

**EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS): PROBLEMÁTICA DE
INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

MILEYDI BAYONA CONTRERAS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2011

**EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS): PROBLEMÁTICA DE
INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

MILEYDI BAYONA CONTRERAS

**Trabajo de grado como requisito para optar al título de
Trabajadora social**

Directora:

ADRIANA VEGA MARTINEZ

Trabajadora social

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2011

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a mi madre, Nelly Contreras Jácome, por haberme dado la vida y enseñarme con su ejemplo que se debe ser optimista y luchador para afrontar las dificultades que la vida nos coloca, situaciones que nos hacen grandes, así mismo el disfrutar los momentos con alegría y sencillez.

Té voy a extrañar cada día de mi vida pero tengo confianza en Dios, nuestro señor, quien me llenará de fortaleza para continuar el camino y tenerte siempre en nuestros recuerdos

AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar, quiero agradecerle a DIOS por darme las fuerzas
cada día para salir adelante,*

*A mis padres que me dieron la vida y con su amor me educaron
para ser la persona que hoy soy,*

*A mi padrastro por su ayuda y paciencia, aún más por el amor
tan grande que le profeso a mi madre,*

*A mis hermanos porque son parte de mi vida y no tendría el
sentido que tiene hoy en día sin ellos,*

A mi familia materna y paterna por su humildad y amor,

*A mi novio por su apoyo y presencia incondicional en los
momentos que más lo he necesitado,*

*A mis amigas de la carrera por su compañía y confianza en mí
pero aún más por todos los momentos de felicidad vividos,*

*A mis amigos de la vida por brindarme su amistad y compartir
situaciones que nos hicieron madurar juntos,*

*A mi directora de práctica y trabajo de grado por su dedicación,
conocimiento y el enseñarme a actuar como una profesional y a
confiar en mí,*

*A la maravillosa secretaria de la Escuela por su sencillez,
humildad y servicio a la comunidad estudiantil.*

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	18
1. LA ADOLESCENCIA	20
1.1 EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	20
1.2 RIESGOS EN LA ADOLESCENCIA	25
1.3 FACTORES DE RIESGO PARA LOS ADOLESCENTES	31
1.4 FACTORES PROTECTORES EN EL ADOLESCENTE	33
2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES EN EL HUS	36
2.1 MARCO NORMATIVO	36
2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) EN LOS ADOLESCENTES COLOMBIANOS	44
3. CARACTERIZACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS) Y LAS ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS QUE INGRESAN A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION	55
3.1 MODELO DE PLANEACIÓN	60
3.2 PRODUCTOS O SERVICIOS	63

3.3 LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES DE 10 A 19 AÑOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION EN EL HUS.....	64
4. CARACTERIZACION DE LA EXPERIENCIA	69
4.1 MATRIZ DOFA	69
4.2 DIAGNÒSTICO PRELIMINAR	72
4.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCION DE LA PRÁCTICA EN EL HUS.....	80
4.4 ESTRATEGIAS A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE INTERVENCION.....	81
4.5 DESCRIPCION DE LA EJECUCION POR MEDIO DE LA PLANEACIÓN OPERATIVA DEL PROCESO DE PRÁCTICA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA DEL HUS.....	83
5. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE MAYOR RELEVANCIA EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	90
5.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	90
5.1.1 Planteamiento del problema.....	90
5.1.2 Formulación del problema	92
5.2 OBJETIVOS	92
5.2.1 Objetivo General	92
5.2.2 Objetivos Específicos	92
5.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	93
5.3.1 Pregunta general.....	93
5.3.2 Preguntas específicas	93
5.4 JUSTIFICACIÓN	93

5.5 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	94
5.6 DISEÑO METODOLOGICO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION	98
5.6.1 Tipo de investigación.....	98
5.6.2 Hipótesis Correlacionales.....	99
5.6.3 Población.....	99
5.6.4 Recolección de información	99
5.6.5 Operacionalización de las variables	100
5.7 RESULTADOS	107
5.8 ANALISIS ESTADISTICO	121
6. EVALUACIÓN	140
7. IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DIFERENCIADA AMIGABLE PARA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES QUE INGRESAN POR CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN EN EL HUS.....	144
7.1 JUSTIFICACIÓN	144
7.2 OBJETIVOS	146
7.2.1 Objetivo General	146
7.2.2 Objetivos Específicos	146
7.3 GUÍA DE ATENCIÓN CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN REMITIDAS A LA CONSULTA DIFERENCIADA AMIGABLE	147
7.4 APORTES DE LA PROPUESTA.....	153
CONCLUSIONES.....	155
RECOMENDACIONES.....	158

