación familiar post-parto y evitar otro embarazo precoz (Sánchez, 2004)

La importancia del presente estudio radica en la búsqueda de fomentar en las adolescentes una cultura educativa en salud sexual y reproductiva, que facilite el respeto a su sexualidad y mejor uso, por medio de una información veraz y fidedigna que se extraerá de las experiencias que sobre el embarazo tienen las adolescentes embarazadas en el Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro de la Provincia del Guayas.

La presente tesis, se constituye en un material de investigación que plantea el estudio de esta problemática que crece aceleradamente en la sociedad ecuatoriana, lo cual se manifiesta en los centros de salud a lo largo y ancho del país. La tesis se encuentra estructurada de la siguiente manera: Fase introductoria: La cual expresa los antecedentes que inducen a realizar el proceso de investigación y permite mostrar el planteamiento del problema, presenta la justificación e importancia y la enunciación de los objetivos propios del trabajo de investigación.

El capítulo uno, de carácter conceptual, es la parte orientativa, llena de patrones bibliográficos o documentales de carácter científico y en algunos casos empíricos que permite interpretar las variables que intervienen dentro de la temática de investigación presentada.

El capítulo dos, presenta el estudio dentro del contexto institucional, todo acerca de lo relacionado con la Institución objeto de estudio que corresponde a la historia y servicios que brinda a la comunidad el Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro, desde un enfoque global al específico que es el trabajo que viene realizando con las adolescentes embarazadas que acuden a solicitar los servicios médicos de ésta prestigiosa Institución de Salud.

El capítulo tres, mantiene el planteamiento de la metodología útil y necesaria para realizar el proceso de investigación tanto bibliográfico y de campo, con carácter descriptivo y analítico, presente un estudio retrospectivo del caso de las adolescentes como grupo poblacional de estudio, en donde la aplicación de instrumentos de la investigación como son la observación, la entrevista y la encuesta, permitirán dilucidar las hipótesis de la investigación y considerar las medidas necesarias preventivas como solución a este problema de salud social dentro de nuestra sociedad.

El capítulo cuatro, plantea la propuesta expuesta en el tema de investigación que es el diseño de un modelo de atención integral en adolescentes embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro.

Al final se realizan las conclusiones y recomendaciones del caso, cerrando el documento con las respectivas referencias bibliográficas y anexos.

OBJETIVOS

General

Elaborar un plan de acción integral materna para adolescentes embarazadas de la consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro.

Específicos

- Analizar la incidencia de adolescentes embarazadas, por consulta externa.

- Evaluar la calidad de servicios brindados en la consulta externa a las adolescentes embarazadas.
- Establecer estrategias de atención integral en adolescentes embarazadas del Hospital León Becerra de Milagro.
- Determinar los costos de implementación, para la adecuada atención en adolescentes embarazadas.

RESUMEN

El 11% de las tasas de natalidad a nivel mundial está conformada por adolescentes entre 15 y 19 años de edad, lo cual ha llevado a países de todo el mundo a promover e impulsar políticas de prevención y control de la natalidad en los adolescentes, sobre todo si están en condiciones de vulnerabilidad. Ecuador no es la excepción en estas estadísticas, día a día se observa una mayor demanda por servicios de salud por parte de adolescentes embarazadas que han comenzado su actividad sexual a muy temprana edad por motivos sociales, familiares, emocionales, entre otros. Todo esto motivó la realización de un proyecto de tesis, cuyo objetivo es de elaborar un plan de acción integral materna para adolescentes embarazadas de la consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro. En la parte metodológica se diseñaron una serie de instrumentos que le den una base sólida a la propuesta, entre ellas se analizaron los datos secundarios internos y externos sobre la demanda de adolescentes embarazadas por servicios de salud en el cantón Milagro, se realizaron entrevistas a especialistas del Hospital y se realizaron encuestas a las adolescentes embarazadas que accedieron en a los servicio del Hospital. La investigación arrojó varios resultados entre los más importantes se pueden indicar que todo apunta a la necesidad de un programa de atención integral para las adolescentes embarazadas, debido a que el problema no es solo el hecho de que las adolescentes estén embarazadas con los conocidos riesgos para la madre y para él bebe. El problema va más atrás y se encuentra en la cultura de la sociedad actual y abarca no solo a la futura madre, sino también a su pareja, familias, entorno social y académico. La propuesta que se generó es justamente integral porque abarca a los adolescentes y a su entorno y genera un involucramiento de toda la sociedad que se espera generen resultados al menos en el mediano plazo.

ABSTRACT

11% of the birth rate in the world is made up of teenagers between 15 and 19 years old which have led countries around the world to promote and encourage prevention policies and birth control in adolescents, especially if they are in a position of vulnerability. Ecuador is not the exception to these statistics, every day there is a greater demand for health services by pregnant adolescents who have started their sexual activity at an early age for social, family emotional among others. All this led to the realization of a thesis project, which aims to develop a comprehensive action plan for pregnant mother of outpatient Leon Becerra Hospital in Milagro city. In the methodological part is a set of tools designed to give a solid foundation for the proposal, analyzed including internal and external secondary data on pregnant adolescents demand for health services in the Canton Milagro, interviews with specialists from the Hospital and conducted surveys to pregnant adolescents who accessed the services of the Hospital. The research yielded several among the most important results may indicate that everything points to the need for a comprehensive care program for pregnant teenagers, because the problem is not just the fact that adolescent are pregnant with the known risks the mother and the baby. The problem goes further back and is in the culture off today's society and includes not only the future mother, but also to their partner, family, social and academic environment. The proposal that was generated is comprehensive because it covers just adolescents and their environment and generates an involvement of the whole society which is expected to generate results at least in the medium term.

CAPÍTULO 1

LA SALUD DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL ECUADOR

Basados en los principios de la Ley General de Salud, del Ecuador y en las experiencias desarrolladas por las Instituciones de Salud que enfocan acciones en el trabajo con adolescentes, se busca establecer un Modelo de Atención Integral a las madres adolescentes, según su ciclo de vida que responda a las necesidades de las mismas.

Se plantea fortalecer la atención con calidad y calidez en las unidades de salud para las jóvenes menores, dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político, tradiciones, cultura, usos y costumbres dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud.

Si bien es cierto en los últimos años se ha notado un mejoramiento en las condiciones de salud de la población, debido a un aumento en la cantidad y calidad de los servicios de salud en el país gracias a la labor tanto del gobierno nacional, como de algunos gobiernos seccionales, sin embargo, como afirma Viteri, aún se registran tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, así como, deficiencias en infraestructura, equipamiento y recursos humanos en las diferentes entidades de salud pública, lo cual es más visible en las zonas rurales (VITERI, 2007).

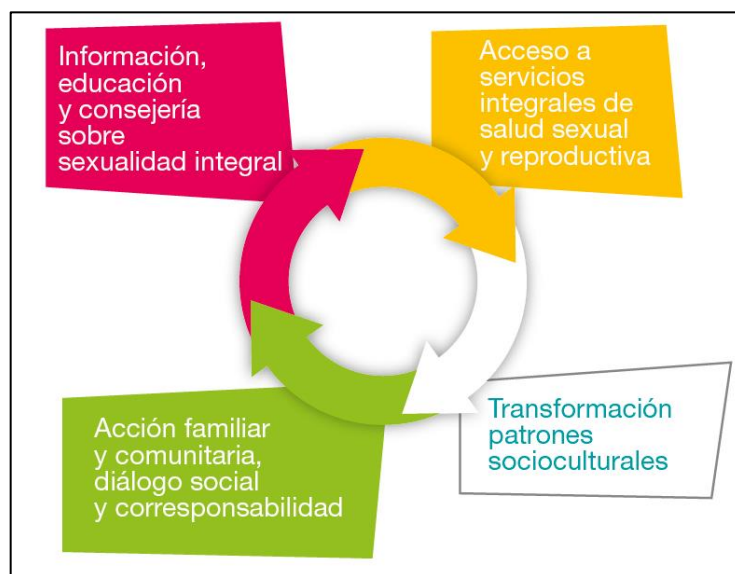
La tasa de mortalidad maternal en Ecuador continúa a un nivel alto, a pesar de haber registrado descensos en los últimos años, pasando de una tasa de 140 por cada cien mil nacidos vivos en el 2008 a una de 110 en el 2010 (index Mundi, 2013). Además, cada año, de unas 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto (Hill, Abouzahr, & Wardlaw, 1995).

Los programas sanitarios dirigidos a mejorar la salud materna necesitarán contar con el fuerte respaldo de las autoridades, el adiestramiento adecuado de los profesionales sanitarios y servicios logísticos que faciliten el establecimiento de los mismos. Una vez establecidas las normas y los programas maternos y neonatales, deberá garantizarse que toda niña y mujer tenga igualdad de acceso

a todos los servicios posibles. Es esta línea el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social ha desarrollado una estrategia que se encuentra actualmente en marcha y se ha denominado ENIPLA, cuyas siglas significan Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, que congrega diferentes carteras de estado, entre las cuales figuran el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social. Todas las carteras e instituciones estatales involucradas son coordinadas por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social con el objetivo de coordinar diferentes acciones y programas que garanticen el goce de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con especial énfasis en los adolescentes. Los objetivos principales de la ENIPLA, con carácter intersectorial son:

- Prevención del embarazo adolescente.
- Disminución del número de embarazos no planificados.
- Prevención de la mortalidad materna.
- Prevención del embarazo producto de la violencia sexual (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2013)

Ilustración 1: Ejes de acción de la ENIPLA articulado por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social



Fuente: (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2013)

A continuación se procede a conceptualizar cada uno de los términos que intervienen en las variables del tema de la presente tesis:

1.1 Salud

Existen diversas definiciones de la salud, entre las cuales se consideran las siguientes:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), referente mundial en temas de salud, en el año de 1946 propuso la siguiente definición: *Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.* (Organización Mundial de la Salud, 2009)

El término Salud como el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. Pues los determinantes de la salud incluyen:

- Biología humana: condicionada por la genética y sometida al envejecimiento.
- Medio ambiente: contaminantes físico-químicos, psicosociales, culturales, clima.
- Estilo de vida (conductas de salud).
- Sistemas de asistencia sanitaria.

En el año 1956, René Dubos expresó lo que para él significaba salud:

Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado. (p.13)

En el 1959, Herbert L. Dunn, aportó sobre el concepto de salud, con la siguiente definición (Peroza, Querales, & Silva, 2009):

Alto nivel de bienestar, que necesita un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz y requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado. Tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social, en las

que el ser humano debe alcanzar una máxima posición, para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea (p.27)

Gómez y Grau expresan que tanto la salud como la enfermedad constituyen fenómenos sociales en sus orígenes y evolución y de hecho existen determinantes económicos y sociales que hacen pensar en el proceso salud-enfermedad como un fenómeno colectivo de carácter social (Gómez & Grau, 2006). Así mismo se considera a la salud como un producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, sociales ecológicos y culturales, que se dan en una sociedad en un determinado momento histórico (organización Panamericana de la Salud, 1991).

La salud como producto social puede ser estimada como consecuencia de la interacción de los determinantes sociales, culturales, institucionales, de los cuidados individuales y colectivos de la salud y de las políticas del Estado. Por tanto, también lo es el análisis de los determinantes en el campo de la salud, que ofrece ventajas, entre ellas las de permitir comprender la distribución desigual de la salud y la enfermedad en los diferentes colectivos sociales, aspecto sumamente relevante en la orientación de las acciones en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

1.2 La Adolescencia

La adolescencia, es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social de la persona, considerada como una fase entre la niñez y la adultez que comienza con la pubertad. Su definición no es fácil, puesto que su caracterización depende de una serie de factores, como son: ubicación ecológica, nivel socioeconómico, características psicológicas, origen étnico, edad, madurez, entre otros (Escobar, Pino, Muñoz, Torrent, & Bosch, 2011).

El período de duración de la adolescencia, tampoco está claramente definido, no obstante de manera generalizado se ha indicado que podría estar enmarcado entre los 10 o 12 años y extenderse hasta los 19 o 20 años (Coleman & Hendry, 2003).

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período denominado juventud que se extiende entre los 10 y los 24 años. Para la OMS la adolescencia puede dividirse en dos períodos o fases, la primera de las cuales se denomina pubertad o adolescencia inicial, que comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14 o 15 años. La segunda fase se ha denominado adolescencia media y tardía que se extiende hasta los 19 años, dando paso a lo que se denomina como juventud plena, que abarca el período de los 20 a los 24 años (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Sin embargo para algunos psicólogos el período de la adolescencia podría abarcar hasta los 21 años,

Casas Rivero (2005)

Aunque el crecimiento y maduración sea un proceso continuo, la adolescencia la podemos dividir en tres etapas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años), durante las cuales el ser humano alcanza la maduración física, el pensamiento abstracto y establece su propia identidad. Aunque este período puede ser tormentoso, la mayoría de los adolescentes y sus padres lo superan sin excesivas estridencias. (P.22)

Es importante tener en consideración el hecho que ninguna definición será lo suficientemente buena como para describir adecuadamente a cada adolescente, debido a que no representan un grupo homogéneo al igual que el resto de seres humanos, cada adolescente es un mundo con sus respectivas particularidades y sobretodo con gran variabilidad respecto de sus pares. Además, los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales en cada adolescente no llevan el mismo ritmo madurativo, puede haber adolescentes más avanzados, pero también en algunos pueden ocurrir retrocesos, influenciados por alguna situación familiar, problemas o momentos de estrés.

Según Stanley Hall (2010)

La adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ella más completamente; las cualidades del cuerpo y del espíritu son nuevas; el desenvolvimiento es menos gradual y más violento. El crecimiento proporcional de cada año aumenta, siendo

muchas veces el doble del que correspondería y aún más; surgen funciones importantes hasta ayer inexistentes. (P.3)

Pablo Mier y Terán Sierra, basados en el estudio de Gerardo Castillo, considerado como una autoridad en el tema de la adolescencia, ha dividido a la misma en tres fases, mismas que se presentan en la siguiente ilustración:

Ilustración 2: Fases de la adolescencia

<i>Fase</i>	<i>Edad ♂</i>	<i>Edad ♀</i>	<i>Nombre</i>
1ª	12-14	11-13	Edad ingrata (sensibles)
2ª	15-17	14-16	Edad impertinente (rebeldes)
3ª	18-21	17-20	Edad de ideales (quijotescos)

Fuente: (Mier & Sierra, 2007)

Mier y Sierra (2007) definieron las fases haciendo incluso la diferenciación entre sexos. Adicionalmente le puso un nombre a cada fase que en lo posterior ayudará a caracterizarlas

La adolescencia al igual que otras fases del desarrollo humano se caracteriza por el crecimiento físico y el desarrollo psicológico, que debe ser considerada como un fenómeno biológico, cultural y social.

Regresando a Mier y Sierra (2007), se adjunta a continuación una ilustración que caracteriza cada una de las fases de la llamada adolescencia.

Ilustración 3: Caracterización de las fases de la adolescencia

	<i>F a s e</i>		
	1°	2°	3°
1. Nacimiento de Intimidad	x		
2. Fortalecimiento de la amistad	x		
3. Inestabilidad Emocional	x		
4. Incremento de la sensibilidad	x		
5. Rebeldía ante los mayores		x	
6. Actuación en grupo	x	x	
7. Deseo de hacerse notar	x	x	
8. Motivables	x	x	
9. Viven el presente, no tienen visión a largo plazo	x	x	x
10. No aceptan lo impuesto		x	
11. Muchos propósitos, pocos resultados			x
12. Admiran e idealizan a personas	x		x
13. tienen necesidad de cariño aunque no lo expresan	x	x	x
14. nacen los primeros impulsos sexuales	x		
15. Necesitan ser escuchados	x	x	x
16. Esperan mucho de los mayores	x	x	
17. Les preocupan temas como drogas, sexo, divorcios, anticonceptivos, sida	x	x	
18. Se inician en serie los complejos	x	x	
19. Interés en el otro sexo, ahora las niñas lo manifiestan mas	x	x	
20. Tiende a bajar la religiosidad	x	x	x
21. Son sensibles a ayudar a los necesitados	x	x	x
22. Les gusta el deporte	x	x	x
23. Aceptan la moda sin criterio propio	x	x	
24. Pierden el gusto por los museos, las exposiciones	x	x	
25. Pierden la espontaneidad		x	x
26. Les cuesta fijarse límites	x	x	x
27. Volubles en sus aficiones	x	x	
28. Hacen amigos en el deporte	x	x	x
29. Se alejan del Hogar		x	x
30. Poco sociables con adultos	x	x	x
31. No se conocen	x	x	
32. Son radicales		x	
33. No aceptan fracasos	x	x	
34. Les molesta que tomen lo suyo	x	x	x
35. Les enoja el trato injusto	x	x	
36. No les gusta recibir consejos	x	x	

Fuente: (Mier & Sierra, 2007)

1.2.1 Cambios en la adolescencia

La adolescencia tiene un marcado inicio caracterizado por cambio puberales tanto en el hombre, como en la mujer. El proceso de cambio que experimenta una persona se caracteriza por cinco aspectos, que habitualmente se los considera interrelacionados, ellos son:

- Rápido aumento de talla
- Maduración de los caracteres sexuales primarios
- Aparición de caracteres sexuales secundarios
- Desequilibrio endócrino no permanente
- Impactos en área emocional, debido a los otros cambios (Velasco, 2004)

La inestabilidad y el desequilibrio que experimenta una persona en este periodo la hace vulnerable a diferentes alteraciones de origen psicológico y social. Existe una íntima correlación entre cambios físicos y psicológicos que conforman una totalidad indivisible.

El cuerpo humano concebido en su totalidad desempeña un rol fundamental en la vida de las personas. A pesar de este hecho el mensaje que se recibe desde la niñez mediante la educación y la formación, tiende a ocultar y negar el cuerpo y su sexualidad. La adolescencia es la mejor etapa para conocer y explorar el cuerpo, por eso, la exploración y el autoconocimiento genera sentimientos de control y seguridad, comienza alrededor de los 10 años, donde se dan los cambios biológicos, fisiológicos y sociales, cuyo periodo de cambio final, hacia el término de la adolescencia, determina una persona autónoma, biológica y psicológicamente madura que le permita adaptarse al medio social y laboral. El proceso de cambio del adolescente dotado de capacidad para reproducirse genera sentimientos, expectativas, inquietudes, dudas e incertidumbres que demandan procesos complejos para afrontarlos, pero los mismos estarán siempre supeditados a la cultura, la historia, la clase social, el género, y posiblemente a otros factores que aún no han sido bien determinados (Crespo, y otros, 2003).

El aparato reproductor, denominado así al conjunto de órganos que entre sus funciones principales tiene la reproducción de los seres vivos, constituye una condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. Los órganos

reproductores o sexuales son las estructuras especializadas en la formación de las células reproductoras, también conocidos como gametos.

1.2.1.1 Cambios físicos

A diferencia del desarrollo físico durante la niñez, el cual es gradual y progresivo, en la adolescencia dicho desarrollo es abrupto y disarmónico, debido a que el adolescente crece por segmentos provocando en la persona una percepción grotesca que lo hace sentirse extraño con su propio cuerpo.

La edad de inicio de los cambios fisiológicos puede variar considerablemente de una persona a otra, debido a la influencia de factores ambientales, genéticos y nutricionales

Durante los años de la etapa primaria, las niñas eventualmente llegar a superar la altura de sus pares masculinos de su grupo. Entre los 11 y los 14 años, las niñas superan la altura y la fortaleza de los niños de su edad. Esta diferencia generalmente les da ventaja a las niñas en las actividades físicas, aunque algunos podrían menospreciar sus capacidades físicas debido a la presencia de algunos conflictos mentales y culturales. Sin embargo, las diferencias en el ritmo de crecimiento son más acentuadas al inicio de la pubertad.

1.2.1.2 Cambios fisiológicos.

La pubertad se caracteriza por un repentino crecimiento del adolescente, marcado por un aumento de la estatura que en las niñas se produce entre los 9 y 13 años y en los niños entre los 10 y 16 años. Los cambios en el tamaño y la edad de la madurez se dan en los niños de todo el mundo. Inmediatamente después del crecimiento repentino, el individuo logra su madurez sexual, a partir de lo cual, están preparados fisiológicamente para la reproducción.

No se debe olvidar que en la pubertad, el adolescente está muy influenciado por sus hormonas, que funcionan a toda velocidad, motivo de lo cual hace su comportamiento sea extraño y presente variaciones inusuales (Ardila, 2007).

1.2.1.3 Cambios psicológicos y emocionales

Entre los cambios psicoemocionales que se pueden presentar en la adolescencia se anotan:

- Presencia de una crisis de identidad
- Búsqueda de la definición de identidad y personalidad
- Egocentrismo
- Cambios continuos de estado de ánimo
- Comportamiento difícil de entender (Prieto, 2012).

Los adolescentes deben enfrentarse a diferentes conflictos que vienen acrecentando desde su infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos se pueden nombrar, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismos, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación es entonces el tema central de la adolescencia. Desubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante; ideación omnipotente, el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente.

Según el especialista, psicólogo familiar, Leyton M. (2008), en la etapa adolescente, como en otras etapas de la vida, la persona vive y enfrenta momentos de logro, pero también períodos de crisis, producto del mismo proceso de cambio. El mismo Leyton manifiesta también que en la etapa adolescente se dan cambios radicales a nivel emocional produciendo problemas comunicacionales en el adolescente, sobre todo en aquellos que están recién aprendiendo a manejar sus emociones, así mismo comenzarán a conocer el amor y a aprender a manejar su sexualidad; paralelamente el apego a la familia será cambiado por la necesidad de asociación y de identificación con otro grupo de adolescentes. (López, 2008)

Se puede resumir ante las aseveraciones de Leyton que es importante que los padres asuman el control de su hogar con mucha responsabilidad y que la familia sea el espacio de aprendizaje y reflexión, en donde el adolescente desarrolle el respeto por las normas establecidas y los valores aprendidos, y sobre todo encuentre amor, confianza y respeto, lo cual es confirmado por el mismo Leyton cuando afirma que el adolescente necesita y busca límites, los

cuales se asocian con el éxito en su futuro personal, y social, consecuentemente los padres también deberán entender un adolescente vive sus etapas de vida de manera diferente que los otros adolescentes, pero lo que nunca cambia son los valores, los cuales deben transmitirle al adolescente amor incondicional, entendiéndolo como un amor que también es capaz de corregir (Molina, Montero, Martinez, & Leyton, 2008).

1.2.1.4 Cambios intelectuales

El desarrollo cognitivo en el adolescente es la etapa menos palpable el desarrollo en la persona para un observador externo, debido a la inexistencia de signos que evidencie lo que está sucediendo al interior del cerebro. Sin embargo a nivel intelectual el adolescente sufre cambios constantes, lo cual tiene implicaciones en el comportamiento y las actitudes. Estos cambios permiten que el adolescente de pasos hacia su madurez, independencia del pensamiento, visualización del futuro, desarrollar sus destrezas de comunicación, y contribuyen a que el adolescente tome un papel más adulto con relación a la sociedad y al entorno que lo rodea (Coleman & Hendry, 2003).

Jean Piaget, psicólogo suizo, fue uno de los primeros en demostrar que durante la adolescencia y específicamente en la pubertad se espera un cambio cualitativo en la naturaleza de la capacidad mental del individuo, dando paso al pensamiento operacional formal (Inhelder & Piaget, 1960). Este llamado pensamiento operacional formal le permite al individuo:

- Comprender el tiempo histórico y el espacio
- Utilizar símbolos para representar símbolos
- Aprender álgebra y cálculo
- Pensar en lo que podría ser
- Imaginar posibilidades y someter hipótesis

Existe así mismo una relación entre el nivel de madurez del adolescente con el desempeño académico. Por lo general, los estudiantes con un mayor nivel de madurez tienen tendencia a obtener mejores calificaciones en evaluaciones de capacidad intelectual que sus pares con menor nivel de madurez. La maduración temprana, incluso se relaciona con niveles socioeconómicos más altos, el nivel de popularidad, grado de liderazgo. A pesar de que nadie puede cambiar su reloj

genético y que la maduración más temprana parece ventajosa, madurar tardíamente puede también presentar ventajas. En ese sentido, algunos estudios han demostrado que las personas que maduran tempranamente tienen menor creatividad y flexibilidad a nivel del pensamiento, en tanto que aquellos maduraron tardíamente tienden a un mejor desarrollo de la creatividad, la percepción y la tolerancia (Palacios, Marchesi, & Col, 1996).

1.2.1.5 Desarrollo de la sexualidad

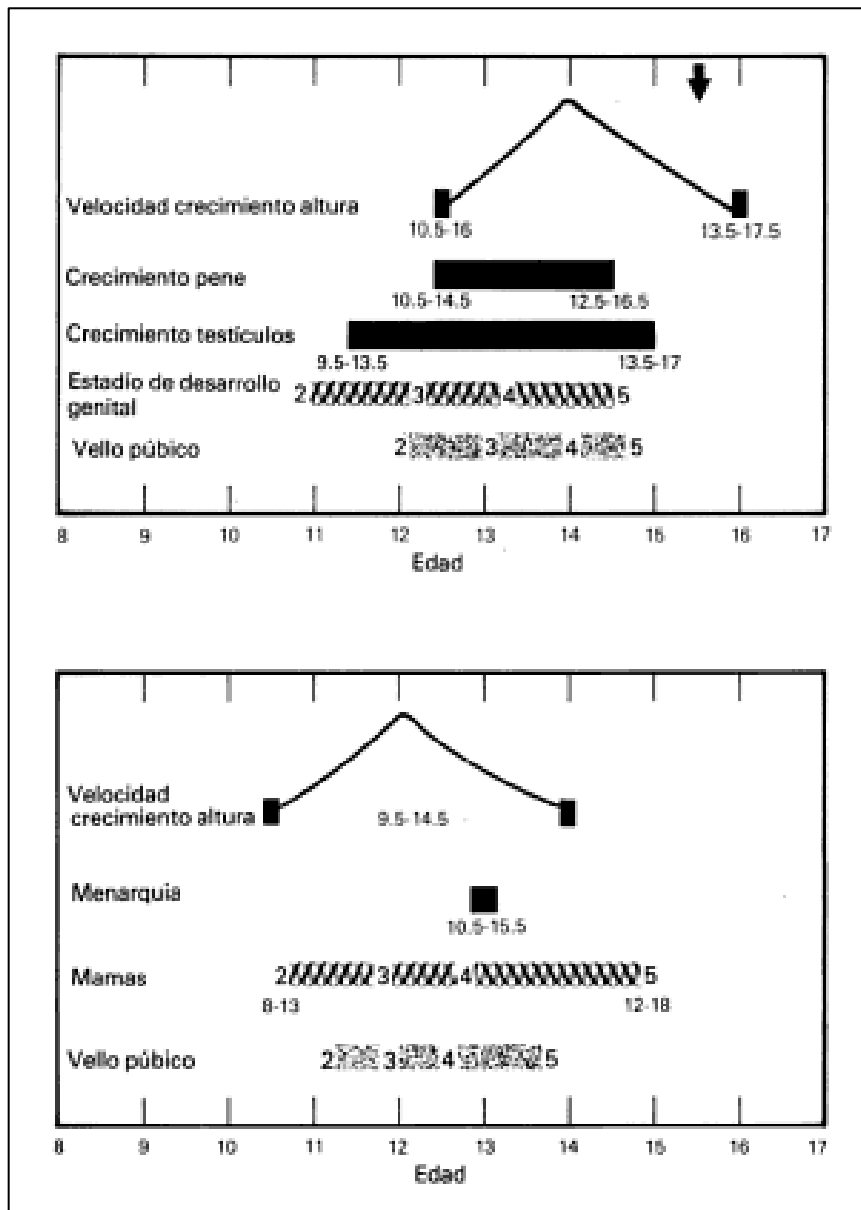
Los cambios físicos que se producen de los 11 a los 15 años son muy visibles y exigen del adolescente cambios en su comportamiento y sobre todo una importante adaptación emocional. En las mujeres, cuyo desarrollo se ha indicado sucede antes que en los hombres, a los 12 años comienzan con aumento de tallas y su grasa corporal se empieza a repartir armónicamente por su cuerpo moldeando su figura femenina.

El botón mamario, primer signo del desarrollo sexual en la mujer aparece hacia los 11 años, seguido por la aparición del vello púbico y axilar. El momento culminante de este primer desarrollo en las mujeres se da con la aparición de la primera regla, que es el resultado de los cambios anteriores, y se produce aproximadamente cuando el peso de la chica bordea los 50 kilos y su proporción de grasa corporal es del 17%. Por ello las edades de los cambios varía y sus impactos en las adolescentes son importantes,

Los varones, por su parte siempre han experimentado retrasos en su desarrollo puberal, Hacia los 12 años comienza el aumento del tamaño de los testículos y la producción de espermatozoides se convierte en uno de los cambios más precoces (Guerra, 1985).

A pesar de que la mujer tiene un desarrollo de la sexualidad, ligada a sus cambios físicos más adelantado que los hombres, los segundos alcanzan su capacidad reproductiva mucho antes que las mujeres. Así lo menciona Short cuando señala que el joven alcanza su capacidad reproductiva cuando parece un niño, mientras que la joven lo hace cuando ya es casi una mujer (Short, 1976).

Ilustración 4: Límites normales de edad de los diversos cambios puberales de chicos y chicas



Fuente: (Tanner, The relationship of puberty to other maturity, 1975)

Uno de los aspectos más importantes del desarrollo de la persona durante estos años es la madurez sexual. Así los adolescentes con una alta madurez sexual cuentan con el equipo suficiente para las relaciones sexuales seguras, no obstante, el efecto emocional derivado de las experiencias sexuales durante esta etapa puede tener incidencias en diferentes aspectos de la vida del adolescente, sean estos familiares, sociales, académicos, entre otros.

Conforme el cuerpo del adolescente va madurando sexualmente, éste debe realizar ajustes tanto psicológicos como emocionales. Su perspectiva respecto al

significado de ser hombre o mujer se ha venido desarrollando desde la infancia y la adolescencia es el momento propicio para afianzar su identidad sexual y sentirse cómodo con ella (Zapata, 2008).

El mismo Tanner propone una tabla que es reconocida como una de las mejores en cuanto a la valoración de la maduración sexual, debido a que toma en cuenta caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, a continuación se detalla.

Ilustración 5: Valoración de la maduración sexual

NIÑOS			
Estadio	Testículos	Pene	Vello Pubiano
1	Preadolescentes	Preadolescentes	Ausente
2	Comienza a aumentar de tamaño (4-6 ml) Crecimiento y cambio de color del escroto	Ligero crecimiento en longitud	Escaso y poco pigmentado
3	Mayor cambio (6-12ml)	Continua el crecimiento en longitud	Más abundante, pigmentado y rizado
4	Mayor tamaño (18-20 ml) Escroto más pigmentado	De mayor longitud y mas grueso	Forma un triangulo de base superior
5	Estado adulto (20-30 ml)	Estado adulto	Se extiende a los muslos
NIÑAS			
Estadio	Mamas	Vulva	Vello Pubiano
1	Preadolescentes	Preadolescentes	Ausente
2	Elevación del pezón y de la mama	signos de estimulación estrogénica	Escaso y poco pigmentado
3	aumento de tamaño de la mama y de la areola sin separación entre ambas	Crecimiento de los labios mayores y menores	Más abundante rizado y oscuro
4	Mamas perfectamente desarrolladas. La areola y el pezón forman una prominencia separada del resto	Aspecto similar al adulto no hay menstruación	Similar al adulto pero cubre una superficie mas limitada
5	Adulta. El pezón forma una prominencia. La areola y el resto de la mama forman un contorno único	Aspecto adulto hay menstruación	Se extiende por la superficie interna de los muslos

Fuente: (Tanner, Foetus into Man. Physicalgrowth from conception to maturity, 1989)

1.2.1.6 Caracteres sexuales secundarios

Los caracteres sexuales secundarios, que son signos físicos y fisiológicos que ayudan a distinguir a los dos sexos; aparecen principalmente en la pubertad, y representan la maduración sexual del individuo. En esta etapa el aparato reproductor masculino y femenino alcanza su maduración, en ambos casos regulados por la secreción de la hipófisis. La aparición de estos caracteres puede tener lugar hasta el fin de la adolescencia entre los 18 y 20 años, edad en la cual el organismo está físicamente preparado para la reproducción.

En el hombre los caracteres secundarios pueden ser:

- Aumento del vello en cara, abdomen, brazos, piernas y zona genital.
- Aumento de la masa muscular, con un marcado aumento de la fuerza física.
- Ensanchamiento de la región torácica.
- Aumento en tamaño de manos y pies.
- Aumento del grosor y aspereza de la piel.
- Aumento en el tamaño del pene.
- Acumulación de grasas, principalmente en la zona abdominal.
- Cambios en la tonalidad de la voz

Por su parte en las mujeres, los caracteres secundarios son:

- Estatura media inferior a la del hombre
- Aumento en el tamaño de los senos.
- Manos y pies con un tamaño inferior al de los hombres.
- Reducido vello facial.
- Aumento en el ancho de las caderas.
- Acumulación de grasas, principalmente en la zona de caderas y glúteos
- Suavidad en la piel (NeoBiología, 2013).

1.2.2 La pubertad: cambios hormonales

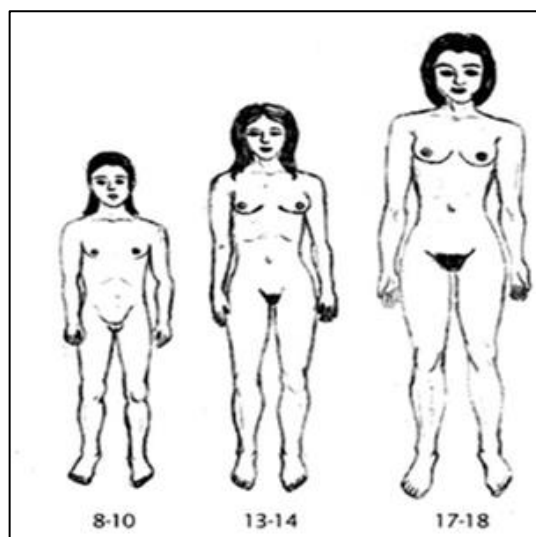
Como ya se lo ha indicado la pubertad es diferente en hombres y mujeres, al igual que los cambios físicos que suceden durante esta fase. Otro cambio que se produce y genera diferencias en ambos sexos es el de los cambios hormonales, cuyo desarrollo y efectos se discuten a continuación.

El inicio de la pubertad en las mujeres se da con la aparición de la primera regla. Sin embargo, existen algunas manifestaciones anteriores a la primera regla que dan indicios de los cambios a nivel corporal, esto es la puesta en funcionamiento del sistema hormonal.

Entre los 7 y 8 años, la hipófisis¹, estimulada por el hipotálamo², que es una estructura que se encuentra en el sistema nervioso central, comienza su funcionamiento secretando dos tipos de hormonas, la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo-estimulante (FSH), cuyo aumento progresivo pondrá en el futuro próximo en funcionamiento los órganos sexuales femeninos, los ovarios, los mismos que al tener la estimulación de la LH y la FSH, producirán dos hormonas conocidas como estrógenos y progesterona. Este proceso es progresivo y toma tiempo, de tal manera que los órganos genitales logren tener la madurez necesaria para poder llevar a cabo la función reproductora.

La primera utilidad de los estrógenos, es la de impulsar la aparición del vello y la orden de crecimiento de los pechos.

Ilustración 6: Efecto de los estrógenos en el desarrollo corporal de la mujer



Fuente: (Carlson, 2009)

La FSH llega a través del flujo sanguíneo hasta los ovarios y provoca el crecimiento de los folículos ováricos previo a la ovulación mensual y la secreción

¹ La hipófisis es el órgano rector del sistema hormonal

² Centro de regulación y control de funciones vitales del organismo

de estrógenos por el folículo que se encuentra en período de desarrollo. La LH ocasiona la ruptura del folículo maduro y la consecuente ovulación, así como la secreción de estrógenos y progesterona por estructura en que se ha transformado el folículo una vez que ha expulsado el ovocito en la ovulación.

El hipotálamo también es responsable de la secreción de las gonadotropinas, lo cual explica el hecho de que los ciclos y la fertilidad de la mujer puedan ser afectados por sus emociones (Carlson, 2009).

Entre los efectos de los estrógenos en el desarrollo fisiológico de la mujer se pueden citar:

- Modulación de la descarga de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)
- Desarrollo de los órganos genitales femeninos.
- Moldeado de la morfología femenina.
- Desarrollo de las glándulas mamarias.
- Reducción de los niveles de colesterol en plasma
- Reducción de la fragilidad capilar.
- Estimulación sobre el estado de ánimo.
- Protección del tejido óseo.
- Producción y retención de agua y sodio por el organismo (Gruber, Tschugguel, Schneeberger, & Huber, 2002).

Por su parte, los efectos de la progesterona en el desarrollo fisiológico de la mujer se pueden citar:

- Estimulación del crecimiento de las glándulas mamarias.
- Estimulación de las secreciones del endometrio.
- Efecto calmante sobre el estado de ánimo.
- Incremento de la temperatura corporal.
- Facilitación del metabolismo de los estrógenos (Gruber, Tschugguel, Schneeberger, & Huber, 2002).

La pubertad en los hombres comienza tras su primera eyaculación, lo cual correspondería a la primera menstruación de las mujeres, con la diferencia de que normalmente es menos notorio y el desarrollo de los órganos sexuales suele

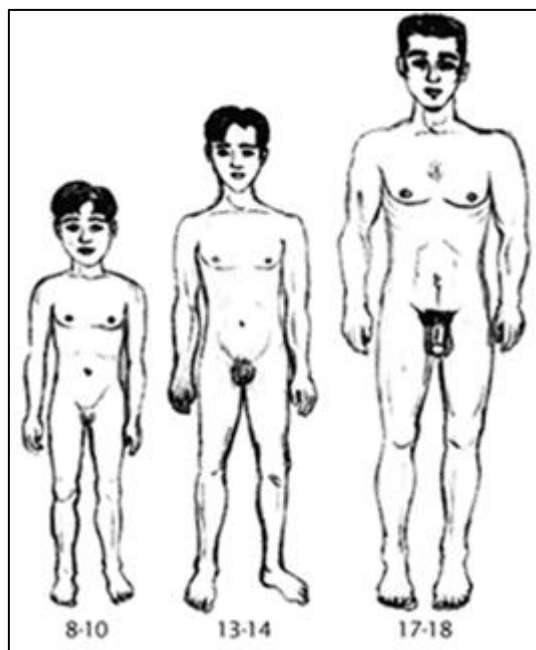
ser más lento. En todo caso y como ya se lo ha mencionado la edad de inicio y fin de la pubertad en los hombres también es una cuestión variable

La acción de la hormona folículo-estimulante (FHS) y la hormona luteinizante (LH). En el caso de los hombres, se da en los testículos, produciendo el mismo resultado indicado en el caso de las mujeres, esto es, la madurez de los órganos genitales, necesaria para el inicio de la función reproductiva. La FSH provoca la maduración de las células germinales encontradas en los testículos, dichas células se transformarán posteriormente en los espermatozoides. La próstata, glándula anexa, será la encargada de que los espermatozoides estén aptos para el proceso de la fecundación.

Por su parte la LH produce que los testículos secreten testosterona, que es una hormona masculina, y se encarga de dar los caracteres masculinos. En los hombres las células germinales no se producen de forma cíclica, como en el caso de las mujeres, sino que su producción es permanente a lo largo de la vida.

Las marcas sexuales del desarrollo masculino giran en torno al vello púbico, el pene y los testículos.

Ilustración 7: Cambios físicos en el hombre debido a cambios hormonales



Fuente: (Carlson, 2009).

1.3 Maternidad

Cuentan algunas tradiciones que hace cientos de años cuando un niño primogénito llegaba a este mundo, su abuela paterna se preparaba para su nacimiento y le enseñaba a su hijo la forma como debía recibir al resto de su prole. En aquella época, el cordón umbilical se debía cortar con un trozo de tiesto y nunca por algo metálico, debido a que había la creencia que al cortarlo con un metal el recién nacido se transformaría en una persona despilfarradora. La placenta, debía ser quemada y enterrada en un lugar preferencial de la casa, nunca tirada a la basura, porque se creía que ello desataría una venganza en contra de la madre, que se hincharía y debilitaría hasta morir. Con el recién nacido debía tenerse cuidado y las creencias de la época decían que se debía poner un cuchillo en forma de cruz debajo de su almohada y un cuchillo detrás de su puerta para alejar a los malos espíritus y a las ánimas.

Todo evolucionó, al igual que las historias y los consejos de los grandes pensadores, hasta que en 1610 se inauguró en el Hotel Dieu de París el primer cuarto de parto. Los adelantos e investigaciones siguieron hasta que se desarrolló el parto por cesárea y la utilización de fórceps para ayudar al niño por venir. Los adelantos poco a poco fueron protegiendo las vidas tanto de madres como de recién nacidos (UNICEF, 2013).

La maternidad se sustenta en la intensa relación espiritual, emotiva y biológica entre la madre y el recién nacido, derivada del proceso de embarazo y la posterior lactancia. La naturaleza humana establece una estrecha relación entre madre e hijo, porque los cuidados maternos son esenciales en la formación de la personalidad y el comportamiento de los menores, sobre todo durante sus primeros años de vida (Casanova, 2009).

1.4 Embarazo en la adolescente

La OMS (1998) considera la adolescencia desde los 10 hasta los 19 años, entonces puede definirse embarazo adolescente o embarazo precoz como la gestación de mujeres, cuya edad esté comprendida en los parámetros de adolescencia, independientemente de su edad ginecológica (Ruoti A. , 1994).

Es bien sabido que el embarazo a cualquier edad es un hecho muy importante, para la mujer, su cónyuge, así como para su entorno familiar y social. Pero el embarazo adolescente conlleva una serie de situaciones que pueden llevar a comprometer la vida de la madre al igual que la del hijo (Ruoti & Ruoti, 1992). Definitivamente los estudios dan cuenta de las altas tasas de morbilidad y mortalidad, materna, perinatal y neonatal, asociadas con el embarazo precoz, lo cual no solo impacta a una familia, sino también a su entorno más cercano (Olausson, Cnattinguis, & Haglund, 2001).

1.4.1 Factores de riesgo

Conocer los factores de riesgo que predisponen y se consideran determinantes del embarazo en adolescentes, permite hacer una detección de las jóvenes en riesgo para así tomar medidas preventivas (Population Council, 2007). En relación con los factores de riesgo asociados al embarazo precoz, León (2008) indican que se ha logrado agrupar en 3 categorías:

Factor (a) de riesgo individuales: que tienen que ver con la propia persona, entre los cuales destacan:

- Menarquia precoz,
- Bajo nivel de aspiraciones académicas,
- Impulsividad
- Ideas de omnipotencia
- Creencias y tabúes que no están acordes con regulación de la fecundidad; y
- Poca habilidad de planificación familiar.

Factor (b) de riesgo familiar: Relacionados con el entorno familiar próximo de la adolescente

- Antecedentes de familiares directos mujeres embarazadas en la adolescencia
- Pérdida de figuras significativas; y
- Baja escolaridad de los padres.
- Familias disfuncionales

Factor (c) de riesgo social: Involucran a la sociedad circundante o condiciones socioeconómicas de la adolescente, su familia o su entorno próximo

- Bajo nivel socioeconómico
- Hacinamiento
- Estrés
- Delincuencia,
- Alcoholismo
- Trabajo no calificado
- Vivir en un área rural,
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo
- Mitos y tabúes sobre sexualidad
- Marginación social; y
- Predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (León, Minassian, Borgono, & Bustamante, 2008)

Un trabajo realizado por Poo et al durante el año (2005) logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo. En sus conclusiones se destaca la gran influencia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6% (Poo, Baeza, Capel, Llano, Tunna, & Zúñiga, 2005) .

La percepción social del embarazo adolescente varía de una sociedad a otra y culturalmente hablando tiene varias connotaciones, por ejemplo en los países desarrollados se produce fuera del matrimonio y genera estigmatización social. En los países en desarrollo y en particular en ciertas culturas pertenecientes a dichos países, el embarazo adolescente se produce habitualmente dentro del matrimonio. (Berger, 2009).

1.4.2 La adolescente embarazada y su entorno familiar, social y afectivo.

Parte primordial en el desarrollo psicosocial de la adolescente embarazada es el apoyo emocional que reciba o pueda recibir de parte de su entorno familiar y social.

Silva y Rodríguez manifiestan que el desarrollo de la madurez del individuo está ligado a factores internos como los procesos sensorio-perceptivos que se desarrollan en la adolescencia y es el primero de los procesos cognitivos ligados a la adquisición del conocimiento; y a factores externos conformados por el aprendizaje proporcionado por el medio ambiente que rodea a la persona; así estos factores externos están asociados a la orientación, enseñanza y comprensión de los padres, amigos y personas más allegadas, la adecuada preparación de los educadores y una apropiada atención durante la niñez (Silva, 2001).

Estos factores se desarrollan en el entorno más cercano de la adolescente y pueden con el tiempo fortalecerse o debilitarse de acuerdo a las relaciones familiares, académicas, sociales y sus relaciones efectivas con su pareja.

Cuando la maternidad llega sin la debida planificación, lo cual sumado al hecho de que la mujer apenas se está desarrollando y madurando física, mental y sexualmente, puede dar como resultado una situación traumática para la mujer, lo cual puede sobrellevarse e incluso transformarse en una situación gratificante dependiendo de la forma en que la futura madre pueda asumir su nuevo rol, su familia otorgue el apoyo afectivo adecuado y la sociedad de apertura con oportunidades e integración.

La adolescente embarazada se enfrenta a una confusión de roles sociales y familiares, como la preocupación por su relación de pareja, el apoyo que tendrá de los padres, los estudios y el trabajo, llevándola a la desesperación e incluso a la depresión. Álvarez, M afirma que los sentimientos propios y normales de las primigestas durante el embarazo son la curiosidad y el temor. Los temores hacen que los estados de ánimo de la mujer cambien drásticamente conforme se acerca la llegada del bebé (Álvarez M. , 2003).

En este punto será predominante la actuación de los profesionales de la salud que se involucren con la adolescente, debido a que tendrá un efecto externo de catalizador que vía estrategias de persuasión motivarán a la adolescente y tratarán de disminuir sus preocupaciones frente a su futuro, el de su bebé, sus relaciones sociales y académicas.

Los factores que manifiesta Sáenz que pueden proteger la salud de la adolescente y de su bebé o podrían generar daño permanente en ellos pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Presencia o ausencia de los padres en la estructura familiar
- Frecuencia y amplitud de la comunicación familiar.
- Manejo intrafamiliar y crisis de los padres.
- Violencia intrafamiliar o abuso sexual.
- Hábitos pasados y presentes: abuso de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, embarazo en la adolescencia, alcoholismo
- Situación socio-económica.
- Nivel de flexibilidad y permisividad de las normas éticas y morales (Sáenz, 1991).

El entorno social del adolescente es de gran influencia, debido a que es en esta edad que justamente las personas comienzan a convivir en grupos y buscando la aceptación social va creando una realidad social que puede compaginar o no con su realidad familiar; la interacción social genera que el adolescente se vea afectado por los sentimientos, acciones, comunicaciones y creencias de los demás dentro de su grupo social

.

Esta necesidad de agruparse aporta a la organización y supervivencia del adolescente y a cubrir sus necesidades de amistad, amor, afecto y comprensión, es por ello que el hogar y la familia deben de servir de modelo para adquirir un conocimiento de base para entender el mundo, la sociedad y entenderse a sí mismo, lo cual incluirá lenguaje, valores y actitudes que le permitan compaginar en su entorno social y moral.

El mismo Sáenz propone algunas características del tipo de integración del adolescente y la sociedad que lo rodea.

- Ejemplo moral y ético que promueve un abandono de los principios e intereses mezquinos
- Tolerancia a la corrupción con una justicia mediatizada.
- Presión negativa de otros adolescentes para privilegiar intereses del grupo al que se pertenece.

- Juzgamiento ambiguo de la conducta adolescente; permisiva por un lado y crítica por otro.
- Prolongación de la dependencia económica debido a escasas oportunidades educacionales y laborales
- Valores sociales que promueven el amor al dinero y el placer, por sobre los principios morales y éticos.
- Medios de comunicación social con alta promoción de violencia, sexo, ideales negativos, consumismo
- Utilización de jóvenes para promoción de drogas legales, como el alcohol y el tabaco.
- Expansión del comercio de drogas a nivel mundial.
- Manipulación de los adolescentes para expresiones políticas y sociales.
- Alto índice de pobreza, que es terreno fértil para proliferación de actividades de prostitución, delincuencia y violencia social (Sáenz, 1991).

1.5 Modelo de Atención de Salud Integral para las adolescentes

Hasta finales de la década de los noventa se tenía la creencia generalizada que los servicios de salud eran los únicos responsables de la salud de la población, hoy en día los servicios de salud solo pueden ser considerados como uno de los tantos determinantes (Restrepo, 2001), debido a que son muchos los actores e involucrados que intervienen en el estado de salud individual y colectiva de la población. Esto parte desde el mismo individuo, pasando por la familia, la sociedad, el entorno educativo y las políticas estatales

En cuanto a la integralidad de la salud se puede afirmar que como concepto forma parte de lo social, psicológico y biológico del individuo, familia y sociedad. Dichas interrelaciones son responsables de la presencia de factores de riesgo o protección que en su conjunto producen un resultado denominado salud integral (Monroy, 2002).

La atención integral consiste en abordar las necesidades psicosociales, biológicas y ecológicas de la salud de los individuos, familias y/o comunidades, en una sociedad concreta. La atención integral abarca a toda la población poniendo énfasis en sus características propias del sexo, etnia, edad, género,

nivel cultural, bienestar social y de desarrollo. A partir de ello se entiende que cada individuo tiene sus particularidades necesidades de salud (Monroy, 2002).

Desde esta perspectiva, la organización de la atención de la salud, implica otros actores que deben participar en todas las acciones relacionadas con la salud; esto marca su carácter intersectorial e interinstitucional, propios de la atención integral. Así es posible concluir que la atención en los sistemas de salud direccionados a jóvenes embarazadas debe ser integrada, integral, multidisciplinaria e interinstitucional, teniendo como componentes la atención preventiva, de morbilidad, el trabajo en redes interinstitucionales e intersectoriales y la promoción.

Un ejemplo de atención integral, en los programas del Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro, es el que se propone en la presente tesis para la atención integral del embarazo, y la maternidad en la adolescente a nivel local.

Se puede definir un modelo de atención integral para adolescentes a todo el conjunto de acciones en salud, dirigidas a las personas comprendidas en el grupo entre 10 y 19 años que abarquen las esferas psicológicas, biológicas y sociales, favoreciendo su entorno y mejorando su calidad de vida

1.5.1 Situación Actual de los Servicios de Salud.

En la actualidad, los servicios de salud para los adolescentes no se adecuan a sus reales necesidades y expectativas; esto se da en primera instancia porque en relación con otros grupos de edad, los jóvenes son considerados como un grupo que posee una baja morbilidad. Recientemente se ha evidenciado un énfasis en la prestación de salud para los problemas psicosociales de los jóvenes, que si bien es cierto no son los más visibles, son los más frecuentes en las habituales estadísticas vitales y de servicios de salud.

El interés de los médicos por los jóvenes y adolescentes se remonta a comienzos del presente siglo. En la post-guerra' el control de las enfermedades infecciosas y la mejor nutrición de la población, cambiaron el perfil epidemiológico de las poblaciones y dieron lugar a que se prestara mayor atención a las enfermedades crónicas, los accidentes y la violencia, las adicciones, las afecciones perinatales y los problemas asociados con el medio

ambiente. Para ese entonces, los cambios sociales de la época y los avances en la investigación acerca de la biología de la pubertad y la adolescencia, estimularon el interés por el grupo de jóvenes.

En la década del 60, los encargados de la atención a los jóvenes eran en su mayoría pediatras, pero también había clínicos y endocrinólogos dedicados a la atención de los adolescentes. En la década de los 70, con el auge de las especialidades y gracias a la suficiente experiencia médica, investigación e información científica, en numerosos países se reconoció a la hebiología y la hebiatría como área que reunía los criterios requeridos para considerarla una especialidad, definiéndolas como el conocimiento o estudio y la práctica de la atención direccionada a los adolescentes (Zubarew, 1993). Para entonces comenzaron a desarrollarse servicios de atención diferenciada del joven, que poco a poco fueron incorporando otros profesionales de distintas áreas, en especial del área social.

A pesar de lo expuesto, aún en la actualidad, los servicios para jóvenes son escasos y poco coordinados, comprometiendo su accesibilidad y su cobertura. En general en los servicios generales de salud, la atención es fragmentada, más no integral dependiendo de la proveniencia del paciente y si tiene seguro general o seguros privados, atendiendo problemas puntuales a través de especialistas en las patologías más comunes. Así los servicios de salud se muestran con una mayor preparación para la atención de casos críticos con la ayuda de los especialistas de servicios que muestren una respuesta integral a la salud de algún grupo poblacional en particular (Magdaleno, 1998).

Los servicios enfocados en jóvenes, por lo general se han desarrollado en hospitales de mediana o alta complejidad y habitualmente en áreas urbanas, exhibiendo una cobertura muy reducida. Los mismos se han ido convirtiendo en centros de capacitación de nuevo personal, de investigación, de evaluación de tecnologías y sobre todo en centros de desarrollo de nuevos modelos de atención en un área que requiere entre otras cosas, creatividad, audacia y mucha decisión política para vencer las barreras al acceso y la calidad de atención. Esta situación no solo es propia del Ecuador, sino que se mantiene en la mayor parte de los países de América Latina y Caribe

Los servicios de salud direccionados para jóvenes se están caracterizando por problemas de cantidad, calidad y oportunidad, comprometiendo el acceso y la resolución adecuada de los problemas de salud integral de los adolescentes. Esta circunstancia, se ha visto influenciada por el impacto de la crisis económica de los países de América Latina y el Caribe y se acompaña de sistemas educacionales inadecuados; problemas nutricionales en la población; escasa o inexistente accesibilidad a actividades recreativas; insuficientes o nula capacitación laboral, problemas de empleo y subempleo (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

A pesar de la disponibilidad de los pocos servicios de salud, existe una tendencia de no usar los servicios de salud por parte de los jóvenes, por algunas de las razones descritas a continuación:

- Los adolescentes son un grupo per sé, no son ni adultos ni niños, lo cual hace que no se sientan bien en un sistema tradicional de salud.
- El personal de salud direccionado a niños y adultos no entiende las necesidad de los adolescentes y de alguna manera se los puede considerar inexpertos en el tema.
- Los jóvenes con un mayor requerimiento de atención suelen pertenecer a grupos con marcadas desigualdades intelectuales, sociales, familiares, económicas, laborales, factores que se transforman en barreras para su acceso a los servicios de salud.
- Los servicios diferenciados y enfocados solamente en los jóvenes que se han desarrollado en la región son muchas veces desconocidos para este grupo por falta de promoción adecuada e incluso por la escasa derivación desde los servicios de salud de más baja complejidad, debido nuevamente a la poca promoción o a la falta de capacitación del personal de esos servicios.
- Los servicios y el personal de salud no transmite confianza a los jóvenes, los cuales no manifiestan sus verdaderas preocupaciones o problemas que en lo general se aglutinan hacia temas de sexualidad y drogadicción.

- Las características de los servicios de salud contribuyen en gran medida al rechazo de los adolescentes. Estas características pasan por temas de localización, infraestructura, horarios de atención, condiciones estéticas, procedimientos burocráticos en la recepción de los pacientes, preparación y atención del personal, y la fragmentación de las medidas de tratamiento y prevención.

Frente a todo lo anotado, en la actualidad se evidencian cambios en la filosofía de la atención de salud a los jóvenes y adolescentes, promoviendo una atención integral, que ha dejado de ser exclusivamente del personal médico, pasando a la conformación de equipos multidisciplinarios, y privilegiando la promoción y prevención, centrada en la familia, apartándose de los servicios de salud tradicionales, donde los propios jóvenes tengan una participación más activa.

1.5.2 Programa de Atención Integral a adolescentes

Es el marco de referencia para la atención integral de los adolescentes, orientando las acciones y estableciendo los objetivos, estrategias, líneas de acción, áreas temáticas, normas, que sirven de herramientas para facilitar la atención a este grupo poblacional. Entre los cuales se debe considerar los siguientes lineamientos:

a) Planificación local se debe conocer la situación del embarazo en la adolescencia, los aspectos por considerar son:

- Establecer por sectores la magnitud y características del embarazo en la adolescencia.
- Hacer inventario de los diferentes actores sociales que puedan participar en programar y actividades de atención de la embarazada, su pareja y su familia.

b. Actividades de promoción de la salud en la etapa pregestacional.

- Identificar grupos de riesgo según el Análisis de Situación de Salud
- Conformar un equipo intersectorial, para su atención
- Implementar un programa de educación para la salud, para la madre y su grupo familiar.

c. Actividades en la atención prenatal

- Detección temprana de la adolescente embarazada
- Capacitación temprana de la adolescente embarazada
- Información sobre las actividades de la pre-consulta.
- Información sobre el curso de preparación del parto.
- Estimulación del vínculo madre hijo y padre hijo.

d. Actividades de promoción de la salud atención postnatal

- Controles de salud de la madre y su hijo.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Detección de situaciones de violencia.
- Analizar proyecto de vida del adolescente padre y de la adolescente madre (Hospital León Becerra, Milagro 2011).

Con las actividades señaladas, un equipo de salud puede liderar con otras instituciones y la comunidad acciones en el formato de la salud y la prevención de las enfermedades. En el caso del presente trabajo direccionado específicamente a la adolescente embarazada.

1.5.3 Calidad de la Atención en Salud

La calidad de la atención de salud se refiere a servicios de salud que cumplen con altos estándares técnicos, incluyendo la prontitud, calidez, eficiencia, eficacia y equidad; siendo accesibles a toda la comunidad, con un alto grado de satisfacción para el adolescente que accede a dichos servicios.

En el presente trabajo se analizan algunos aspectos conceptuales respecto a la calidad en la atención integral de los adolescentes y jóvenes, las formas más adecuadas de organización de los servicios, las características de la capacitación del personal, considerándolo como el recurso crítico para el éxito para cualquier enfoque integral de atención y algunas estrategias para favorecer el acceso y la calidad en la atención de los servicios de salud.

Calidez.

Calidez se refiere a la atención interpersonal que cumple con los valores humanos y permite generar la confianza, apertura y confidencia de los adolescentes.

1.5.3.1 Organización de la Atención

Para garantizar el éxito del modelo de atención integral a los adolescentes, la red de servicios de salud identifica a dos niveles de atención que podrían ser excluyentes en cuanto a su funcionamiento y enfoque, pero así mismo se complementan respecto a su cobertura y dedicación. Estos niveles son en primera instancia el de los centros y puestos de salud y en segundo lugar el nivel hospitalario.

El Primer Nivel de Atención, que agrupa los centros de salud y puestos de salud, es el de menor complejidad y cubre a toda la población. Está dirigido a enfrentar las necesidades básicas de los adolescentes con personal capacitado e identificado con este grupo poblacional.

La organización funcional y estructural tanto de los centros, como de los puestos de salud, para la aplicación del modelo requerirá del acondicionamiento y remodelación de las localidades, así como de la reubicación de recursos humanos y materiales, en el caso que exista la necesidad.

A Nivel de los centros de salud

- Los servicios deben brindar atención en salud básica, consejería, y atención en salud reproductiva, gestionando proyectos de información, educación y comunicación (IEC).
- El equipo multidisciplinario deberá tener buena coordinación.
- El personal de salud debe estar capacitado en todos los documentos normativos del programa de atención integral, sean estos normas, manuales de procedimientos para la atención de los adolescentes, entre otros.
- El servicio debe coordinar activamente sus acciones con las instituciones que puedan involucrarse estén conceptualmente involucradas con la

salud y bienestar de los adolescentes. De esta manera se buscará apoyo en pro de la salud de los adolescentes.

- El equipo de los centros de salud capacitará en temas de prevención, promoción y atención de la salud reproductiva de los adolescentes, a gente de su comunidad, identificadas a través de los puestos de Salud.
- El equipo de los centros de salud a través de su puestos de salud asociados, captará, capacitará y dará seguimiento a promotores juveniles de salud, con el fin de:
 - Apoyar el desarrollo de acciones preventivas, promocionales, de información, educación y comunicación, en asuntos básicos de salud adolescente a nivel comunitario con otros adolescentes, en coordinación con las organizaciones y las autoridades o líderes de la comunidad.
 - Captación de adolescentes al centro de salud.
 - Vigilancia comunitaria para la detección, protección y atención del abuso y violencia sexual, doméstica y social.

A Nivel de Puesto de Salud

Los puesto de salud, los cuales constituyen el nivel más cercano a la comunidad, deben centrar su estrategia en la formación de una red de promotores por zona geográfica, los cuales se encargarán de promover conductas y comportamientos saludables, detectar adolescentes con problemas o con necesidades de atención, orientación y referirlos si fuese necesario al servicio de salud más adecuado para su necesidad. Estos promotores serán la pieza fundamental para el trabajo con adolescentes en este nivel de atención.

El Segundo Nivel de Atención, lo constituye el nivel Hospitalario e Incluye servicios de mayor complejidad, generalmente de tipo médico especializado, cuyo acceso debería darse solo y exclusivamente por derivación del primer nivel de atención.

- El servicio hospitalario deberá realizar sus acciones de planificación estratégica con la participación de los actores sociales más representativos de la zona, incluyendo a los jóvenes, sean estos usuarios y no usuarios del servicio.

- Diseño e implementación de una estrategia de difusión comunitaria y general del servicio, con participación de jóvenes y líderes de opinión.
- El servicio deberá contar con normas, instrumentos, procedimientos y un sistema de información adecuado a nivel sectorial.
- Establecer una red local de referencia con todos los involucrados en la salud y el bienestar del adolescente: policía, profesores, juzgados de menores, organizaciones juveniles, entre otros
- Establecer reuniones permanentes del equipo para revisar los problemas y los avances en el servicio.
- El servicio deberá realizar una labor de sensibilización y capacitación básica constante con el personal técnico, administrativo y la alta dirección del hospital, a favor de la promoción de la atención de calidad en el área.

Los servicios asistenciales que podrían brindarse serían:

- Control prenatal
- Atención del parto y puerperio
- Asistencia médica especializada en problemas de salud básica.
- Asistencia médica especializada en problemas de salud reproductiva.
- Detección, atención y rehabilitación de adolescentes con historia de abuso y violencia sexual, explotación sexual, violencia doméstica y social.
- Psicoterapia en caso de ser necesario.

Cada miembro del equipo de los servicios de salud debe estar capacitado en:

- Instrumentos Normativos
- Aspectos antropológicos y sociales de la adolescencia.
- Aspectos bio-médicos de la salud adolescente.
- Aspectos psicológicos de la adolescencia.
- Gerencia de servicios para adolescentes.
- Ética en la atención a adolescentes.
- Consejería para adolescentes
- Metodología Participativa.

1.5.4 Etapas para la consolidación del modelo de atención

Un modelo de atención integral a los adolescentes deberá de priorizar grupos vulnerables, o de alto riesgo y escasos recursos. La atención deberá involucrar a la familia y entorno más cercano y deberá tener medidas de eficiencia, eficacia, equidad y calidad.

Las etapas principales para la consolidación del modelo de atención integral a los adolescentes son

1. Proponer la necesidad de iniciar un proceso para el fortalecimiento del modelo, partiendo de una actualización conceptual en temas importantes como lo son:
 - a. Normas Técnica Administrativas
 - b. Manuales de procedimiento para la atención de los adolescentes.
 - c. Capacitación en metodología participativa
 - d. Abastecimiento técnico de materiales e instrumentos
 - e. Estrategia de comunicación y educación en salud
 - f. Fortalecimiento de la participación social y el trabajo comunitario
 - g. Procesos de supervisión y evaluación del desempeño
 - h. Monitoreo y evaluación

2. Recomendar y dialogar con las autoridades sobre la definición del modelo de atención integral para adolescentes a nivel macro, desagregándolo institucionalmente para responder a las necesidades globales del país.

1.5.5 Equipos y personal

Los equipos consisten en todas aquellas herramientas y materiales que serán necesarios para equipar las áreas de atención a las adolescentes, estos se verán complementados por el talento humano como el recurso técnico y operativo.

Como se lo ha indicado, la atención integral para adolescente debe ser realizada idealmente por equipos multi e interdisciplinarios capacitados, integrados no solo por personal de salud, como médicos, enfermeros, obstetrices, odontólogos y nutricionistas, sino por personal vinculado a la salud integral del adolescente incluyendo además educadores y psicólogos.

La estructuración de los equipos de trabajo debe ir acorde al modelo de salud, esto implica que la atención a los adolescentes será integral, biopsicosocial y familiar, con énfasis en la promoción y prevención de salud.

Los integrantes del equipo de trabajo deben:

- Conocer el marco legal que define y garantiza los derechos de los adolescentes.
- Estar capacitados en las normas, protocolos y herramientas para atención del adolescente.
- Tener habilidad para comunicarse y negociar con grupos.
- En lenguaje de señas y emisión de indicaciones simplificadas en el caso de lidiar con adolescentes sordos y/o con retardo mental.
- Elaborar y ejecutar planes de consejería y capacitación comunitaria
- Practicar buenas relaciones interpersonales.
- Organizar reuniones grupales de sensibilización y capacitación con adolescentes, padres y comunidad
- Mantener una efectiva coordinación interinstitucional e intersectorial para no caer en la ineficiencia interinstitucional.
- Tener conocimiento de la realidad sociocultural de su entorno.

CAPÍTULO 2

HOSPITAL LEÓN BECERRA DE MILAGRO

2.1 El Cantón Milagro

Milagro o también llamada *La tierra de las Piñas* por situarse en la cuenca baja del Río Guayas, es una zona muy rica en el sector agropecuario, lo que ha permitido que la población se incremente y progrese en los últimos veinte tres años, constituyendo dos décadas de la transformación socio-política y económica. Este crecimiento ha traído consigo también un incremento en los problemas de salud entre sus moradores.

La temperatura promedio anual de Milagro es de 25°C., se ubica a 13 mts., sobre el nivel del mar, atravesado por el río que lleva el mismo nombre de la ciudad y que cruza de Este a Oeste en un tramo de más de 5 Km., de la zona urbana.

La cabecera cantonal de Milagro está a 45 Km., de la Ciudad de Guayaquil siendo un paso obligado para el transporte terrestre que une importantes centros agroindustriales de la zona litoral e interandina, ya que la autopista Durán – Boliche pasa a 19 Km., al sur de la vía Naranjal – Babahoyo, Bucay – Yaguachi, Naranjito – Durán, entre otras, vías que acceden directamente a esta ciudad, dándole una gran importancia a su crecimiento comercial y poblacional.

Por encontrarse en un centro de desarrollo comercial, Milagro acoge una población de más de 300.000 habitantes entre residentes, inmigrantes y flotantes, los mismos que habitan en el centro urbano, las periferias y las áreas rurales, incluyendo aquellos caseríos que se encuentran fuera de los límites políticos del cantón (Prefectura del Guayas, 2013).

Las poblaciones que lo circundan son: Al Norte, Mariscal Sucre, Simón Bolívar, Lorenzo de Garaycoa, Jujan, entre las más grandes; hacia el Sur están: Boliche, Virgen de Fátima, Naranjal, Taurita; Por el Este: Roberto Astudillo, Naranjito, San Carlos, Bucay; Hacia el Oeste: Chobo y Yaguachi.

Las vías de acceso antes mencionadas unen a poblaciones urbanas y agrícolas de las Provincias del Guayas, Los Ríos y otras Provincias Interandinas. La

mayoría de los pobladores se han dedicado a actividades agrícolas y en menor proporción a la artesanía, el Ingenio San Carlos es por sí mismo una fuente inagotable de empleo durante la temporada de zafra y el resto del año. El promedio de ingresos por cada jefe de familia es de aproximadamente \$8,00 dólares USA., diarios lo cual es el sueldo para cada trabajador en este cantón.

La mayoría profesan el catolicismo, cuentan con una empresa telefónica, una empresa de electricidad, una empresa de potabilización de agua, la recolección de los desechos está a cargo del municipio, acaban de inaugurar un botadero municipal, no poseen disposición diferenciada de desechos, cuenta también con estaciones de radio como Radio Voz de Milagro, Atalaya, con prensa escrita como La Verdad, El Ciudadino, El Nacional, y una empresa de Televisión TV Milagro Canal 7.

El Ministerio de Salud Pública posee Sub centros de salud y puestos de salud en las siguientes localizaciones:

Ilustración 8: Puestos de salud área 21 – Milagro (Dirección provincial de Salud Pública del Guayas)

UNIDAD OPERATIVA	TIPOLOGÍA	CANTÓN	PARROQUIA	DISTANCIA A LA JEFATURA DEL ÁREA		TIPO DE VÍA
				KMS.	TIEMPO (minutos)	
LEON BECERRA - 100 CAMAS	HB	MILAGRO	MILAGRO			
CFTS 3	CS	MILAGRO	MILAGRO	10	25	1er ORDEN
LAS PIÑAS	SCU	MILAGRO	MILAGRO	2	10	1er ORDEN
LOS PINOS	SCU	MILAGRO	MILAGRO	2	10	1er ORDEN
LOS VERGELES	SCU	MILAGRO	MILAGRO	2	10	1er ORDEN
22 DE NOVIEMBRE	SCU	MILAGRO	MILAGRO	2	10	1er ORDEN
MARISCAL SUCRE	SCR	MILAGRO	MARISCAL SUCRE	8	20	1er ORDEN
ROBERTO ASTUDILLO	SCR	MILAGRO	ROBERTO ASTUDILLO	2	10	1er ORDEN
CARRIZAL	PS	MILAGRO	MILAGRO	5	20	1er y 2do ORDEN
LOS MONOS	PS	MILAGRO	MILAGRO	5	20	1er y 2do ORDEN

Fuente: Archivos Hospital “León Becerra”, ciudad de Milagro

2.2 Reseña Histórica del Hospital León Becerra Milagro

El Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro, fue creado el 6 de junio del año 1913, durante el gobierno del General Leónidas Plaza Gutiérrez. El General Leónidas Plaza dictó un decreto ejecutivo con el propósito de comenzar la construcción de esta importante casa hospitalaria. Se inauguró el 24 de Mayo de 1917 y su nombre fue otorgado por un acuerdo Municipal en gratitud de las obras benéficas, las gestiones y esfuerzos del Dr. León Becerra, Director de Sanidad de la ciudad de Guayaquil en aquella época. En sus inicios cumplió funciones propias de un centro de aislamiento por la propagación de la fiebre amarilla, paludismo y la peste bubónica.

Fue construido de madera en su totalidad, lo que provocó que al final de los años se deteriorara en su totalidad y las instalaciones se encuentren en pésimo estado carcomidos por las polillas, pero felizmente en el año de 1936 se realizaron gestiones por el Director del establecimiento y el Director de la Junta de Asistencia Pública del Litoral, con lo cual el gobierno asignó el presupuesto para la reparación del Hospital.

El Dr. Bohórquez fue el competente facultativo que logró encausar el establecimiento de beneficencia por los senderos del progreso en la atención médica aún con la escasez de fondos que se destinaron a este sector en 1937 (Municipio de Milagro, 2011).

Con el paso del tiempo, se han perdido datos históricos valiosos, retomando la historia en el año de 1967, cuando la Asamblea constituyente creó el Ministerio de Salud Pública, teniendo como primer ministro de salud al Dr. Francisco Parra Gil. El 25 de Abril de 1972 se suprimieron las Juntas de Asistencia Social y todo el derecho patrimonial, rentabilidad y obligaciones sobre hospitales estatales y casas de Salud pasaron al Ministerio de Salud Pública (Vicuña, 2006)

El Hospital León Becerra se encuentra ubicado en el Barrio del Seguro Social, limitado por las calles: Epiclachima al norte, Chiriguaya al sur, Atahualpa al este y por el oeste Eloy Alfaro

Actualmente está en pleno proceso de construcción un nuevo Hospital de dos plantas, con todos los aspectos técnicos considerados, en una primera fase se va a implementar la emergencia, la consulta externa y el área administrativa y en una segunda fase está proyectada la hospitalización, con una capacidad instalada de 120 camas.

2.3 Misión

El Hospital León Becerra de Milagro y a la vez Jefatura del Área 21 están comprometidos con la Población de Milagro, sus Parroquias y Recintos así como de cantones vecinos, especialmente con aquellos usuarios que presentan patologías que no se pueden resolver en los niveles básicos de atención en lo referente a Cirugía, Pediatría, Ginecología en los tres macroprocesos de Emergencia, Hospitalización y Consulta externa, así como de los medios de diagnóstico. Ofreciendo servicios de atención a la salud con oportunidad, calidad y sentido humano, con un manejo eficiente y responsable de los recursos materiales y financieros, fomentando el desarrollo de su personal, haciendo uso de la tecnología disponible y ejecutando acciones tendientes a la prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y control de las patologías que aquejan a la comunidad, logrando su confianza y credibilidad.

2.4 Visión

La visión del Hospital León Becerra de Milagro es que antes del 2018 sea un Hospital de referencia Cantonal y Centro de Trauma, que se consolidará en el manejo de Patologías con un nivel de complejidad resolutive grado III, que contribuirá a la disminución del impacto de las enfermedades, elevando los niveles de salud y contribuir a mejorar la calidad de vida en la población del Cantón Milagro, al brindar servicios con equidad, eficiencia y excelencia con la utilización de recurso humano capacitado y motivado, y aplicar los medios diagnósticos de última generación para lograr la satisfacción del usuario interno y externo del Hospital.

2.5 Objetivos del hospital

2.5.1 General

Mejorar la calidad de vida de la comunidad a través de gestionar, concertar y ejecutar acciones para lograr que la institución sea un referente zonal en cuanto a la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías más comunes de nuestro perfil epidemiológico, con calidad, calidez y eficiencia.

2.5.2 Específicos

- Mejorar la calidad de vida de los afectados con patologías agudas y Crónicas.
- Unificar Protocolos Institucionales con los Protocolos del Ministerio de Salud Pública, nuestro ente rector.
- Promocionar y potencializar el liderazgo del Hospital basado en la experiencia, los resultados y los valores de la organización.
- Fomentar el crecimiento del personal médico, paramédico y de servicios, cultivarlo y proyectarlo.
- Promocionar los servicios Institucionales a la comunidad, especialmente unidades operativas, sectores más desposeídos y empresas.
- Disminuir los índices de patologías transmisibles, vectoriales, infecciosas, agudas y crónicas, al informar a la comunidad, diagnosticar, tratar y hacer seguimiento a los potenciales pacientes.

2.6 Valores

El Hospital León Becerra de Milagro maneja sus políticas y servicios enmarcados en los siguientes valores:

- Equidad
- Apertura
- Eficiencia
- Compromiso
- Lealtad
- Servicio
- Calidez

- Honestidad
- Calidad; y
- Solidaridad

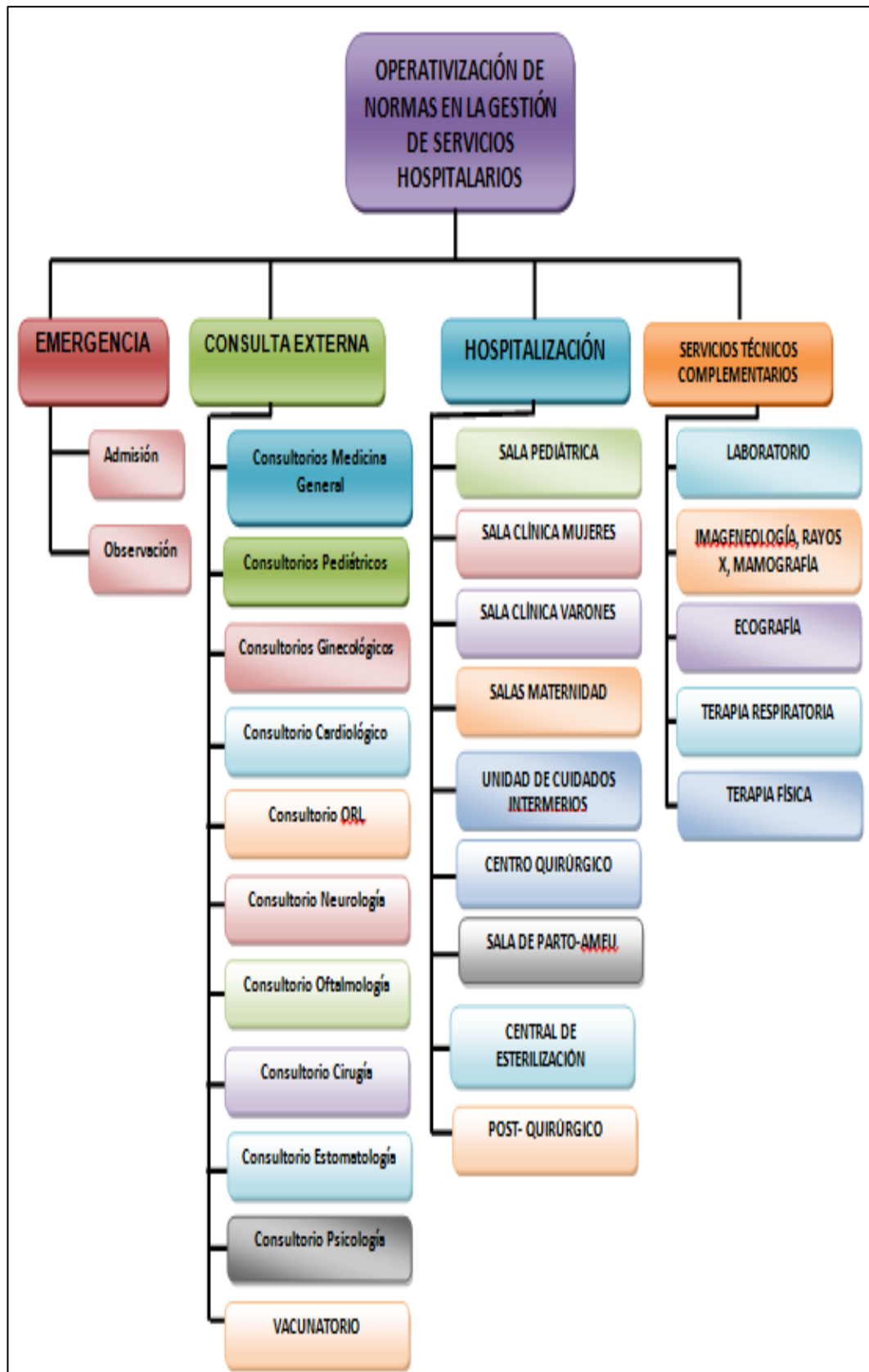
2.7 Organigrama Institucional

El organigrama institucional del Hospital León Becerra, divide a la institución en sus procesos elementales. Incluyendo los gobernantes, los habilitantes de asesoría, los habilitantes de apoyo y los proceso de valor agregado, que constituyen el alma de la institución. Dicho organigrama puede visualizarse en el anexo 1

2.8 Organigrama de Servicios

Se puede observar que en el diseño del Organigrama de Servicios del Hospital León Becerra de Milagro- Área 21, muestra la operativización de sus funciones en relación a las Normas de los Servicios Hospitalarios, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en las cuales consta de área de Emergencia la cual contiene los departamentos de Admisión y de Observación.

Ilustración 9: Organigrama de servicios del Hospital León Becerra Milagro - Área 21



Fuente: Archivos Hospital “León Becerra”, Milagro – 2011.

La Consulta Externa, está compuesto por una serie de consultorio de especialidades como: Medicina General, Pediatría, Ginecología, Cardiología, Neurología, ORL, Oftalmología, Cirugía, Estomatología, Psicología y área de vacunas.

La Hospitalización, se encuentra segmentada por salas de mujeres y varones, salas de maternidad, Unidad de Cuidados Neonatales, Sala Pediátrica, Sala de esterilización y post-quirúrgico.

Existencia de servicios técnicos complementarios como salas de laboratorio clínico, imagenología, rayos x y mamografía, ecografía, terapias: física y respiratoria.

Este organigrama se lo ha organizado en forma vertical sin considerar interrelación de cada una de sus áreas, ya que cada una funciona individual y de forma autónoma.

2.9 Servicios de Salud en el Hospital León Becerra de Milagro

En la actualidad, el Hospital León Becerra cuenta con una moderna infraestructura en distintas áreas, como son: observación, infectología, terapia física, terapia respiratoria y rehabilitación. El Hospital tiene a su cargo nueve unidades secundarias entre urbanas y rurales, entre las que figuran, Mariscal Sucre, Las Piñas, Roberto Astudillo, Los Monos y Carrizal.

Más de 5800 egresos hospitalarios anuales son registrados en el hospital León Becerra de Milagro (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012), el cual posee equipos de última tecnología cuya remodelación se la realizó durante el 2010. Esta fase cuyo costo fue de más de dos millones de dólares, cuenta con un área de consulta externa, con 14 consultorios, entre ellos medicina externa, pediatría, gineco-obstetricia, traumatología, odontología, psicología. Además tiene una sala de espera para unos 70 usuarios.

También posee departamentos de administración, dirección, subdirección, recursos humanos, financiero, y una nueva bodega más amplia para los insumos. Además hay un auditorio con capacidad para 150 personas. Posee farmacia, laboratorio con equipos de última tecnología, Imagenología, dietética y rehabilitación

En estos últimos meses el Hospital León Becerra ha pasado de ser un hospital básico a un hospital general y cuenta con especialidades como cardiología, neurología, traumatología, oftalmología, entre otras

A continuación se hace una descripción de los servicios más representativos del Hospital.

El área de emergencia está encargada de atender con prontitud todas las emergencias de salud que presenta la comunidad, la cual atiende 24 horas del día los siguientes casos: accidentes de tránsito, curaciones, retiro de puntos, accidentes por envenenamientos, mordeduras de serpientes, diagnóstico y tratamiento de patologías agudas, admisión de embarazadas para cesáreas y trabajo de parto.

La Hospitalización es el internamiento del paciente ya sea para observación directa de un cuadro patológico, iniciación de exámenes de control sobre un tratamiento en específico, o alguna intervención quirúrgica emergente o programada.

Ilustración 10: Componentes del servicio de hospitalización

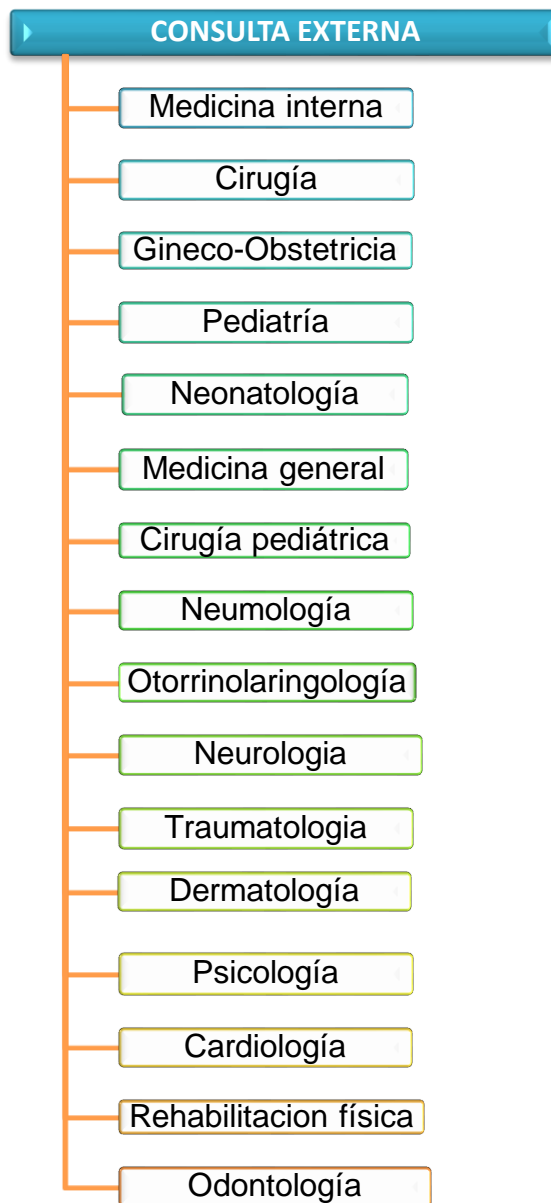


Fuente: Archivos Hospital “León Becerra”, Milagro – 2011.

Es la atención ambulatoria en salud dada por profesionales calificados a usuarios con patologías agudas y crónicas, que no se encuentran hospitalizados ni de emergencia/urgencia.

Este tipo de servicio puede ser impartido tanto por un médico general como por un especialista.

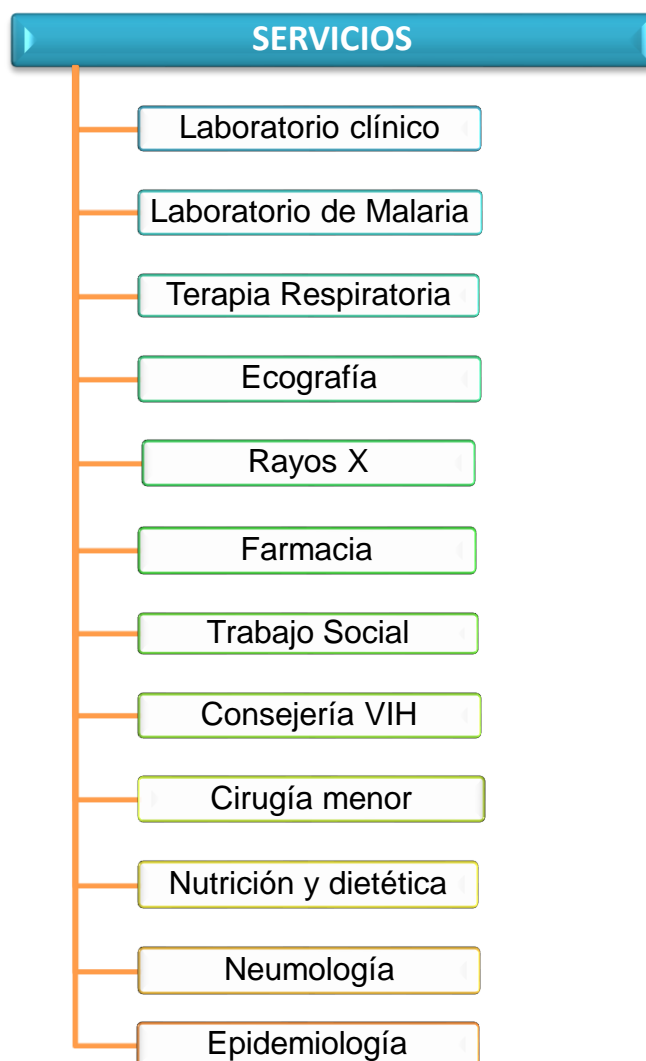
Ilustración 11: Componentes del servicio de consulta externa



Fuente: Archivos Hospital “León Becerra”, Milagro – 2011.

Los servicios complementarios son las distintas aéreas que ayudan a los profesionales de la salud, a diagnosticar, tratar y controlar las diversas patologías que se presenten.

Ilustración 12: Componentes de los servicios complementarios



Fuente: Archivos Hospital “León Becerra”, Milagro – 2011.

2.9.1 Servicio de Salud a las adolescentes embarazadas

Mediante el trabajo de campo se encontró con el problema organizacional de la Institución dentro del área de atención a las adolescentes embarazadas, las cuales acuden a consulta externa y se las atiende de una manera generalizada y no como un caso especial que necesita una atención integral, por lo tanto, no se encuentran registros institucionales sobre el trabajo con este grupo motivo de

estudio, pero el Hospital como Institución que pertenece al Ministerio de Salud Pública, de una u otra forma ha contribuido en la atención materna y han realizado ciertas actividades relevantes que estimulan a la educación sobre la sexualidad y evitar embarazos no deseados, cuyas fotos se las puede encontrar en el anexo 2. El Hospital León Becerra se encuentra en desarrollo de éste programa y lo que se intenta con la propuesta del presente estudio es contribuir a tal misión.

En la actualidad se atienden a un gran número de adolescentes embarazadas, lo cual es preocupante tanto a nivel social como a nivel médico debido al crecimiento indiscriminado de éste problema que afecta a la sociedad. Como Institución en el área de Ginecología en general, se atienden a las mujeres tanto en etapa de gestación de todas las edades y los problemas ginecológicos varios.

Dentro de este departamento se atienden a las adolescentes, pero no cuenta con una organización, coordinación ni estructura física adecuada para una atención integral a este grupo poblacional en riesgo dentro de la zona de la ciudad de Milagro.

2.9.1.1 Índice de adolescentes embarazadas atendidas en el periodo 2011

Los datos indican que hubo 631 atenciones a adolescentes embarazadas durante el año 2011. Las edades de las adolescentes fluctuaron entre los 13 y 19 años.

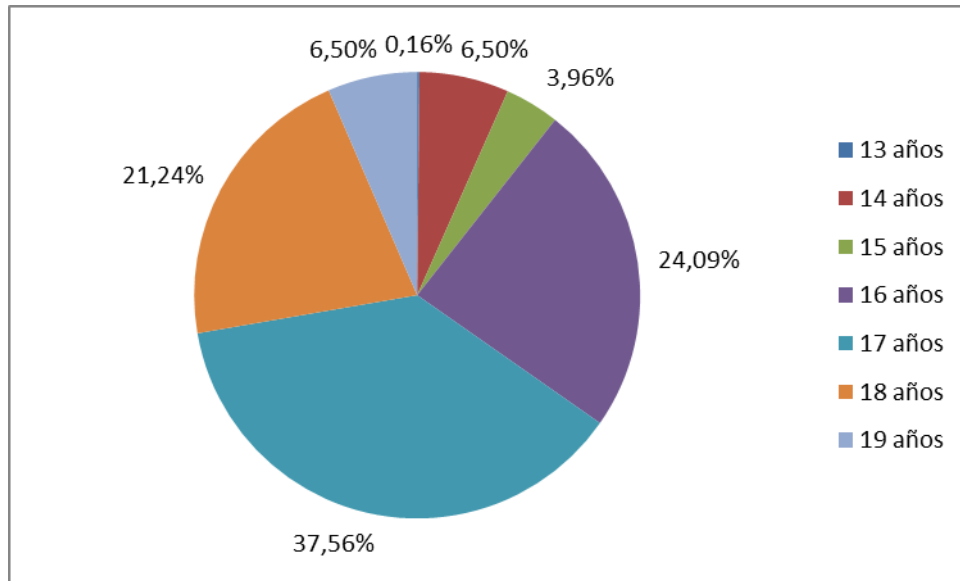
Tabla 1: Adolescentes embarazadas atendidas en el año 2011

Edad	Frecuencia	%
13 años	1	0,16%
14 años	41	6,50%
15 años	25	3,96%
16 años	152	24,09%
17 años	237	37,56%
18 años	134	21,24%
19 años	41	6,50%
TOTAL	631	100%

Fuente: Hist. Clínica, Ginecología, Hosp. León Becerra, Milagro, 2011

Elaborado por: Las investigadoras.

Gráfico estadístico 1: Adolescentes embarazadas atendidas en el año 2011



Fuente: Hist. Clínica, Ginecología, Hosp. León Becerra, Milagro, 2011

Elaborado por: Las investigadoras.

Según los resultados que muestra el presente gráfico denota que la atención a adolescentes en estado de gestación mantiene un número considerable que no puede pasar desapercibido por las autoridades del Hospital, el índice se incrementa a partir de los 16 años de edad y se presenta desde los 13 años de edad, lo cual representa un grave problema de índice social y local.

2.10 Fundamento Legal

El Fundamento Legal es aquel aspecto en el que se ampara legalmente el presente proyecto, se deben conocer las legislaciones y artículos de la Ley que regulan el sector de la salud y que amparan a todos los ciudadanos a contar con servicios de salud gratuitos y de calidad, en este caso las adolescentes embarazadas y la asistencia de los cuidados de salud integral a la mujer y al neonato como derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador, amparadas en la constitución ecuatoriana, en los siguientes artículos³:

³ Los artículos se encuentran escritos textualmente

Capítulo Segundo- Derechos del buen vivir- Sección séptima- Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El Estado a través de los diversos Ministerios brindará servicios oportunos y de calidad, ofreciendo información sobre métodos anticonceptivos seguros, eficaces, de bajo costo y no perjudiciales contando con leyes que favorezcan el respeto por nuestros derechos sexuales y reproductivos, conociéndolos, difundiéndolos entre familiares, amigos / as, en nuestra comunidad; haciéndolos respetar cuando alguien pretenda desconocerlos; denunciando su violación si es del caso; luchando por una mayor participación en la elaboración, discusión, aplicación y evaluación de las políticas y programas públicos que afectan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; apoyando a las instituciones encargadas de garantizar el disfrute y la defensa de los derechos de los y las adolescentes, a fin de lograr mejores condiciones de una vida plena, de calidad en salud mental, física y psicológica.

Contando con la participación de los hombres como pareja en los programas de planificación familiar podremos lograr un manejo equitativo de las relaciones sentimentales y matrimoniales.

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Sección quinta, Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales (Asamblea Constituyente, 2008).

La Ley del país hace mención que los niños, adolescentes y mujeres embarazadas son personas de atención prioritaria dentro del sistema de salud pública y privada.

CAPÍTULO 3

DIAGNÓSTICO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

3.1 Método de Investigación

El uso de la Metodología conlleva a la obtención propicia de los resultados y evidencias, con los cuales que se desean diseñar una propuesta en la presente tesis, de esta manera la metodología es el camino que orienta la investigación (De la Torre, 1988).

El estudio aplicado fue transversal, porque se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia. Analítico, de campo, con un abordaje cuantitativo cuya finalidad fue conocer la realidad en cuanto a la prevalencia de las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta externa en el Hospital León Becerra de Milagro.

Para la cual ha sido necesario el uso de los siguientes métodos:

Método de Observación Directa

La observación directa produce registros detallados de lo que la gente en realidad hace, lo cual permite asimilar en detalle la naturaleza investigada (Zikmund & Babin, 2009).

El uso de este método ha permitido las siguientes actividades:

- Recepción de la adolescente embarazada
- Atención especializada por consulta externa
- Apertura, revisión y registro de historial clínico
- Revisión de datos clínicos relacionados con la paciente.
- Control y chequeo clínico de la adolescente embarazada.

Método Racional

El método racional, procura obtener una comprensión o procura hacer un descubrimiento, por vía especulativa, de la explicación o razón de los sucesos investigados. El método pretende lograr una visión más amplia sobre el hombre, la vida, el mundo y sobre el ser (Gento & Huber, 2012).

Este método permite:

- Estudio de las causas que anteceden al incremento del embarazo precoz en las adolescentes.
- Comprensión de los factores socio-culturales que influyen en el comportamiento de las adolescentes que conllevan a un inicio anticipado de relaciones sexuales y tener embarazos no planificados.

Método inductivo

El método inductivo consiste en basarse en enunciados singulares, tales como descripciones de resultados de observaciones o experiencias, para plantear enunciados universales, o generalizaciones (Cegarra, 2012). Es el método científico más comúnmente utilizado y en este caso va a operar a la par con el método de observación directa y el método estadístico, de tal manera que a partir de lo observado y de los hallazgos del análisis estadístico se hará una propuesta generalizadora que se acople a la realidad observada.

Método Estadístico

Necesario para:

- Cuantificar los datos observados,
- Tabular los datos recolectados y obtenidos mediante el uso de técnicas e instrumentos de investigación.
- Representación gráfica y posterior análisis.

3.2 Metodología aplicada

3.2.1 Observación de fichas clínicas

3.2.1.1 *Objetivos de la observación*

- Determinar la incidencia de los embarazos precoces en las adolescentes.
- Identificar características de las adolescentes en cuanto a nivel socioeconómico, continuidad en los estudios, acompañamiento familiar
- Determinar el nivel madurez de la adolescente
- Verificar el avance y cuidado de las adolescentes en su proceso de embarazo, control pre y post-natal.

3.2.1.2 *Características metodológicas de la observación*

Unidad de investigación

Se considera como unidad de investigación a todas las fichas clínicas levantadas de las adolescentes embarazadas que reciben atención en el Hospital León Becerra – Milagro. La ficha clínica se puede encontrar en el anexo 3.

Método e instrumento de levantamiento de la información

El método de levantamiento aplicado fue la observación de las fichas levantadas durante las diferentes consultas de las adolescentes. No se aplica una ficha de observación, sino más bien se hace una observación en función de los objetivos del estudio.

Procesamiento y análisis

Para el procesamiento de los datos levantados se utilizó el software Microsoft® Excel® versión 2010

3.2.2 Encuesta a las adolescentes embarazadas

3.2.2.1 Objetivos de la encuesta

- Realizar una caracterización de las adolescentes embarazadas
- Determinar la percepción sobre la calidad del servicio
- Determinar las necesidades que tienen las adolescentes en estado de gestación en cuanto a la atención integral que reciben en el área de Ginecología de la Consulta Externa del Hospital León Becerra de Milagro.

3.2.2.2 Características metodológicas de la encuesta

Población

La población de adolescentes embarazadas atendidas dentro del Hospital León Becerra, correspondió a la población objetivo de donde se escogió la muestra del presente estudio. Esta población según se indicó anteriormente tuvo un tamaño de 631 elementos para el período del 2011

Muestra

Según Hernández et al. una muestra es “el subconjunto de la población en la que la selección de los elementos no depende de las probabilidades sino de las estadísticas de la investigación” (Hernández, Baptista, & Fernández, 2003, pág. 306).

Para la selección de la muestra se emplea una fórmula que permite el cálculo de la misma, cuando es necesario establecer el tamaño de la muestra ideal.

El objetivo de la muestra es obtener una estimación confiable y precisa de la población con la mayor exactitud posible.

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

Dónde:

n = tamaño de muestra: que representa un número representativo de personas a ser estudiadas y, por tanto, indica el número de encuestas que deberán realizarse.

N = Tamaño poblacional: Es el grupo de personas que en términos generales se está estudiando.

Z = Indicador correspondiente al nivel de confianza, el cual usualmente se toma como 95% que arroja un valor Z de 1.96⁴.

E = Error máximo permisible: Mide de forma porcentual el error que se admite como máximo en los resultados. Lo usual es utilizar un margen de error del 5%.

p = Probabilidad de éxito: Probabilidad de que ocurra un evento considerado como el éxito. Lo usual es considerar una probabilidad de éxito del 50%.

q = Probabilidad de fracaso: Probabilidad de que no ocurra un evento considerado como el éxito. Lo usual es utilizar una probabilidad de fracaso del 50%.

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un error máximo permisible del 5%, así mismo los valores de P y Q fueron determinados con un muestreo piloto previo a 34 adolescentes embarazadas⁵. Con esto se tendrían los siguientes valores de entrada para la fórmula:

$$N = 631$$

$$P = 0,765$$

$$Q = 0,235$$

$$Z = 1,96$$

$$e = 0,05$$

Finalmente, el cálculo de tamaño de muestra sería, como se muestra a continuación:

⁴ Obtenido a través de tablas de la distribución normal estándar

⁵ El estudio piloto solo se lo realizó a una muestra no representativa para aproximar los valores de P y Q , utilizando la pregunta: ¿Crees necesario que se cree un departamento de atención integral para la adolescente embarazada dentro del Hospital León Becerra? Se obtuvo un 76.5% de respuestas positivas

$$n = \frac{Z^2 PQN}{e^2(N-1) + Z^2 PQ}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,765 \times 0,235 \times 631}{(0,05)^2 \times 630 + (1,96)^2 \times 0,765 \times 0,235}$$

$$n \approx 192$$

El tamaño de muestra calculado fue de 192 adolescentes a las cuales se dirigió la encuesta.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo se determinó bajo la característica de muestra probabilística, como se acota en la siguiente cita:

Hernández, et al., (2003), expresa:

“Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos que dependen de la probabilidad y no de las características de la investigación”, (p.307).

Se utiliza este tipo de muestreo, debido a que en esta población hay una probabilidad conocida, lo que permite obtener un perfil estadístico de la población con márgenes de error previamente conocidos. Se realizó una investigación de campo donde se fueron analizando los casos, conforme fueron llegando las pacientes adolescentes embarazadas por un tiempo determinado, por lo tanto, los investigadores tuvieron la alternativa de encuestar a una cantidad de 192 pacientes durante el transcurso de los meses de noviembre y diciembre del 2011.

Se tomó en cuenta que durante el transcurso de este tiempo se tuvo que evitar tomar como muestra a pacientes que ya habían sido consideradas en el estudio y se encontraban en respectivos controles dentro de la consulta externa del hospital.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adolescentes entre 12 y 19 años en estado de gestación.
- Madres adolescentes que asistieron al control pre-natal, puerperio y post-parto, en consulta externa del hospital.
- Disposición de la paciente a colaborar con las investigadoras en el proceso de encuestas.

Método e instrumento de levantamiento de la información

El método de levantamiento aplicado fue la entrevista personal a las adolescentes. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado el cual se puede encontrar en el anexo 4

Procesamiento y análisis

Para el procesamiento de los datos levantados se utilizó el software Microsoft® Excel® versión 2010

3.2.3 Entrevistas a especialistas

3.2.3.1 *Objetivos de las entrevistas*

- Verificar la calidad de la prestación del servicio entregado a las adolescentes embarazadas y la apreciación de los especialistas de las causas y posibles soluciones al embarazo precoz durante la adolescencia.

3.2.3.2 *Características metodológicas de la entrevista*

Unidad de investigación

Se considera como unidad de investigación a los cinco especialistas en el área ginecológica u obstétrica del Hospital León Becerra – Milagro

Ilustración 13: Especialistas que participaron en las entrevistas

Nombre	Cargo
Elsa Fuentes	Ginecóloga
Edison Rea	Ginecólogo
Jessica Macías	Ginecóloga
Fátima Chávez	Obstetra
Jenny Feijoo	Obstetra

Elaboración: Las investigadoras.

Método e instrumento de levantamiento de la información

El método de levantamiento aplicado fue la entrevista en profundidad a los diferentes especialistas. El instrumento aplicado constó de cinco preguntas, las cuales se indican a continuación:

- ¿Cómo ha observado en los últimos dos años la afluencia de adolescentes embarazadas?
- ¿Considera que el embarazo precoz ha tenido crecimiento, estabilidad o decrecimiento en este último periodo?
- ¿Considera que existe una atención integral para la adolescente en gestación?
- ¿De qué manera contribuye el Hospital a frenar el incremento de embarazos precoces?

Procesamiento y análisis

En este caso el procesamiento de los datos es de tipo documental, por ende no se aplica ninguna herramienta estadística o algún sistema para el análisis.

3.3 Resultados

3.3.1 Resultado de la observación directa

- Un 70 % de las adolescentes ha iniciado la actividad sexual a una edad inferior a los 15 años.

- El 62% de las adolescentes acude sola a la consulta y controles médicos.
- El 70% de las adolescentes acuden a control posterior a los 3 meses de gestación.
- Un 30% se encuentra en el octavo mes y próximas al trabajo de parto.
- El 72% de las adolescentes ha abandonado sus estudios.
- El común denominador de las adolescentes embarazadas es un proveniencia de un nivel socio-cultural y económico bajo sumado a un alto grado de inmadurez psicológica y emocional.

3.3.2 Resultados de las entrevistas

¿Cómo ha observado en los últimos dos años la afluencia de adolescentes embarazadas?

Respuesta 1: Cada día se integran un mayor número de adolescentes, que eligen el hospital porque se encuentra mejor equipado para su control pre y post-natal.

Respuesta 2: El hospital es preferido por la consulta, porque tiene un mejor equipo médico, muchas de las pacientes vienen de otros cantones aledaños de Milagro.

Respuesta 3: La afluencia de adolescentes embarazadas ha aumentado porque este hospital le brinda una mejor atención médica completa.

Respuesta 4: Realmente es preocupante la cantidad de niñas que aún no se encuentran maduras físicamente y que se encuentran embarazadas.

Respuesta 5: La asistencia de las adolescentes embarazadas se está convirtiendo como un caso común en la atención ginecológica y de obstetricia dentro del hospital.

Conclusión: El Hospital León Becerra de Milagro, cuenta con personal médico calificado e instalaciones adecuadas en comparación de otros centros de salud hospitalaria en el sector, por eso es muy preferido por los usuarios, la afluencia de las adolescentes embarazadas se está volviendo de mayor concurrencia en la consulta externa.

¿Considera que el embarazo precoz ha tenido crecimiento, estabilidad o decrecimiento en este último periodo?

Respuesta 1: Ha tenido crecimiento.

Respuesta 2: Se ven mayor número de casos.

Respuesta 3: Crecimiento de la demanda de atención a adolescentes embarazadas.

Respuesta 4: Ha crecido la atención a adolescentes embarazadas.

Respuesta 5: Notable incremento.

¿Cómo evalúa el grado de madurez física y emocional de las adolescentes en etapa de gestación asistidas en el hospital?

Respuesta 1: Bajo

Respuesta 2: Medio

Respuesta 3: Bajo, necesitan orientación

Respuesta 4: Bajo, muchas tienen problemas de embarazo y están frágiles emocionalmente.

Respuesta 5: Necesitan orientación y ayuda, bajo grado de madurez.

¿Considera que existe una atención integral para la adolescente en gestación?

Respuesta 1: No completamente, se hace todo lo posible.

Respuesta 2: Si hay atención integral

Respuesta 3: El gobierno lo está implementando actualmente

Respuesta 4: Existe el lugar propicio pero no se lo lleva a cabo.

Respuesta 5: Existe el proyecto pero no se lo cumple.

¿De qué manera contribuye el Hospital a frenar el incremento de embarazos precoces?

Respuesta 1: A veces se realizan charlas a colegios

Respuesta 2: No se trabaja en ese asunto.

Respuesta 3: No realiza nada por el momento.

Respuesta 4: No se realizan campañas de concientización en los adolescentes.

Respuesta 5: Esporádicamente pero no es efectivo el trabajo.

3.3.3 Resultados de las encuestas a las adolescentes embarazadas.

3.3.3.1 Datos Generales

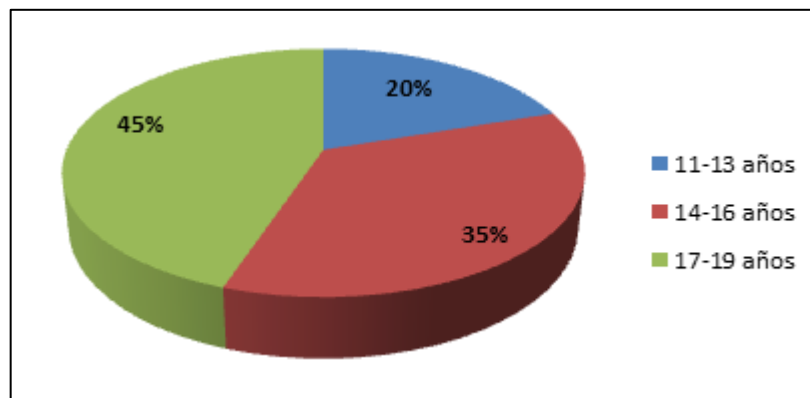
Tabla 2: Edad

Ítem	Edades	Frecuencia	Porcentajes
1	10-13 años	38	20%
2	14-16 años	68	35%
3	17-19 años	86	45%
	Total	192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 2: Edad



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Según la edad prevalecen las adolescentes embarazadas entre los 17 a 19 años con el 45%, seguido de las adolescentes entre los 14 a 16 años con el 35%, la minoría corresponde a las adolescentes entre 10 a 13 años con el 20%.

Es decir que los casos de embarazos precoces que se presentan en la atención de consulta externa del Hospital son a partir de menores de 11 a 12 años.

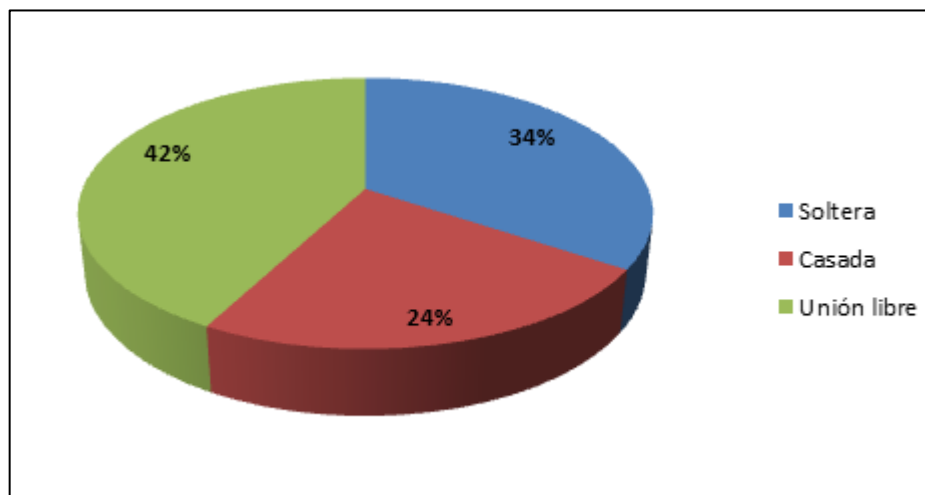
Tabla 3: Estado civil

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Soltera	66	34%
2	Casada	45	24%
3	Unión libre	81	42%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 3: Estado civil



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las adolescentes gestantes encuestadas, manifestaron en un 42% mantener una relación de pareja en unión libre, el 34% se mantiene soltera y el 24% se encuentra casada.

Es decir, que la mayoría corresponde a la unión de hecho sin legalizar su condición de conviviente ante la ley.

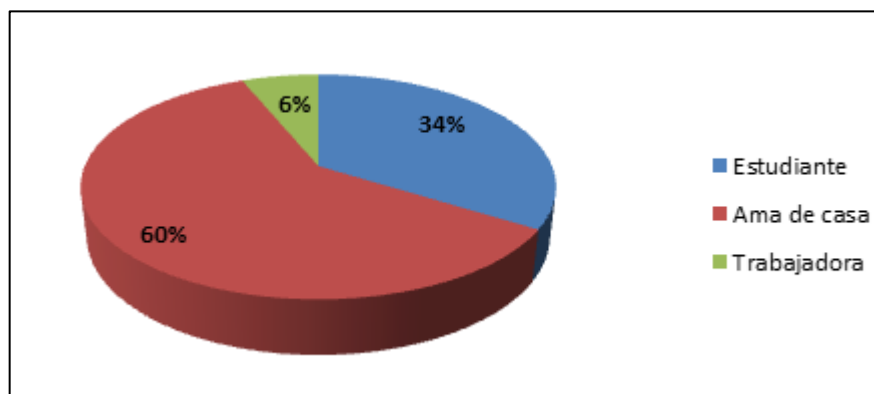
Tabla 4: Ocupación

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Estudiante	65	34%
2	Ama de casa	115	29%
3	Trabajadora	12	37%
	Total	192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 4: Ocupación



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las adolescentes encuestadas manifestaron que su ocupación corresponde al 60% como amas de casa, 34% estudian y el 6% realiza algún tipo de oficio

Esto indica que la mayoría de las adolescentes que se encuentran embarazadas, han abandonado sus estudios.

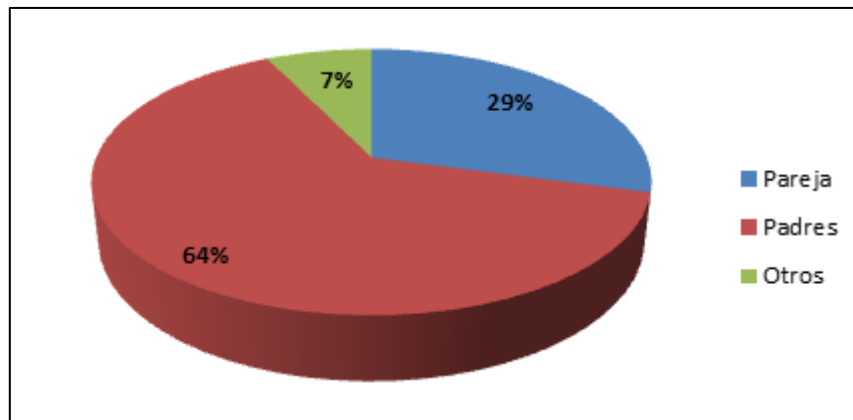
Tabla 5: Convivencia

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Pareja	56	23%
2	Padres	122	50%
4	Otros	14	15%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 5: Convivencia



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las adolescentes encuestadas manifestaron en un 64% vivir con sus padres, 29% con la pareja, y el 7% vive con otros familiares.

Esto muestra la realidad socio-cultural que las adolescentes necesitan más apoyo de sus padres y su familia, porque se verificó que no todas reciben el respaldo de sus padres quienes son un pilar fundamental en su vida.

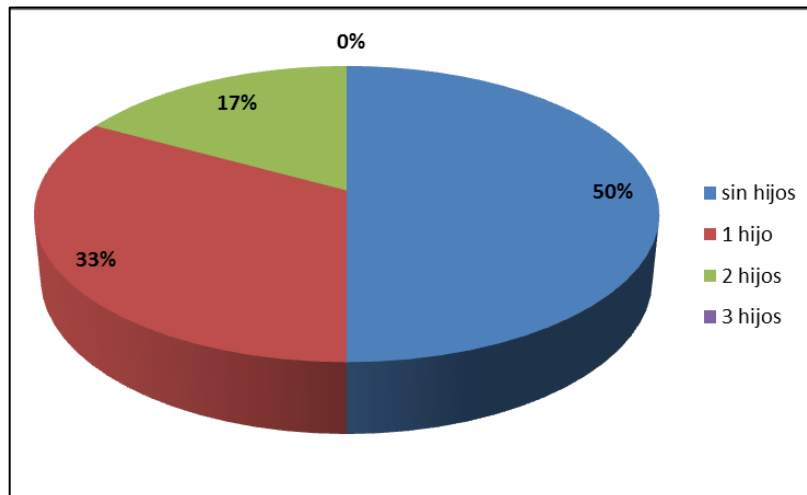
Tabla 6: Número de hijos

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	0	99	50%
2	1	51	33%
3	2	29	17%
4	3	13	0%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 6: Número de hijos



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las adolescentes manifestaron en un 50% son primerizas, el 33% tienen un hijo anterior y el 17% dos hijos, una minoría que no alcanza a promediar el 1% tienen 3 hijos.

Esto demuestra que la mitad de las adolescentes embarazadas son primerizas, y el restante ha tenido partos previos.

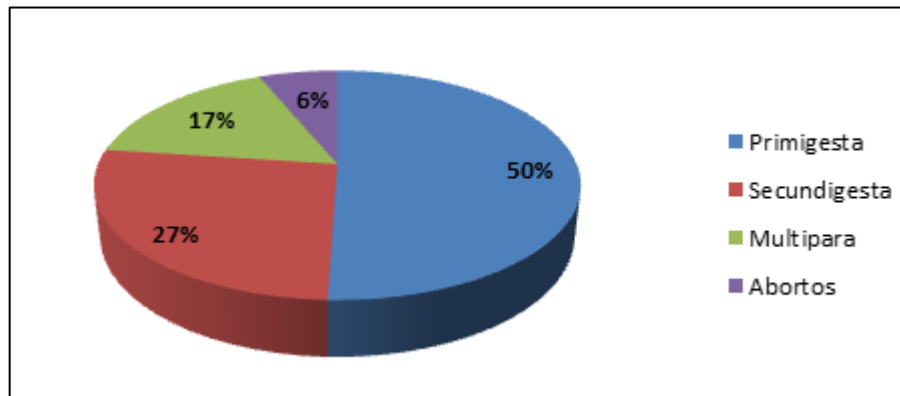
Tabla 7: Condición gestacionaria

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Primigesta	97	50%
2	Secundigesta	51	27%
3	Múltipara	32	17%
4	Abortos	12	6%
		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 7: Condición gestacionaria



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

La condición gestacionaria de las adolescentes, se encontró que el 50% es primigesta, 27% secundigesta, 17% múltipara, y un 6% han tenido abortos.

Un gran porcentaje de las adolescentes, han tenido experiencias de embarazos anteriores y abortos.

3.3.3.2 Datos Informativos

¿Recibes el apoyo de tu pareja en el transcurso del embarazo?

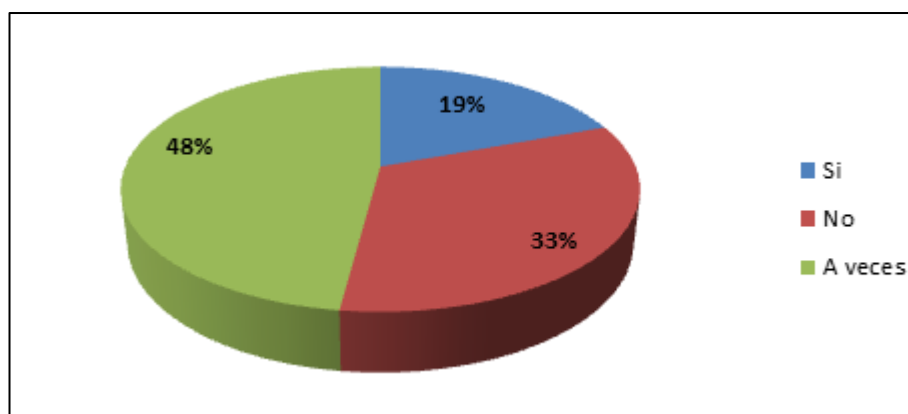
Tabla 8: Apoyo de la pareja

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	37	19%
2	No	63	33%
3	A veces	92	48%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 8: Apoyo de la pareja



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

En el resultado de las encuestas, se encontraron que el 48% manifestó que a veces recibe ayuda de su pareja, el 19% si recibe ayuda del progenitor y el 33% no la recibe.

Esta es una realidad socio-económica y afectiva, la mayoría de los progenitores, no cumplen a cabalidad con la responsabilidad paterna.

¿Recibes el apoyo de tus padres en el transcurso del embarazo?

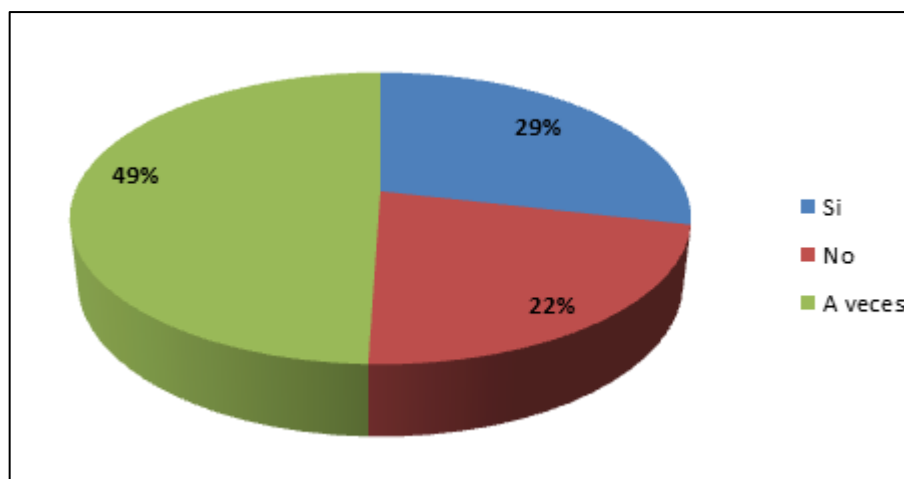
Tabla 9: Apoyo de los padres

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	55	29%
2	No	42	22%
3	A veces	95	49%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 9: Apoyo de los padres



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las encuestas reflejaron que el 49% de las encuestadas, recibe ayuda parcial de sus padres, solo en algunas ocasiones, el 29% es constante y el 22% declaró no tener la ayuda de ellos.

Esto manifiesta una realidad, que las adolescentes no siempre reciben el apoyo incondicional de las familias, que le pueda dar sustento, seguridad y confianza para enfrentar el reto de su maternidad.

¿Cuál es la persona o personas de quien más recibes ayuda en tu embarazo?

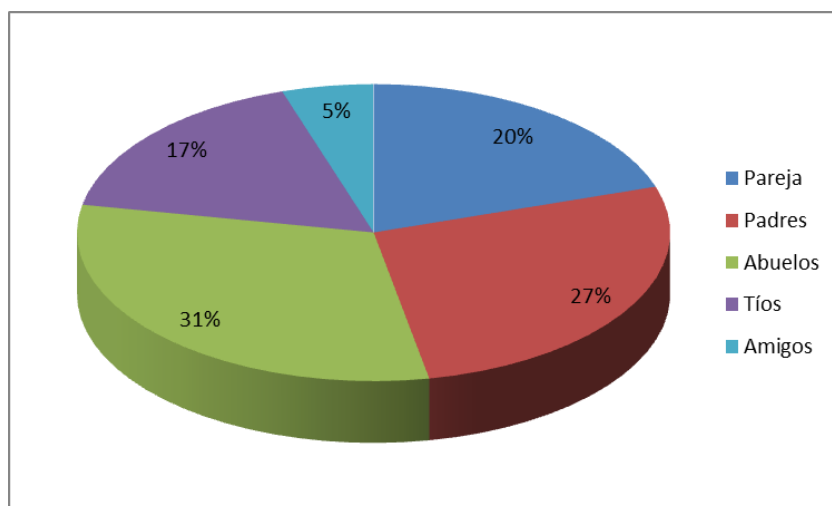
Tabla 10: Ayuda a la adolescente

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Pareja	42	20%
2	Padres	123	27%
3	Abuelos	14	31%
4	Tíos	9	17%
5	Amigos	4	5%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 10: Ayuda a la adolescente



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las adolescentes encuestadas afirmaron que en un 64% recibe ayuda de padres, 22% de la pareja, 7% de abuelos y 5% de tíos y 2% amigos.

Las adolescentes no cuentan con un apoyo incondicional al 100% de las personas que son parte de su familia, se conoció que mucha son reciben ayuda de su pareja, la mayoría de ellas al enfrentarse ante un embarazo son

rechazadas en el seno familiar, lo cual causa consecuencias en la autoestima, resentimiento, depresión, entre otros aspectos psicológicos.

3.3.3.3 Medición de la calidad del servicio

¿Recibe usted información sobre el control, avances y los cuidados que debe tener en su embarazo, cuando asiste a consulta en el Hospital León Becerra?

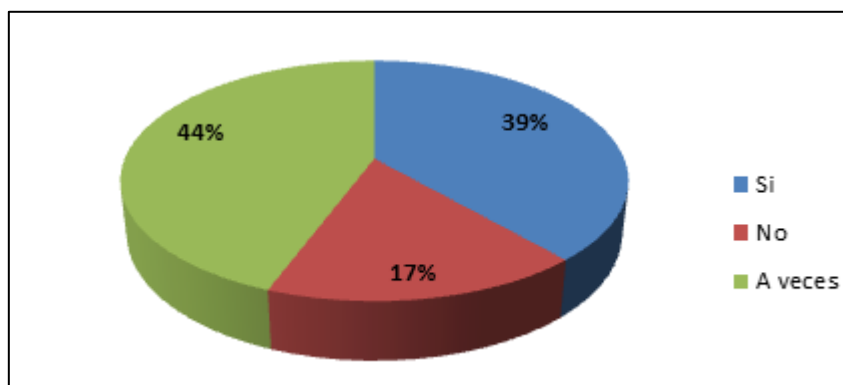
Tabla 11: Información

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	74	39%
2	No	33	17%
3	A veces	85	44%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 11: Información



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las encuestas reflejan que el 39% si recibe información adecuada sobre control, avances y cuidados del embarazo, 44% manifestó que solo a veces y el 17% dijo que no recibe esta información.

Muchas de las adolescentes, llegan desorientadas, llenas de preguntas e inquietudes, no saben comunicarse y no reciben por lo tanto, toda la información necesaria para llevar a cabo un embarazo saludable y sin complicaciones.

¿Siente confianza ante el médico que le atiende su embarazo?

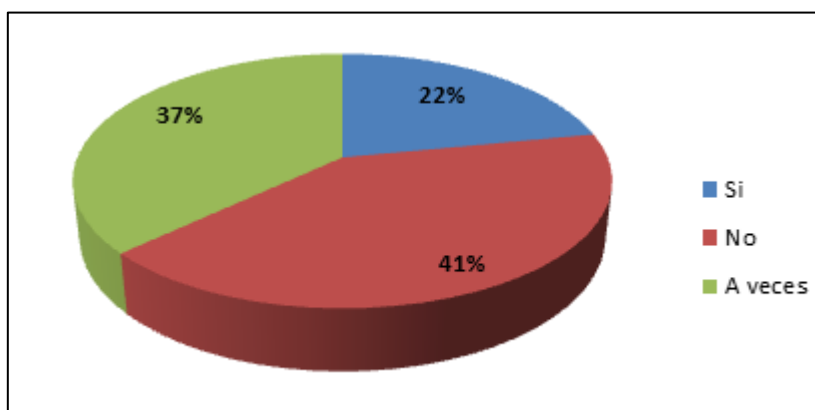
Tabla 12: Confianza

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	42	22%
2	No	79	41%
3	A veces	71	37%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 12: Confianza



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las encuestas indicaron que el 41% de las encuestadas no tiene confianza plena con su médico tratante, el 37% manifestó que solo a veces y el 22% no la tiene.

Ellas necesitan un médico en quien confiar y que les brinde la oportunidad de comunicación y expresión de sus inquietudes para el seguimiento de su embarazo.

¿Considera que por ser adolescente recibes un trato diferente al resto de las mujeres adultas embarazadas?

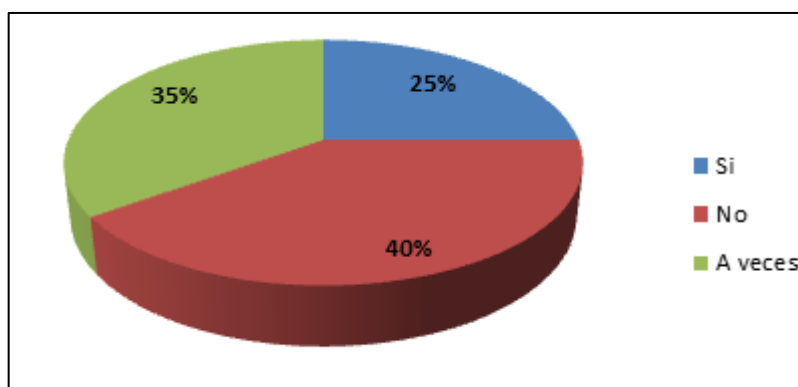
Tabla 13: Trato

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	48	25%
2	No	77	40%
3	A veces	67	35%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 13: Trato



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las encuestas reflejan que el 40% de las encuestadas no consideran recibir ningún trato en especial, el 35% indicó que a veces y el 25% si consideró que lo recibe.

Las adolescentes tienen que ser tratadas como lo merece toda mujer gestante, sin embargo su condición de menor, representa mayor comprensión, diálogo y orientación.

¿Te gustaría que el Hospital les brinde orientación y capacitación sobre cómo llevar el control y cuidados en el embarazo de las adolescentes?

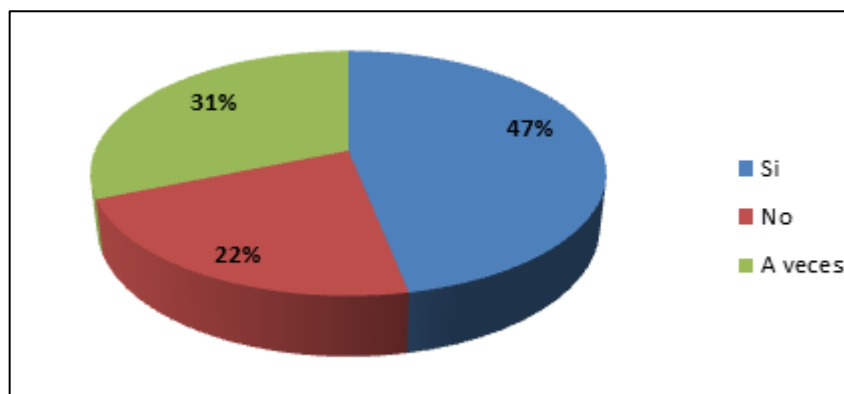
Tabla 14: Orientación y capacitación

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	90	47%
2	No	42	22%
3	A veces	60	31%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 14: Orientación y capacitación



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las encuestas reflejan que al 47% le gustaría que en el hospital se les de orientación y capacitación para llevar sus controles y cuidados en el embarazo, el 31% manifestó que a veces y el 22% no le dio importancia a esta necesidad.

En realidad todas las adolescentes gestantes, necesitan orientación, debido a que por la falta de ella han tenido un embarazo precoz, muchas veces no planificado o deseado, pero que lo completan porque están conscientes que ellas son responsables de sus acciones.

¿Te gustaría participar en programas y eventos para recibir orientación sobre el embarazo y planificación familiar?

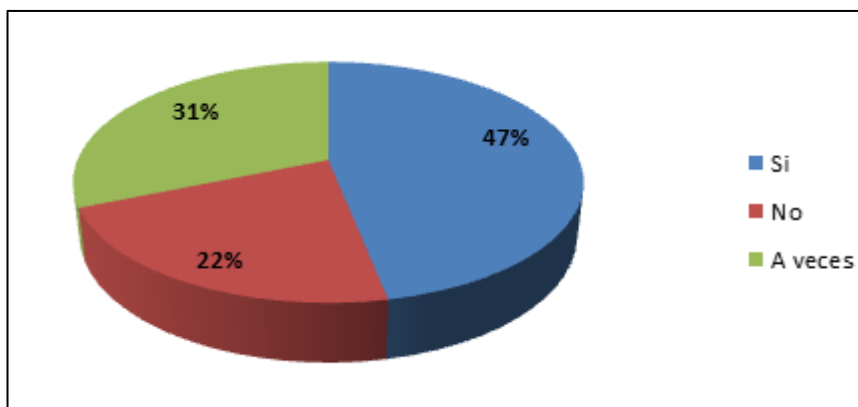
Tabla 15: Participación en programas y eventos

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	90	47%
2	No	42	22%
3	A veces	60	31%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 15: Participación en programas y eventos



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

El resultado de las encuestas reflejan que al 47% de las adolescentes gestantes le gustaría participar en programas y eventos para sentirse integradas, orientadas y comprendidas, el 31% manifestó que solo a veces y el 22% indicó que no le gusta participar en este tipo de eventos.

En realidad, muchas de las adolescentes se sienten solas e incomprendidas, este tipo de eventos les permite integración y fortalecimiento de la autoestima.

Les guiará a llevar su embarazo y a conocer sobre planificación familiar, para que ellas puedan decidir en qué tiempo y cuántos hijos tener.

¿Consideras que se necesitan realizar programas de integración de los padres y pareja de la adolescente embarazada, para que ella sienta el respaldo y apoyo de su familia?

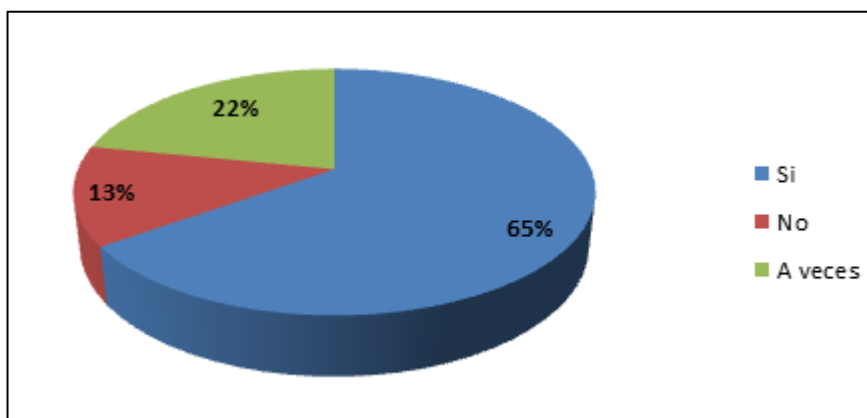
Tabla 16: Integración de padres y pareja

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	125	65%
2	No	25	13%
3	A veces	42	22%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 16: Integración de padres y pareja



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

La población de adolescentes gestantes, manifestaron en un 65% que si es necesario realizar programas de integración de los padres y pareja, el 22% a veces y el 13% no lo considera necesario.

La mayoría de las adolescentes embarazadas provienen de familias disfuncionales, en las cuales predomina la desintegración familia, violencia, divorcios, migración, integrar a la familia en el embarazo adolescente se constituye en un gran reto para brindar una atención integral.

¿Crees necesario que se cree un departamento de atención integral para la adolescente embarazada dentro del Hospital León Becerra?

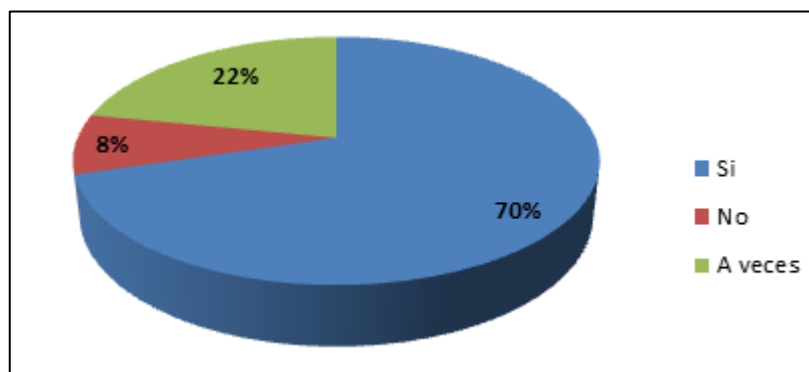
Tabla 17: Atención integral

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Si	135	70%
2	No	15	8%
3	A veces	42	22%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 17: Atención integral



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

La población de adolescentes gestantes, manifestaron en un 70% que si es necesaria la incorporación de un departamento de atención integral, el 22% a veces y el 8% consideró que no.

Las adolescentes necesitan no solo un control pre y post-natal, necesitan un lugar que les permita un sano desarrollo psicológico para enfrentar la dura tarea de ser madre a edad temprana.

3.3.3.4 Calificación general del servicio

Tiempo de atención

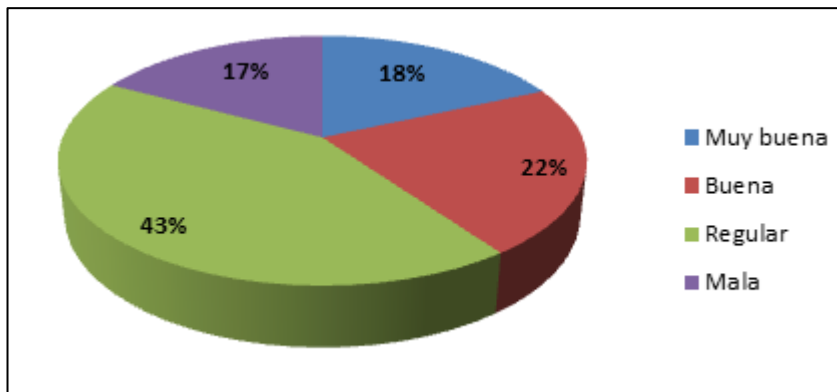
Tabla 18: Tiempo de atención

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Muy buena	35	18%
2	Buena	42	22%
3	Regular	82	43%
4	Mala	33	17%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 18: Tiempo de atención



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

La población encuestada manifestó en un 43% que el tiempo de atención del servicio de consulta es regular, el 22% la califica como buena, 18% muy buena y el 17% expresó que es mala.

Se puede afirmar que la totalidad de los hospitales de servicio público tienen como debilidad en el tiempo de atención, es de conocimiento general que, la mayoría de los usuarios y pacientes se quejan por la tardanza en el tiempo de atención general y especializada.

Comodidad de las instalaciones

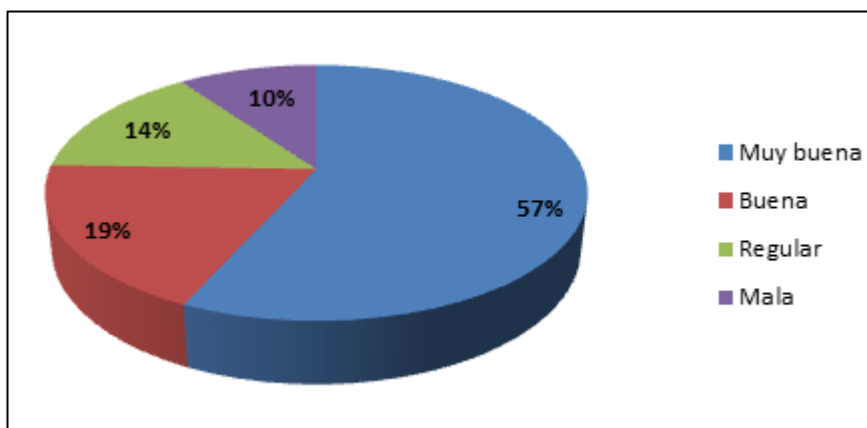
Tabla 19: Comodidad de las instalaciones

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Muy buena	109	57%
2	Buena	36	19%
3	Regular	28	14%
4	Mala	19	10%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 19: Comodidad de las instalaciones



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

La encuesta refleja que la mayoría de las encuestadas califican en un 57% la comodidad de las instalaciones como muy buena, el 19% buena, 14% regular y el 10% mala.

Siempre existe una minoría inconforme, sin embargo, el Hospital León Becerra, está considerado como uno de los de mejor equipamiento con tecnología de punta e instrumentos adecuados para brindar el mejor servicio hospitalario del sector.

Calidez en la atención

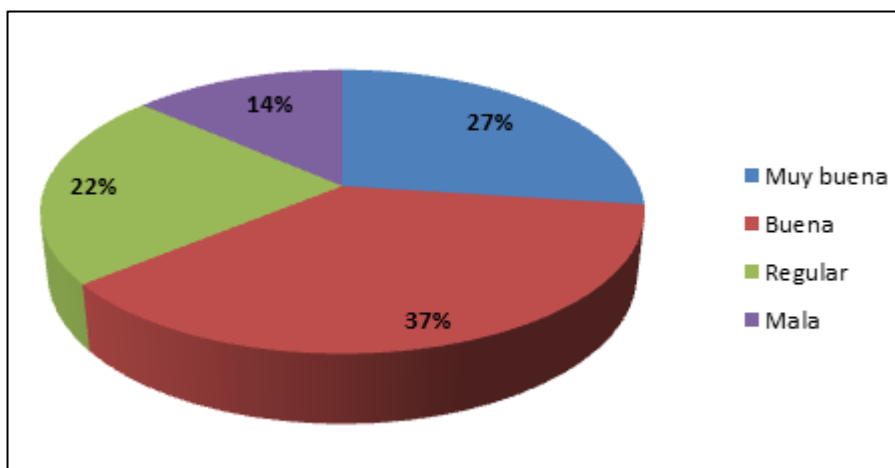
Tabla 20: Calidez en la atención

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Muy buena	52	27%
2	Buena	71	37%
3	Regular	43	22%
4	Mala	26	14%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 20: Calidez en la atención



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

La población encuestada manifestó calificó a la calidez de la atención en un 37% como buena, 27% muy buena, 22% regular y el 14% mala.

La dirección de la Institución de Salud, junto con el gobierno de turno, se encuentra en constante preocupación de capacitar a los funcionarios del servicio médico a brindar una atención especializada, profesional, de calidad y calidez a todos los pacientes.

Sin embargo la mayoría de las encuestadas le dieron una calificación de buena al considerar calidez en la atención.

Eficacia⁶⁶

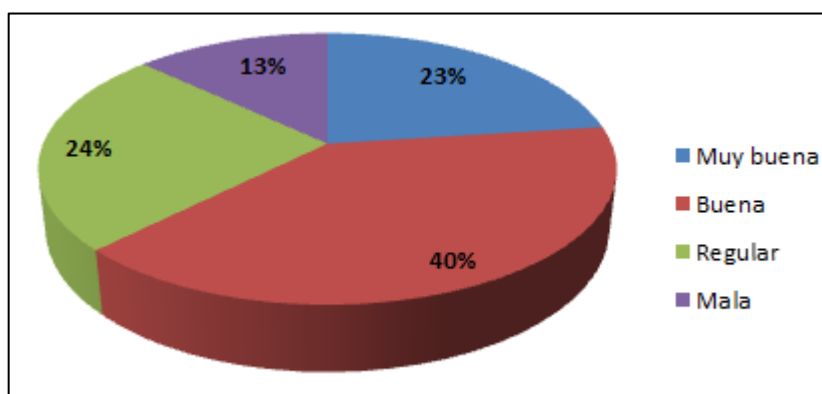
Tabla 21: Eficacia

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentajes
1	Muy buena	44	23%
2	Buena	76	40%
3	Regular	47	24%
4	Mala	25	13%
Total		192	100%

Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Gráfico estadístico 21: Eficacia



Fuente: Adolescentes embarazadas en consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, Nov.-Dic. 2011.

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Análisis:

Las adolescentes encuestadas calificaron la eficacia del servicio con el 40% como buena, 24% regular, 23% muy buena y 13% mala.

Es decir, que el servicio es considerado eficaz en su mayoría, aunque la población no lo haya calificado en un 100% satisfactorio en esta cualidad.

⁶⁶ Se les explicó previamente el concepto de eficacia a las adolescentes para que de esta manera les fuera posible evaluar la eficacia en la atención

3.3.4 Resumen de los resultados.

Luego de realizado el trabajo de campo a través de las encuestas, se observó que dentro del reflejo comportamental o de actitudes de las adolescentes, existe una gran necesidad de orientación, su pensamiento sobre la vida se muestra sin proyecciones o expectativas hacia al alcance de un futuro mejor, en algunas ocasiones el trabajo de la encuesta presento dificultad al considerar que la adolescente no tomaba importancia al contestar alguna alternativa en los ítems planteados, en donde se tuvo que realizar una conversación orientadora para interiorizar la importancia y necesidad que existe de conocer sobre su embarazo y poder crear un programa de ayuda para asistencia integral de las adolescentes en gestación.

Se obtuvo que la edad de prevalencia de embarazos en adolescentes se encuentran entre los 17 a 19 años con el 45%, seguido de las adolescentes entre los 14 a 16 años con el 35%, la minoría corresponde a las adolescentes entre 10 a 13 años con el 20%.

Muchas de ellas se encuentran en una relación de pareja en condiciones de unión libre, algunas tienen hijos anteriores de diferentes personas, es decir, existe desorientación y compromiso de cuidar evitar embarazos de las personas con quien mantiene relaciones, es decir que en su mayoría las adolescentes son madres solteras.

Las adolescentes encuestadas manifestaron que su ocupación corresponde al 60% como amas de casa, no consideran el estudio como algo importante, más bien limitante por el hecho de tener hijos, se dedican a criarlos y procrearlos como una ocupación que puesto en alto sus aspiraciones personales, no ven al estudio como una buena opción por el momento.

Esto indica que la mayoría de las adolescentes que se encuentran embarazadas, han abandonado sus estudios.

Las adolescentes encuestadas manifestaron en un 64% vivir con sus padres, 29% con la pareja, y el 7% vive con otros familiares.

El resultado de las encuestas se conoció que el 50% son primerizas, el otro 50% ya tienen otro número de hijos, por lo tanto la mitad de ellas son primigestas, existe un porcentaje que además han tenido historial de abortos.

La mayoría de las adolescentes reciben ayuda de sus padres, las parejas casi no ayudan a la adolescentes, algunas son abandonadas por ellos, otros solo las utilizan y las embarazan, es una dura realidad para estas niñas que viven un embarazo como algo normal para algunas y otras como una mala experiencia, esto muchas veces genera el peligro de que tomen decisiones equivocadas como el aborto.

Esto manifiesta una realidad, que las adolescentes no siempre reciben el apoyo incondicional de las familias y de los progenitores de sus hijos, que le pueda dar sustento, seguridad y confianza para enfrentar el reto de la maternidad, esto crea consecuencias y problemas psicosociales como baja autoestima, resentimiento, entre otros.

En cuanto al indicador del nivel de cuidados e información adecuada sobre el embarazo, se comprobó que la mayoría no considera recibir esta asistencia adecuada en el control prenatal, debido a que muchas de las adolescentes, llegan desorientadas, llenas de preguntas e inquietudes, no saben comunicarse y no reciben por lo tanto, toda la información necesaria para llevar a cabo un embarazo saludable y sin complicaciones, necesitan personal médico y de enfermería que les brinde la oportunidad de comunicación y expresión de sus inquietudes para el seguimiento de su embarazo. Su condición de menor de edad, representa un trato personalizado, brindando orientación, comprensión, en el diálogo dentro del control prenatal.

Se comprobó la importancia y necesidad de la creación de programas educativos de orientación, en primera instancia para evitar el embarazo no deseado, por medio del uso de métodos anticonceptivos y para llevar control y cuidados en el embarazo y evitar posibles riesgos o complicaciones.

La comunidad de adolescentes embarazadas necesita ser reintegrada a la comunidad que pertenece, motivándoles al estudio y capacitación y no ver el rol de madre como una limitación al cumplimiento de sus sueños y aspiraciones, puesto que muchas de las adolescentes se sienten solas e incomprendidas, este tipo de eventos les permite integración y fortalecimiento de la autoestima.

La mayoría de las adolescentes embarazadas provienen de familias disfuncionales, en las cuales predomina la desintegración familia, violencia, divorcios, migración, integrar a la familia en el embarazo adolescente se constituye en un gran reto para brindar una atención integral, ellas aspiran a que

se las atiende con un trato preferencial y de apoyo psicológico para enfrentar la maternidad temprana.

La dirección de la Institución de Salud, junto con el gobierno de turno, se encuentra en constante preocupación de capacitar a los funcionarios del servicio médico a brindar una atención especializada, profesional, de calidad y calidez a todos los pacientes, se calificó como buena la calidez en la atención y eficacia del servicio a la embarazada en el hospital León Becerra de Milagro.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA

4.1 Título de la propuesta

Plan de acción integral materna para adolescentes embarazadas, de la consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro.

4.2 Justificación

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos que se presentan muy frecuentemente dentro de la atención de la consulta externa del Hospital “León Becerra” de Milagro; para ellas y sus familiares se constituyen en experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. Desde esta perspectiva el embarazo en una adolescente constituye un problema individual, familiar, social, de salud y del estado, los adolescentes por lo general no planifican su vida sexual, llegan a un extremo que no pueden controlar sus impulsos y acaban practicando relaciones sexuales riesgosas, debido a la alta probabilidad de embarazo.

Los adolescentes por lo general llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros y muchos de ellos inician su actividad sexual antes de cumplir la mayoría de edad. El embarazo en adolescentes no solo representa un problema de salud pública por los riesgos que conlleva para la madre y el hijo, sino también tiene repercusión en el área social y económica dado que implica muchas veces el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza en el sector donde reside la madre y el país.

Aunque las condiciones socioculturales han determinado un aumento considerable de la incidencia del embarazo adolescente en la ciudad de Milagro,

y en el resto del país, su presencia se comienza a ver con mayor frecuencia en todos los estratos económicos de la sociedad.

La propuesta del presente proyecto consistente de un plan de acción integral materna para las adolescentes embarazadas, es importante porque permitirá llevar a buen término el embarazo y prevenir riesgos de morbi-mortalidad materno infantil y sobre todo disminuir a priori el número de jóvenes embarazadas en la comunidad, pues el propósito de esta atención integral también es de orientar a las madres adolescentes acerca de las formas de prevención de embarazos no planificados o deseados, y evitar que ellas prontamente luego del parto, lleguen a otro embarazo próximo, porque es una situación muy común en la actualidad, a que reorientara su proyecto de vida y demandara nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo integral de las adolescentes.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo General

Diseñar un plan de atención integral para las adolescentes embarazadas en la consulta externa del Hospital León Becerra de Milagro, para orientar sobre el control pre natal, post-parto, puerperio y disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materna infantil.

4.3.2 Objetivos Específicos

- Indagar sobre el conocimiento que tienen las gestantes en el control y cuidados sobre el embarazo.
- Orientar a las adolescentes, en el control prenatal, post-parto y puerperio.
- Brindar calidad y calidez en la atención a la adolescente en gestación.
- Guiar al conocimiento de evitar un futuro embarazo no planificado.
- Planificar actividades de integración de la adolescente con la familia y pareja, con el fin de orientarlos al cuidado de la madre en gestación.

4.4 Análisis FODA de la Consulta Externa

Hospital “León Becerra de Milagro”

Ilustración 14: Análisis FODA

	<p>FORTALEZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacio hospitalario suficiente. • Único hospital para atención pública y gratuita. • Mayor cobertura y demanda 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poco compromiso de Dirección Técnica • Insumos insuficientes • Mala distribución de los recursos. • Poca capacitación y experiencia en manejo de adolescentes embarazadas
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan nacional del buen vivir • Inversión estatal • Acceso a la atención y medicación gratuita • Grupos <u>Ebas</u> 	<p>FO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de métodos de planificación • Visitas comunitarias • Salud Escolar • Adecuación de área para atención adolescentes embarazada 	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de gerencia Hospitalaria • Creación de plan de atención integral para adolescentes embarazadas • Capacitación a equipos multidisciplinarios
<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competencias con establecimientos médicos privados • Falta de tecnología e insumos médicos. • Calidad y Calidez en la atención a la usuaria inadecuada • Desorganización y falta de información de los servicios hospitalarios 	<p>FA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de infraestructura hospitalaria • Adquisición de equipos e insumos médicos • Sensibilización al personal para ofrecer atención integral. 	<p>DA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación de equipos multidisciplinarios, para la atención de adolescentes embarazadas • Directivos comprometidos y con visión gerencial. • Implementación de señalética hospitalaria para mejor orientación del usuario

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Como es posible evidenciar a través del análisis FODA realizado, se recatan estrategias que confirman la necesidad de tener un programa de atención integral para las adolescentes embarazadas e incluir actividades de sensibilización, capacitación, involucramiento de diferentes actores, conformación de equipos multidisciplinarios.

Todos estos hallazgos se han plasmado en el plan de acción integral materna para la adolescente embarazada, sumado a lo que se evidenció en la investigación realizada tanto a las adolescentes que han accedido a los servicios del Hospital, como a los especialistas.

4.5 Plan de acción integral materna para adolescentes embarazadas

El plan de acción integral materna para adolescentes embarazadas se lo ha dividido en las siguientes fases:

- Planificación local
- Capacitación integral
- Sistema de evaluación y control
- Implementación de programa de educación integral en salud para la madre y su hijo
- Adecuación de nueva infraestructura para el programa
- Equipo multidisciplinario

4.5.1 Planificación local

La primera fase del plan propuesto se ha denominado de planificación local en ella se realizarán las siguientes actividades

4.5.1.1 Evaluación estadística

En los registros del Hospital León Becerra y datos de centros y puestos de salud del cantón con el objeto de determinar la magnitud y características del

embarazo adolescente. Con esta actividad se pretende hacer las siguientes determinaciones:

- Sectores del cantón con mayor incidencia de embarazo adolescente
- Caracterización de la adolescente embarazada
- Evaluación del entorno social, familiar y académico de la adolescente embarazada
- Estudio socioeconómico de las adolescentes embarazadas o madres adolescentes en el cantón

Con esto se pretende tener una línea de base que pueda ayudar encaminar acciones de prevención y control del embarazo adolescente, así como determinar la realidad de la adolescente y su localización geográfica dentro del cantón

4.5.1.2 *Inventario de actores sociales*

Esta actividad permitirá identificar diferentes actores sociales, sean estas personas o instituciones, representativas del cantón que puedan y quieran participar en las diferentes actividades que plantea el presente programa

En cuanto a las personas que pueden pertenecer al mismo Hospital, o ser parte de las instituciones identificadas o ser simplemente personas que desean prestar su ayuda al proyecto, se identificarán los promotores de salud que serán parte fundamental de todo el proceso

4.5.1.3 *Convenios interinstitucionales*

Esta actividad está encaminada a la generación de convenios con las diferentes instituciones involucradas y que de alguna manera han expresado su deseo de participar en el programa. Entre los convenios que se han analizado al momento se encuentran:

Universidad Estatal de Milagro: proporcionando ayuda en los siguientes puntos

- Promotores de salud provenientes de su facultad de ciencias de la salud

- Capacitación: al personal del Hospital para mejorar sus indicadores de servicio y calidad en la atención. Así mismo ayuda técnica en el procesamiento de la información estadística que se vaya generando como parte del programa en sus diferentes fases
- Policía: que permita trabajar a los promotores de salud en las zonas de alto riesgo

4.5.2 Capacitación integral

La fase de capacitación es una fase transversal a todo el programa y está encaminada a crear un lenguaje común a todos los participantes internos y externos que formen parte del programa. Las actividades involucradas en esta fase se describen a continuación

Capacitación al personal del Hospital

La capacitación al personal de la institución está encaminada a generar un cambio cualitativo a los procesos de atención de salud en el Hospital y estará principalmente direccionada a todas las personas que de alguna manera trabajen con adolescentes embarazadas. Las temáticas planteadas en primera instancia son:

- Comunicación efectiva
- Servicio al cliente
- Calidez en la atención
- Consejería
- Efectividad y oportunidad en la atención integral

Capacitación a los promotores de salud

Esta capacitación es fundamental en el éxito del proceso debido a que los promotores de salud estarán en el terreno y muy cercanos a las comunidades

con mayor incidencia de embarazos adolescentes. Las temáticas para los promotores de salud, además de generar un lenguaje común entorno a la sexualidad, anticoncepción, embarazo, también integran temas de comunicación, liderazgo, conserjería, entre otros.

Capacitación a los maestros

Este punto también adquiere especial importancia en tanto que los maestros pueden generar la confianza adecuada y servir como punto de apoyo a sus alumnas que estén pasando por un embarazo, por ello su capacitación será similar a la de los promotores de salud.

Charlas

Esta actividad será permanente y se realizará sobre todos los actores e involucrados en el programa, adolescentes, familiares y comunidad en general. Con esta actividad se persigue que se establezca un conocimiento común sobre la sexualidad del adolescente y la manera de como los padres y el entorno deben acompañar a los adolescentes en su vida para poder generar confianza y que se baje la incidencia del embarazo adolescente. Las charlas serán direccionadas de la siguiente manera:

- Charlas a estudiantes de colegios sobre sexualidad, anticoncepción, riesgos del embarazo adolescentes, enfermedades venéreas, entre otros temas
- Charlas a padres de familia sobre sexualidad, anticoncepción, riesgos del embarazo adolescentes, enfermedades venéreas, entre otros temas
- Charlas a padres de familia sobre el acompañamiento a la adolescente embarazada y sus cuidados de salud y nutricionales
- Charlas a comunidades en general con especial énfasis en los lugares de mayor incidencia de embarazo adolescente. sobre sexualidad, anticoncepción, riesgos del embarazo adolescentes, enfermedades venéreas, entre otros temas.

4.5.3 Sistema de evaluación y control

Esta fase consiste en la creación de instrumentos y herramientas que permitan evaluar la atención en el Hospital León Becerra, evaluar y controlar la evolución de la adolescente embarazada y permita servir de acompañamiento en su proceso gestacional y post-gestacional. Asociadas a esta fase se han determinado las siguientes actividades:

4.5.3.1 Evaluación interna

Esta actividad permitirá monitorear la evolución en la calidad de atención del personal del hospital, con especial énfasis en aquellos que trabajan con adolescentes embarazadas. En definitiva el proceso a seguir es el siguiente:

- Elaboración de un instrumento de medición estándar que perdure en el tiempo
- Creación de un indicador de calidad en la atención
- Validación del instrumento
- Muestreo piloto
- Determinación de la frecuencia de la evaluación
- Monitoreo, seguimiento y determinación del indicador con los datos levantados
- Plan de acción

4.5.3.2 Herramienta de seguimiento para adolescentes embarazadas

En esta actividad se generará un instrumento de seguimiento tipo ficha médica que permita valorar de forma integral a la adolescente embarazada y permita tomar acciones efectivas en todo el proceso gestacional e incluso post-gestacional.

El instrumento podrá indicar el estado de salud, anímico, emocional y afectivo de la adolescente, así mismo indicará el estado de sus relaciones con su entorno de

pareja, familiar, social y académico, lo cual permitirá tomar acciones con los promotores de salud o el personal del Hospital.

Esta herramienta trabajará conjuntamente con un call-center para dar mejor seguimiento a los controles que debe tener la adolescente y a su evolución en diferentes áreas que sean catalogadas como prioritarias según su evaluación.

4.5.4 Implementación de programa de educación integral en salud para la madre y su hijo

El programa de educación integral involucra de lleno a las adolescentes embarazadas, desde el mismo instante en que accede a los servicios de salud del hospital, y será un acompañamiento y refuerzo para la nueva madres, donde incluso se podrá involucrar su grupo familiar. Las temáticas serán llevadas a videos y catálogos informativos, pero el peso del trabajo será para los promotores internos del hospital que son los que manejarán las charlas. Las temáticas incluidas en este programa son:

- Cuidados de la madre adolescente
- Nutrición en período de gestación
- Terapia del dolor
- Lactancia y cuidados durante la lactancia
- Nutrición del nuevo ser
- Cuidados para el bebé
- Vacunas y controles

Dentro del programa se analizará también el proyecto de vida de la adolescente con lo cual se incluirá una ayuda psicológica y motivacional del personal del Hospital, para así completar el programa de educación integral de la adolescente.

4.5.5 Adecuación de nueva infraestructura para el programa

El programa de atención integral básicamente incurrirá en dos gastos desde el punto de vista de infraestructura:

- Adecuación de nuevos consultorios de atención ginecológica para adolescentes. Así mismo adecuación de consultorios para acompañamiento psicológico y emocional para las adolescentes que lo requieran
- Implementación de call center, para el monitoreo de los controles a las adolescentes embarazadas

4.5.6 Equipo multidisciplinario

El equipo multidisciplinario que trabajará a fondo con las adolescentes embarazadas y sus respectivas familias está conformado por:

- Médicos
- Enfermeras
- Personal administrativo del Hospital
- Nutricionistas
- Psicólogos
- Educadores/capacitadores
- Personal de call-center y de evaluación de los servicios

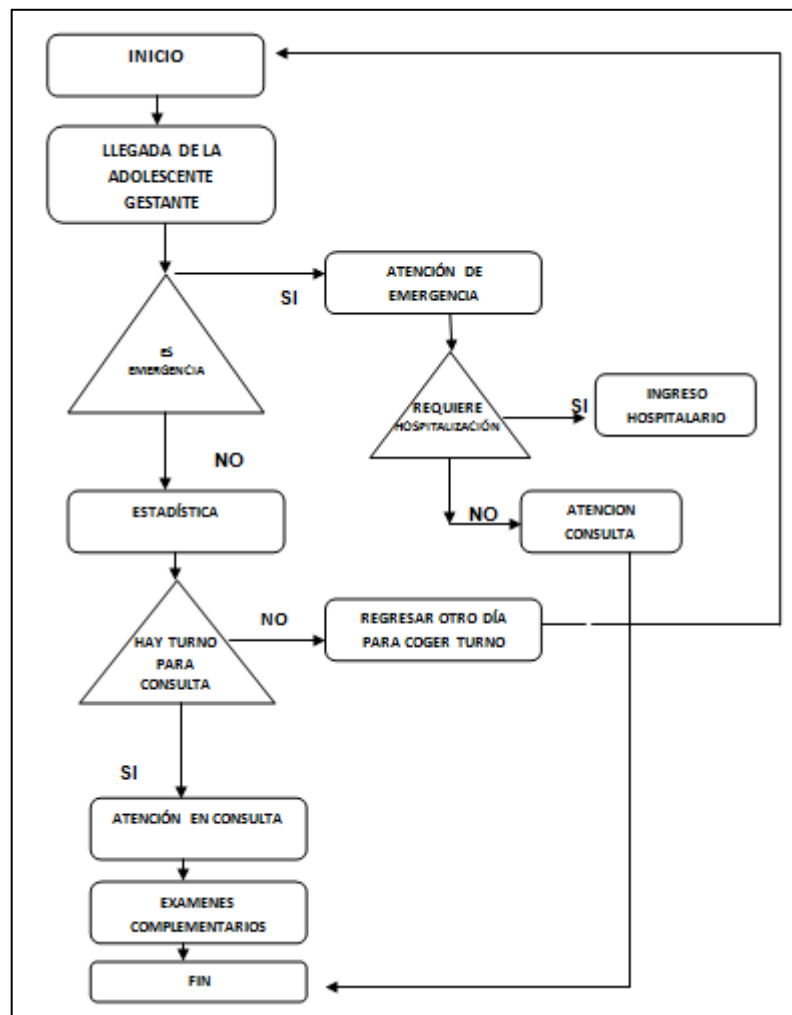
4.6 El proceso de atención

Los procesos que se llevaban a cabo en la organización de la atención general de la adolescente en gestación, ésta era recibida dentro del Hospital sin atención diferenciada, en donde se acercaba de dos modalidades, si era una atención de emergencia acudía a esta dependencia y allí se realiza la valoración si solo necesita consulta o si requiere hospitalización.

En cuanto a la consulta externa las pacientes tenían que madrugar para alcanzar obtener un turno, si no lo tenían dentro del cupo diario, tenían que regresar otro día hasta obtener una consulta.

Si se le otorgaba un turno se le realizaba la consulta y se le enviaba a hacer los análisis para el respectivo control prenatal.

Ilustración 15: Flujoograma de atención anterior (2010 - 2011)



Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

4.6.1 Incorporación del call-center

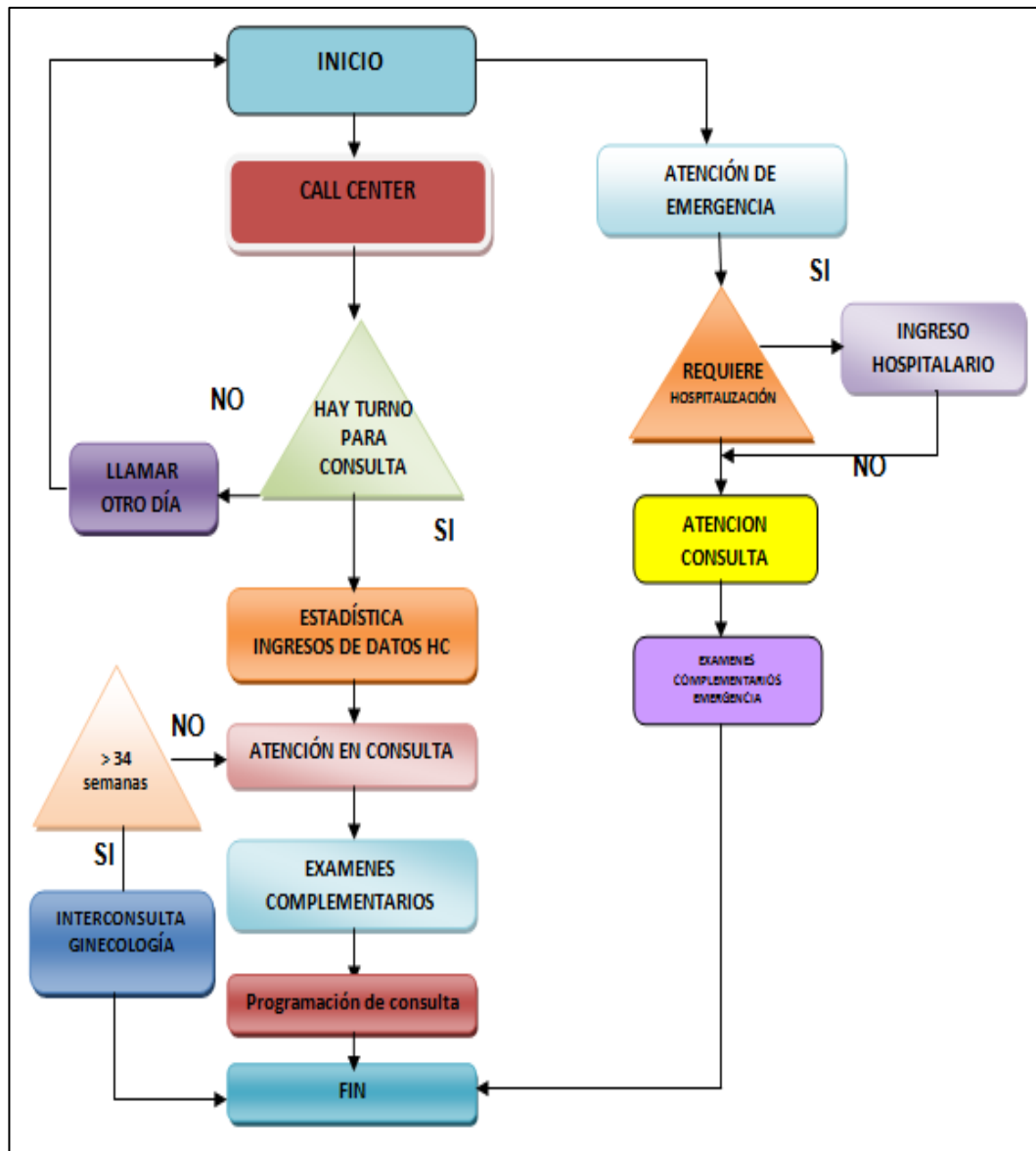
En este flujoograma de atención se encuentra incorporado el servicio del call center, es decir, un sistema para la programación de consultas en el Hospital a través de llamadas telefónicas.

Si la adolescente presenta alguna emergencia esta se presenta directamente en esta área del hospital en donde le atienden según la urgencia y se evalúa si es necesaria la hospitalización.

Si llama al call center entonces se le programa la cita según la disponibilidad, una vez concretada debe llegar con media hora de anticipación a la consulta para ingresar sus datos en el Dpto. de Estadística si es por primera vez y proporcionar sus datos para la apertura de la Historia Clínica.

En la consulta de la gestante se comprueba de forma verbal y física si la adolescente tiene más de treinta y cuatro semanas para derivar la consulta a Ginecología y que el profesional encargado realice todos los procesos para prepararla para el parto.

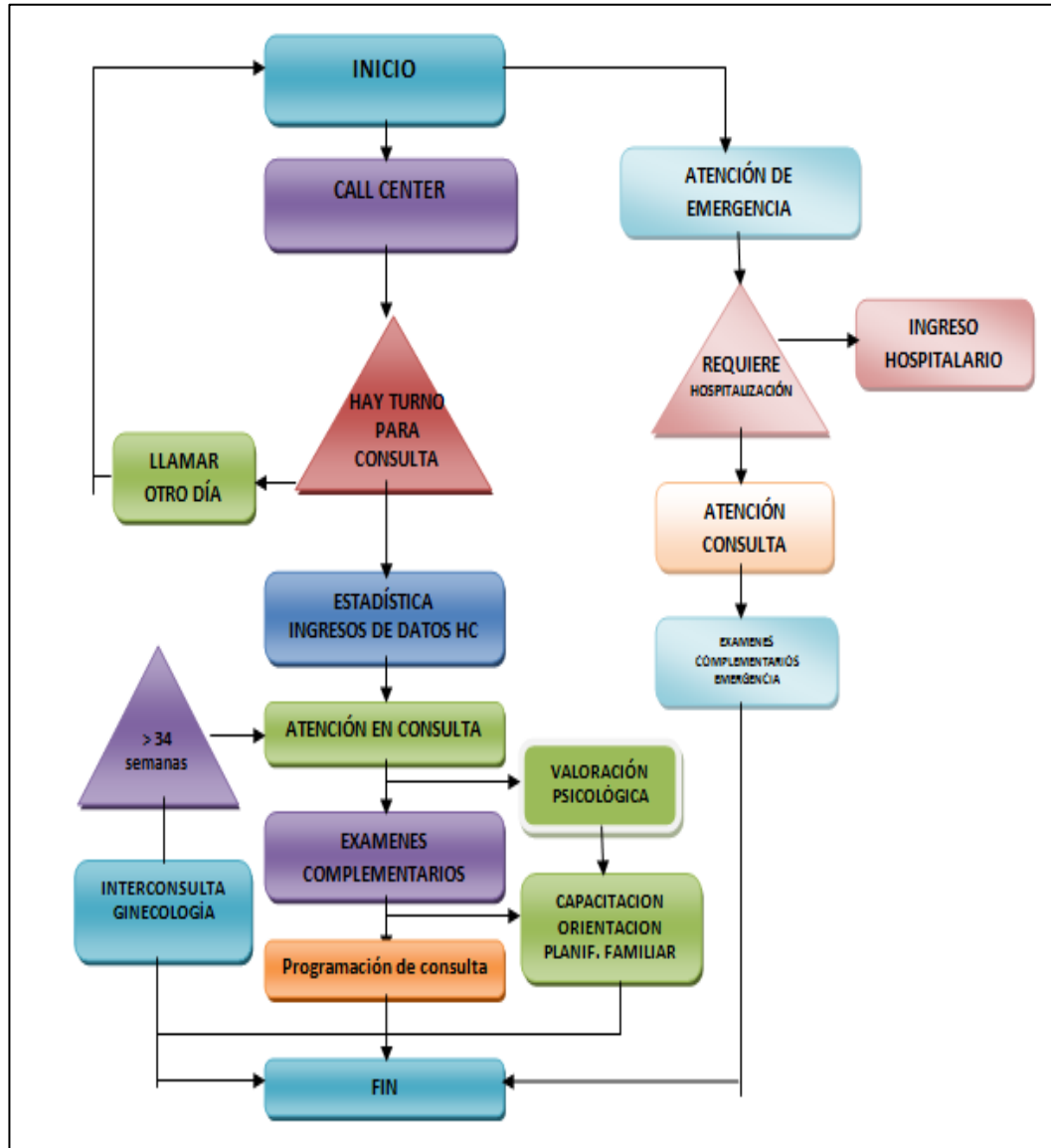
Ilustración 16: Flujograma que incorpora al call-center



Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

4.6.2 El proceso con la propuesta implementada

Ilustración 17: Flujograma del proceso incorporando la propuesta



Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

En este flujograma de atención, el cual es similar al proceso modificado con el Center, con la diferencia de que se agrega un servicio más completo en la consulta para el control prenatal, en donde el médico realizará una pequeña evaluación psicológica conociendo la fragilidad emocional de la adolescente gestante, para que dentro de la consulta se le guíe y capacite para la planificación familiar con pequeños consejos y folletería educativa.

4.7 Aspectos a considerar en la atención integral de consulta externa a una adolescente embarazada

Aspectos de cobertura de la atención integral

- Escuchar las necesidades de la adolescente
- No censurar
- No moralizar
- Dar educación sexual científica sin incluir las creencias morales o religiosas por parte del profesional de la Salud.
- Mirar a la cara de la adolescente cuando le realice la consulta,
- Mostrar gestos amables

Aspectos a explorar en la consulta

- Significado del embarazo para la adolescente
- Significado del embarazo para la familia de la adolescente
- Significado del embarazo para la pareja de la adolescente y su familia
- Manejo de la sexualidad de la adolescente y su pareja
- Planes de la adolescente y su pareja a corto y mediano plazo
- Conocimientos de la adolescente y su pareja acerca de cuidados del hijo o hija
- Conocimientos de la adolescente y su pareja acerca del autocuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio

Guía de apoyo para la atención integral

- No desvalorizar sus sentimientos, para ella son reales
- Mostrarse comprensivo(a) de la situación con gestos amables
- Ser cálido(a) y buscar que se tranquilice
- Utilizar un lenguaje agradable con tonos bajos

- Mostrarle que entendemos lo que le está pasando, que sepa que cuenta con nosotros en ese momento y que se le va ayudar.
- Apoyarla en todo momento.

4.8 Análisis de costos de la propuesta

4.8.1 Presupuesto de gastos

Tabla 22: Detalles de gasto en mobiliario

DETALLE DE MUEBLES			
RUBRO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (\$)	COSTO TOTAL (\$)
Escritorio médico	3	280,00	840,00
Archivadores 4 cajones	3	130,00	390,00
Vitrina panorámica	1	200,00	200,00
Muebles chailones	4	150,00	600,00
Lámparas cuello de ganso	1	175,00	175,00
Mesa ginecológica c/gaveta	3	350,00	1050,00
Tensiómetro rodante	1	189,00	189,00
Balanza con tallímetro	3	429,00	1.287,00
Sillas de espera	24	30,00	720,00
Total			5.451,00

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Tabla 23: Detalles de gasto en suministros médicos

DETALLE DE SUMINISTROS MÉDICOS			
RUBRO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (\$)	COSTO TOTAL (\$)
Espéculos desechables	1000	0,60	600,00
Cajas de laminillas	1000	0,25	250,00
Citocepillos	1000	0,15	150,00
Baja lenguas	1000	0,009	9,00
Guantes de manejo	1000	0,50	500,00
Kit de PAP	1000	1,20	1.200,00
Tensiómetro aneroide	3	6,95	20,85
Estetoscopio Pinard	4	2,50	10,00
Batas para pacientes	500	7,50	3.750,00
Cintia Métrica	4	4,00	4,00
Total			6.493,85

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

Tabla 24: Detalles de gasto en suministros varios

DETALLE DE SUMINISTROS VARIOS			
RUBRO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (\$)	COSTO TOTAL (\$)
Lápices x caja	4	3,00	12,00
Plumas x caja	6	6,00	36,00
Cajas de papel x 10 resmas	1	38,00	38,00
Tarjetas de fichas clínicas	2000	0,10	200,00
Formularios para datos	2000	0,05	100,00
Clips cajas x 10	4	2,50	10,00
Archivadores	10	4,00	40,00
Grapadoras	4	2,50	10,00
Perforadoras	4	2,00	8,00
Multipec de colores x sobres	24	0,50	12,00
Cintas de embalaje	12	1,00	12,00
Gigantografía	10	15,00	150,00
Total			628,00

Elaborado por: Obst. Marjorie Macías C., Dra. Gina Valverde M.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

De acuerdo a la investigación realizada se puede concluir con lo siguiente:

- En la actualidad el embarazo adolescente es considerado como un problema de salud pública, analizado por organismos nacionales e internacionales, no solo por los trastornos orgánicos asociados a la juventud materna, sino por sus implicaciones a nivel socio-cultural y económico, sumado al hecho de que involucra riesgos para la madre y el nuevo ser.
- Las complicaciones del embarazo adolescente para la madre y el bebé guardan relación con diferentes aspectos, como lo son los cambios fisiológicos, sociales y emocionales producto de la etapa adolescente; la edad de la adolescente, el nivel de desarrollo y madurez sexual de la misma y también el entorno en el cual se desenvuelve la adolescente embarazada.
- Existencia de un alto porcentaje de adolescentes embarazadas con índice del 38% en la adolescencia media que oscila entre los 14 a 16 años y de 17 a 19 años con el 43%. Dando como resultado evidente que las adolescentes en este tipo de edad son más vulnerables a embarazarse, aun no teniendo una madurez desarrollada adecuada para su edad.
- Que hay una gran tendencia de tener hijos en condición de solteras y estado civil de unión libre; representando al 77% de adolescentes, donde es clara la falta de valores y principios con un concepto errado de libertad en los tiempos actuales. Reafirma la investigación de la tesis en que se moldean al entorno familiar en que vivieron y adoptan jerarquías de madres ausentes el cual las lleva a seguir con un ciclo aparentemente normal para ellas.
- La mayoría de las adolescentes embarazadas se encuentra en desocupación en calidad de ama de casa, cuidando hijos sin expectativas

o aspiraciones de metas y cambio de estilo de vida, existiendo propensión al incremento de embarazos en las adolescentes.

- La mayoría de las adolescentes que presentan embarazos y una vida sexual activa, son jóvenes que se encuentran en estado de desorientación y propensas a la toma de malas decisiones generadas por su condición de gestante, como son el aborto, drogas, suicidio, entre otras, ante la falta de bajo nivel socio-cultural, necesidades económicas y sobre todo de comprensión, cariño y afecto por parte de sus padres.
- El plan de acción integral para adolescentes embarazadas es un proyecto de gobierno establecido hace algunos años, inclusive con la existencia del espacio físico dentro del Hospital para su realización, debido a la falta de realización de proyectos de esta índole, no se han motivado a la puesta en marcha del mismo.
- El programa es integral y pretende mejorar no solo la calidad de los servicios destinados a las adolescentes embarazadas y su entorno familiar, sino a generar un aporte en la disminución de los índices de embarazo adolescente.
- El programa propuesto contempla un fuerte componente de capacitación a todo nivel, lo cual se considera de suma importancia debido a que la gente cuando tiene mayor capacitación tiene menores errores y a nivel de los actores una mejor capacitación conlleva a un mejor soporte para las adolescentes vulnerables o en zonas con mayor incidencia de embarazo adolescente

Recomendaciones

Luego de expuestas las conclusiones, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Incentivar la asistencia de las adolescentes en consultas de planificación familiar, con el objetivo de lograr una mejor orientación sobre la anticoncepción y fecundidad.
- Fortificar el funcionamiento de los círculos de adolescentes con el objetivo de realizar charlas sobre la anticoncepción y las complicaciones que trae tanto para la madre y el recién nacido el embarazo en la adolescencia.
- Estimar la posibilidad de aplicación de estrategias educativas, como propuesta en los consultorios de atención gineco-obstétrica en el centro de atención integral para las adolescentes y disminuir la incidencia de embarazos en esta etapa de vida.
- Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo dando información adecuada sobre su estado o futuras complicaciones por medio de charlas en cada institución de salud y junto a esto fomentar una integración de la o las personas que influyen directamente en su vida y la de su futuro bebé.
- Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución para así fomentar un vínculo de confianza entre el personal de salud, ya sea este médico tratante, residente, enfermeras e internos.
- Brindar atención integral basada en conocimientos actuales para fortalecer y poder apoyar o mejorar el estilo de vida de las adolescentes por medio de información como medidas preventivas de embarazo, educación sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

- Atención por equipo interdisciplinario (ginecólogo, obstetra, obstétrica, psicólogo, asistente social) en calidad y calidez.
- Se ha observado que la gran mayoría de las adolescentes embarazadas que acuden a esta casa de salud quieren una solución al llamado problema que es su “embarazo” y se sugiere que al momento de la alta médica en el post-parto, se le brinde información realmente clara y accesible a las adolescentes. Queriendo como respuesta satisfactoria a este proyecto de investigación a que se disponga de talento humano para poder ofrecer una atención diferenciada y amigable para adolescentes embarazadas para poder guiar y prevenir las elevadas cifras de embarazos adolescentes.
- Se recomienda que se genere un efecto multiplicador para que todos los hospitales públicos y privados del país implementen este tipo de programas, no solo por cumplir requisitos legales o de control sino que se lo implemente adecuadamente de tal forma que se genere un cambio cuantitativo en las tasas de embarazo adolescente en el largo plazo.
- Se recomienda hacer una evaluación del impacto de esta propuesta luego de dos años de su implementación, lo cual podría ser un trabajo de tesis en lo posterior.

GLOSARIO

Adolescencia: Es una etapa de transición de la infancia a la edad adulta

Anticoncepción: Acción y efecto de impedir la concepción.

Anticonceptivos: Dicho de un medio, de una práctica o de un agente: Que evita la preñez.

Concepción: Acción y efecto de concebir

Control Prenatal: Es el control que toda gestante debe tener para desarrollo del niño dentro del vientre materno, con el fin de preservar la buena salud de la mujer

Disfuncional: Perteneiente o relativo a la disfunción.

Disfunción: Desarreglo en el funcionamiento de algo o en la función que le corresponde.

Embarazo: Es el periodo comprendido desde la fecundación del ovulo por el espermatozoide hasta el momento que se produce el parto.

Fecundidad: Virtud y facultad de producir.

Gestante: Que gesta. Embarazada

Hebiatria: rama de la medicina que estudia al adolescente y sus enfermedades. Esta especialidad estudia al joven desde los diferentes aspectos: biológicos, psíquicos y sociales que influyen en el adolescente normal como también en el que padezca alguna enfermedad.

Hormonas: Producto de secreción de ciertas glándulas que, transportado por el sistema circulatorio, excita, inhibe o regula la actividad de otros órganos o sistemas de órganos.

Inmunoprevenible: enfermedad prevenible por vacunación.

Integral: globalizar un sistema. El término integral implica una comunicación de amplio espectro, que abarca todos los elementos involucrados a fin de sustentar las energías y mantener estables las relaciones para el final de un proyecto. Dicho de cada una de las partes de un todo: Que entra en su composición sin serle esencial, de manera que el todo puede subsistir, aunque incompleto, sin ella.

Intrauterina: Que está situado u ocurre dentro del útero.

Maduración: Acción y efecto de madurar.

Madurar: Adquirir pleno desarrollo físico e intelectual.

Menarquia: Aparición de la primera menstruación.

Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

Operativizar: hacer algo operativo.

Parto: Acción de parir. Culminación del embarazo humano y nacimiento de la criatura que se engendraba en el útero.

Patología: Conjunto de síntomas de una enfermedad.

Prenatal: Que existe o se produce antes del nacimiento.

Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

Primigesta: mujer en su primera gestación.

Postnatal: después del parto. Periodo que comienza después del nacimiento.

Pubertad: Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta.

Puerperio: Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

Riesgo obstétrico: Es una probabilidad de alteración en el equilibrio del estado físico, mental y social de todos los aspectos relacionados con los órganos reproductores. El riesgo obstétrico se entiende como todo factor externo a la mujer, que pueden propiciar complicaciones durante la normal evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan causar alguna alteración en el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

Sanitario: Pertenece o relativo a la sanidad.

Secundigesta: mujer que queda embarazada de su segundo hijo.

Sexualidad: Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, y psicológico-afectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo.

Venéreo: Se dice de la enfermedad contagiosa que ordinariamente se contrae por el trato sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, M. (2003). *Primerizas y Adolescentes, cuando la maternidad llega sin haberla planificado*. Barquisimeto: s.n.
- Alvarez, R., & Lemus, A. (2004). *Salud pública y medicina preventiva*. s.l.: El Manual Moderno.
- Análisis Económico. (2012). El embarazo en adolescentes, un drama que va en aumento en América Latina. *Análisis Económico*, 1-2.
- Ardila, L. (2007). *Adolescencia, desarrollo emocional*. Bogotá: ECOE Ediciones.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Sitio web de la Asamblea Nacional*. Recuperado el 1 de Octubre de 2013, de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Berger, k. (2009). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Carlson, B. (2009). *Embriología humana y biología del desarrollo*. Barcelona: Elsevier Mosby.
- Casanova, M. (2009). *Ser mujer: La formación de la identidad femenina*. México D.F.: UNAM.
- Cegarra, J. (2012). *Los métodos de investigación*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. (2004). *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil*. Quito: CEPAR.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: ediciones Morata.
- Crespo, I., Corral, A., Domenech, E., Font-Mayolas, S., Lalueza, J., Larraburú, I., y otros. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial UOC.
- De la Torre, E. (1988). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Escobar, C., Pino, R., Muñoz, C., Torrent, C., & Bosch, C. (2011). *Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años*. Santiago: Departamento de Planificación y Estudios, INJUV.
- Espinoza, A., & Mejía, G. (2009). Adolescencia. En L. Abreu, *Compendio de Medicina General, Tomo V* (págs. 26-31). México D.F.: Méndez Editores.

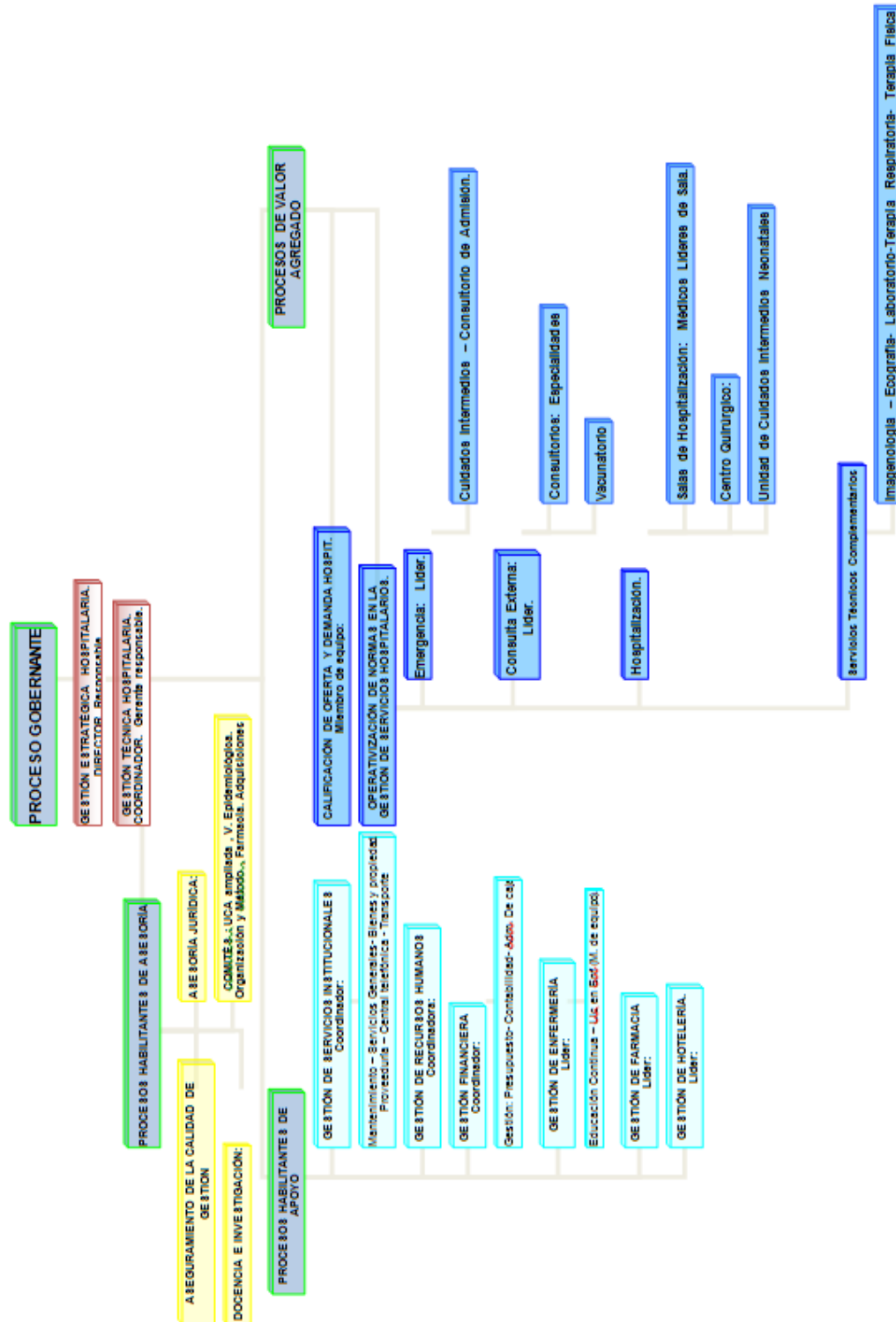
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2004). *Sitio Web de la UNFPA*. Recuperado el 12 de Junio de 2013, de www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9/page5.htm
- Fuentes, M., & Lobos, L. (1994). *Adolescente embarazada*. México D.F.: UNAM.
- Gento, S., & Huber, G. (2012). *La investigación en el tratamiento educativo de la diversidad*. Madrid: UNED.
- Gómez, M., & Grau, J. (2006). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. madrid: Arán ediciones.
- Graczik, K. (2007). *Sitio Web de Advocates for Youth*. Recuperado el 1 de Agosto de 2013, de http://advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/fsmaternal_sp.pdf
- Gruber, C., Tschugguel, W., Schneeberger, C., & Huber, J. (2002). Production and actions of estrogens. *New England Journal of Medicine*, págs. 340-352.
- Guerra, J. (1985). *La sexualidad: Sexo, embarazo y contracepción en la adolescencia*. Barcelona: Montesinos Editor S.A.
- Hernández, R., Baptista, P., & Fernández, C. (2003). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hill, K., Abouzahr, C., & Wardlaw, T. (1995). Estimates of maternal mortality for 1995. *Bulletin of the World Health Organization*, Washington D.C.
- Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. (2012). *Estadísticas del HGOIA*. Recuperado el 20 de Agosto de 2013, de <http://www.hgoia.gob.ec/docs/estadisticas/informe2012/PARTOS-CESAREASYABORTOSPORGRUPOSDEEDAD.pdf>
- index Mundi. (2013). *Sitio web de Index Mundi*. Recuperado el 10 de Junio de 2013, de <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=ec&v=2223&l=es>
- Inhelder, B., & Piaget, J. (Febrero de 1960). The growth of logical thinking. *British Journal of Psychology*, págs. 75-84.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (14 de Febrero de 2012). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2012*. Quito: INEC.
- León, P., Minassian, M., Borgono, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 42-51.
- López, A. (2008). *Cambos en la adolescencia*. Bogotá: Editorial Prensa Libre.
- Magdaleno, M. (1998). *Atención de salud del adolescente: un modelo en el nivel primario de atención en un sector urbano marginal de Santiago de Chile*. Santiago: Corporación de Salud Universitaria.

- Mier, P., & Sierra, T. (2007). *Adolescencia, riesgo total*. México D.F.: Ediciones Centenario.
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (28 de Junio de 2013). *Sitio Web del Ministerio*. Recuperado el 2013, de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-de-planificacion-familiar-y-la-prevencion-del-embarazo-adolescente/>
- Ministerio de Salud Pública. (2007). *Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes*. Quito: MSP.
- Molina, T., Montero, A., Martínez, V., & Leyton, C. (2008). *Comportamientos sexuales y factores de riesgo en adolescentes*. Santiago: CEMERA.
- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México D.F.: Editorial Pax México.
- Morales, C. (2008). *Embarazos en la Adolescencia*. Chiapas: Editorial Vanguardia.
- Municipio de Milagro. (6 de Septiembre de 2011). *Biblioteca virtual del Municipio de Milagro*. Recuperado el 12 de Agosto de 2013, de http://biblioteca.milagro.gob.ec/index.php?title=El_Hospital_Le%C3%B3n_Becerra
- NeoBiología. (2013). *NeoBiología*. Recuperado el 29 de Agosto de 2013, de <http://neobiologia.com/caracteres-sexuales-secundarios/>
- Olausson, P., Cnattinguis, S., & Haglund, B. (2001). teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, págs. 116-121.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas, 1998 - 2000*. s.l.: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *La Salud de los jóvenes, un desafío para la sociedad*. Madrid: Ediciones gráficas Reunidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS*. Recuperado el 20 de Junio de 2013, de <http://apps.who.int/rhl/adolescent/es/>
- organización Panamericana de la Salud. (1991). *Administración estratégica local*. Washintong D.C.: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Salud integral de los adolescentes*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas*. Washington D.C.: OMS.

- (1996). Qué es la adolescencia? En J. Palacios, A. Marchesi, & C. Col, *I. Psicología Evolutiva* (págs. 200-220). Madrid: Alianza Editorial.
- Peroza, K., Querales, F., & Silva, M. (2009). *Calidad de los cuidados de salud dirigido al adulto mayor en la unidad de gerontología "Dona María Pereira de Daza"*. Barquisimeto: Universidad Cetroccidental.
- Poo, A., Baeza, B., Capel, P., Llano, M., Tunna, D., & Zúñiga, D. (2005). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectivas de aolescenttes primigestas e control prenatal. *SOGIA*, 17-24.
- Population Council. (2007). *Elementos inexplorados por la adolescencia en el mundo en desarrollo*. Washington: Ed. Popuklation briefs.
- Prefectura del Guayas. (2013). *Sitio web de la Prefectura*. Recuperado el 12 de Agosto de 2013, de <http://www.guayas.gob.ec/cantones/milagro>
- Prieto, A. (2012). *Sitio web de la Universidad Pedagógica Nacional*. Recuperado el 1 de Agosto de 2013, de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/DirEducCont/Psicologia_Adolesc/Modulo2/Cambios_adolescencia.pdf
- Restrepo, H. (2001). *La promoción de la salud en tiempos de crisis*. Buenos Aires: Editorial Tucumán.
- Ruoti, A. (1994). Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Revista SOGIA*, 70-72.
- Ruoti, M., & Ruoti, A. (1992). *Sexualidad y embarazo en adolescentes*. Asunción: Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud de la Universidad de Asunción.
- Sáenz, I. (1991). *La salud del adolescente y la acción en la comunidad*. Caracas: Publicación M.S.A.S./OMS/OPS.
- Sánchez, J. (25 de Septiembre de 2004). *Orfandades Infantiles y Adolescentes: Introducción a una sociología de la infancia*. Quito: Abya Yala.
- Short, R. (1976). The evolution of human reproduction. *Proceedings of the Royal Society of London*, 3-24.
- Silva, R. (2001). *Módulo instruccional de enfermería de salud mental y psiquiatría*. Los Teques: Editorial Cecilio Acosta.
- Tanner, J. (1975). The relationship of puberty to other maturity. *Symposia of the Society for the Study of Human Biology*, pág. 6.
- Tanner, J. (1989). *Foetus into Man. Physical growth from conception to maturity*. Cambridge: Harvard University Press.
- Trujillo, M. (27 de Septiembre de 2013). El embarazo precoz: no querido pero deseado. *Universitas*, 103-131.

- UNICEF. (2013). *Sitio web de la UNICEF*. Recuperado el 23 de Julio de 2013, de http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetas_informativas/maternidad_segura.pdf
- Velasco, M. (2004). Cambios puberales en el varón y en la mujer. En A. Monroy, *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud* (pág. 6). Editorial Pax México: México D.F.
- Vicuña, H. (2006). *El Milagro de Milagro, un recorrido por su historia*. Milagro: Editorial Quimera.
- VITERI, G. (2007). Situación de la salud en el Ecuador. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*(77).
- Zapata, B. (2008). *Educación para la salud sexual*. Madrid: Editorial Almería S.A.
- Zikmund, W., & Babin, B. (2009). *Investigación de Mercados*. México D.F.: Cengage Learning.
- Zubarew, T. (1993). *Evaluación integral del adolescente sobre oportunidades perdidas de atención*. Washington: OPS.

Anexo 1: Organigrama Institucional del Hospital León Becerra - Área 21



Anexo 2: Fotos de actividades realizadas

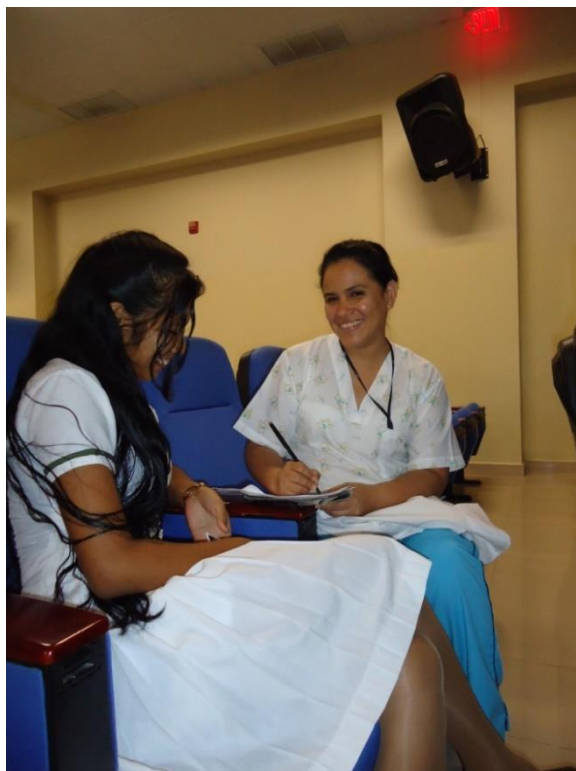
REUNIÓN CON DOBES (DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y BIENESTAR ESTUDIANTIL) DE MILAGRO



DRA. GINA VALVERDE ENCUESTANDO A LAS ADOLESCENTES LUEGO DE LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE EL EMBARAZO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.



OBST. MARJORIE MACÍAS ENCUESTANDO A LAS ADOLESCENTES LUEGO DE LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE EL EMBARAZO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.



CHARLAS SOBRE EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA A LOS ADOLESCENTES EN LOS COLEGIOS



FERIA PARA LA PARTICIPACION DE ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO - ENIPLA (MSP)



Anexo 3: Ficha clínica utilizada para el estudio observacional

Apellidos				Paterno				Materno				Nombres				Número de Historia Clínica				ESTABLECIMIENTO																															
DIRECCIÓN _____																FECHA DE NACIMIENTO																																			
PROVINCIA, CANTÓN, PARROQUIA _____ Código _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/>																____ día ____ mes ____ año																																			
LUGAR DE NACIMIENTO _____ Celular: _____ mensaje <input type="checkbox"/>																																																			
CONSULTA PRINCIPAL								FECHA				EDAD				ACOMPañANTE				ESTADO CIVIL																															
No. _____								____ día ____ mes ____ año				años ____ meses ____				solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>				soltero <input type="checkbox"/>																															
												pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				unión estable <input type="checkbox"/>																																			
																separados <input type="checkbox"/>																																			
1. MOTIVO DE CONSULTA (según adolescente):																MOTIVO DE CONSULTA (según acompañante):																																			
1 _____ 1																																																			
2 _____ 2																																																			
3 _____ 3																																																			
2. ENFERMEDAD ACTUAL																																																			
3. ANTECEDENTES PERSONALES																																																			
PERINATALES normales				CRECIMIENTO normal				DESARROLLO normal				VACUNAS COMPLETAS				ENFERMEDADES CRÓNICAS				ENFERMEDADES INFECCIOSAS				ACIDENTES INTOXICACIÓN				CRUIJA HOSPITALIZACIÓN				USO DE MEDICINAS O SUSTANCIAS				TRASTORNOS PSICOLÓGICOS				MILITATO				JUDICIALES				OTROS			
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Observaciones																																																			
4. ANTECEDENTES FAMILIARES																																																			
DIABETES				OBESIDAD				CARDIOVASC (HTA, cardiopatía, etc)				ALERGIA				INFECCIONES				TRASTORNOS PSICOLÓGICOS				ALCOHOL DROGAS				VIOLENCIA INTRAFAMILIAR				MADRE ADOLESC				JUDICIALES				OTROS											
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>							
Observaciones																																																			
5. FAMILIA																																																			
CONVIVE CON				No				En la casa				En el cuarto				NIVEL DE INSTRUCCIÓN				DIAGRAMA FAMILIAR				6. VIVIENDA																											
madre <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				Padre o sustituto				Madré o sustituto				ENERGÍA ELÉCTRICA																											
padre <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				analfabeto <input type="checkbox"/>								en el hogar <input type="checkbox"/>																											
madrastra <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				prim. incom. <input type="checkbox"/>								fuera del hogar <input type="checkbox"/>																											
padrastro <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				secund./técnico <input type="checkbox"/>								AGUA <input type="checkbox"/>																											
hermanos <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				univ./terciario <input type="checkbox"/>								EXCRETAS <input type="checkbox"/>																											
pareja <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				TRABAJO								NÚMERO DE CUARTOS																											
hijo <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				Padre o sustituto				Madré o sustituto				Observaciones																											
otro <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				ninguno <input type="checkbox"/>				ninguno <input type="checkbox"/>																															
VIVE				en instituc. <input type="checkbox"/>				en la calle <input type="checkbox"/>				solo <input type="checkbox"/>				COMPARTE LA CAMA <input type="checkbox"/>				Ocupación				Percepción familiar del adolescente																											
																Buena Regular Mala No hay relación				Apar. Familiar																															
																				0 - 3 Familias Severamente Disfuncionales																															
																				4 - 6 Familias Mediamente Disfuncionales																															
																				7 - 10 Familias Funcionales																															
Observaciones																																																			

7. EDUCACIÓN		NIVEL No escolariz. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	GRADO CURSO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AÑOS APROBADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS causas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DESERCIÓN EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> causas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN NO FORMAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Cual? _____		
Observaciones										
8. TRABAJO		ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Retiro 11 vez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No y no busca <input type="checkbox"/> Desocupado	EDU. NO. TRABAJO altas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRABAJO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HORAS DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> n/c fin de semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> n/c	TRABAJO LEGALIZADO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TRABAJO INSALUBRE no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO _____	
Observaciones										
9. VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NOVIQA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD GRUPAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DEPORTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas por semana	OTRAS ACTIVIDADES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____				
Observaciones										
10. HÁBITOS		ALIMENTACIÓN ADECUADA suficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TABACO <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> cigarros por día	EDAD INICIO TABACO años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ALCOHOL <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> equivalente a litros de cerveza por semana	EDAD INICIO ALCOHOL años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OTRO TÓXICO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Presencia y tipo _____	
Observaciones										
11. GINECO-UROLÓGICO		MEJORA/ASPERMIA años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN No conoce <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>	ÓCULOS REGULARES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	DIABETES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLÓGICO DEGRADACIÓN PONSANA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FLUJO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Observaciones										
12. SEXUALIDAD		RELACIONES SEXUALES no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> saben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EDAD INICIO REL. SEX. voluntaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN REL. SEX. no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCIÓN <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	CONDÓN <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ABUSO SEXUAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
Observaciones										
13. SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> se conforme <input type="checkbox"/> me preocupa <input type="checkbox"/> me preocupa relación con demás	AUTO PERCEPCIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PROYECTO DE VIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Observaciones										
14. EXAMEN FÍSICO		ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PROB. INFL. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cent. peso/corpo. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DE (IMC) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PIEL Y FANERAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	BOCA Y DIENTES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO Y TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
TÓRAX Y MAMAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CARDIO-PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PRENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GENITO-URINARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TANNER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		
Observaciones										
15. DIAGNÓSTICO - CIE										
16. INDICACIONES E INTERCONSULTAS										
Responsable _____									Fecha próxima visita _____	

Anexo 4: Cuestionario para la encuesta a las adolescentes embarazadas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE
ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL LEÓN BECERRA DE MILAGRO**

Objetivo: Determinar las necesidades que tienen las adolescentes en estado de gestación en cuanto a la atención integral que reciben en el área de Ginecología de la Consulta Externa del Hospital León Becerra de Milagro.

ENCUESTA No. 1

1. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____
Sector: _____

(Marcar con una X) Escolaridad: Escuela _____ Colegio _____ No
estudia _____

2. DATOS GENERALES. (Marcar con una X)

Estado civil.: Soltera: _____ Unión libre: _____ Casada: _____ Separada:

Ocupación: Ama de casa: _____ Estudiante: _____ Trabajadora: _____

Vive con: Pareja o esposo: _____ Padres: _____ Sola: _____
Otros: _____

Nº de hijos _____ 1º embarazo: _____ Embarazos anteriores

Abortos: _____

3. DATOS INFORMATIVOS (Marcar con una X)

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

¿Fueron Voluntarias?

Sí _____ No _____

¿Has usado algún método anticonceptivo?

Si _____ No _____ Cual _____

¿Quedaste embarazada en tu primera relación?

Sí _____ No _____

¿Te han hablado de sexualidad?

Si _____ No _____ Quien _____

¿Has consumido droga o alcohol?

Si _____ No _____ Cual _____

¿Existe violencia o acoso sexual intrafamiliar?

Si _____ No _____ Quien _____

¿Estudias?

Si _____ No _____ Porque _____

¿Trabajas?

Si _____ No _____ Donde _____

¿De tu familia o amigos cercanos alguno tuvo un embarazo ante de los 20 años?

Si _____ No _____ Quien _____

De quien recibes apoyo durante tu embarazo?

Pareja _____ Padres _____ Abuelos _____ Suegros _____

2. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

¿Recibe usted información sobre el control, avances y los cuidados que debe tener en su embarazo, cuando asiste a consulta en el Hospital León Becerra?

Si _____ No _____ A veces _____

De ser negativa la respuesta decir el motivo. _____

¿Siente confianza ante el médico que le atiende su embarazo?

Si _____ No _____ A veces _____

De ser negativa la respuesta decir el motivo.

¿Considera que por ser adolescente recibes un trato diferente al resto de las mujeres adultas embarazadas?

Si _____ No _____ A veces _____

¿Te gustaría que el Hospital les brinde orientación y capacitación sobre cómo llevar el control y cuidados en el embarazo de las adolescentes?

Si _____ No _____ A veces _____

¿Te gustaría participar en programas y eventos para recibir orientación sobre el embarazo y planificación familiar?

Si _____ No _____ A veces _____

¿Consideras que se necesitan realizar programas de integración de los padres y pareja de la adolescente embarazada, para que ella sienta el respaldo y apoyo de su familia?

Si _____ No _____ A veces _____

¿Crees necesario que se cree un departamento de atención integral para la adolescente embarazada dentro del Hospital León Becerra?

Si _____ No _____ A veces _____

CALIFICACIÓN DEL SERVICIO

Tiempo de Atención.

Muy Bueno_____ Bueno_____ Regular_____ Malo_____

Comodidad

Muy Bueno_____ Bueno_____ Regular_____ Malo_____

Calidez de la atención

Muy Bueno_____ Bueno_____ Regular_____ Malo_____

Eficacia

Muy Bueno_____ Bueno_____ Regular_____ Malo_____

Precios

Muy Bueno_____ Bueno_____ Regular_____ Malo_____