BIBLIOGRAFÍA.....	160
ANEXOS.....	165

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Determinantes Sociales de la Salud, Ocupación VS Edad.....	121
Gráfico 2. Determinantes Sociales de la Salud, Educación VS Edad	122
Gráfico 3. Determinantes Sociales de la Salud, Salud Vs edad	123
Gráfico 4. Determinantes Sociales de la Salud, Vivienda Vs edad	124
Gráfico 5. Determinantes Sociales de la Salud, Nutrición VS Estado del embarazo	125
Gráfico 6. Determinantes Sociales de la Salud, Ejercicio realizado Vs edad..	126
Gráfico 7. Determinantes Sociales de la Salud, Educación vs Factor de Riesgo Psicosocial, acceso a información de métodos de planificación familiar.	126
Gráfico 8. Determinante Social de la Salud, Educación vs Factor de Riesgo Psicosocial, estrato socioeconómico	128
Gráfico 9. Factor de Riesgo Psicosocial, edad gestacional VS Edad	129
Gráfico 10. Factor de Riesgo Psicosocial, inicio de vida sexual activa.	130

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Matriz DOFA del proceso de atención de adolescentes en embarazo y madres en el Hospital Universitario de Santander, Departamento de Ginecobstetricia.	70
Cuadro 2. Estrategias	81
Cuadro 3. Objetivo estratégico 1.....	83
Cuadro 4. Objetivo estratégico 2.....	85
Cuadro 5. Objetivo estratégico 3.....	87
Cuadro 6. Operacionalización de las variables	100
Cuadro 7. Conceptualización de las variables	105
Cuadro 8. Relación de variables por rango etáreo de 10 a 14 años.....	108
Cuadro 9. Relación de variables por rango etáreo de 15 a 16 años.....	112
Cuadro 10. Relación de variables del rango etáreo de 17 a 19 años.	116
Cuadro 11. Descripción de la ruta de atención de hospitalización.....	134
Cuadro 12. Descripción de la ruta de atención de consulta externa	137
Cuadro 13. Descripción de la guía de la Consulta Diferenciada Amigable (CDA) para las adolescentes que ingresan por hospitalización y consulta externa al HUS con énfasis en salud sexual y reproductiva.	152

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ruta de Atención de Hospitalización con Adolescentes embarazadas y/o Madres.	136
Figura 2. Ruta de Atención de Consulta Externa con Adolescentes embarazadas.	139
Figura 3. Guía de la Consulta Diferenciada Amigable (CDA) para las adolescentes que ingresan por hospitalización y consulta externa al HUS con énfasis en salud sexual y reproductiva.	149

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1. Entrevista social: habitación 523 A	171
Imagen 2. Entrevista social: habitación 522 B	172
Imagen 3. Entrevista social: habitación 525 C	172
Imagen 4. Entrevista social: consultorio 5.....	173

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Organigrama del Hospital Universitario de Santander (HUS).....	165
Anexo B. Entrevista Social con adolescentes embarazadas y madres.....	168
Anexo C. Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto	169
Anexo D. Documentos de evidencia del trabajo realizado en el HUS en Hospitalización y Consulta externa.	171

RESUMEN

TITULO: EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS): PROBLEMÁTICA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL*

AUTORA: MILEYDI BAYONA CONTRERAS**

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, Embarazo en las Adolescentes, Determinantes Sociales de la Salud, Violencia Sexual e Intrafamiliar, Atención Psicosocial.

CONTENIDO

El proceso de práctica en el departamento de Ginecobstetricia del Hospital Universitario de Santander, se llevó a cabo en la problemática de la incidencia en el ingreso de adolescentes embarazadas y madres adolescentes, interés abordado por los profesionales de la salud, con el fin de ubicar estrategias que dieran conocimiento a la problemática, análisis del rol de los profesionales de la salud y equipo psicosocial en la atención de los casos de Violencia Sexual e Intrafamiliar (VSI).

Con base en lo anterior se realizó un proyecto de investigación titulado: Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente, con el cual se da apertura al comprensión de la realidad de las adolescentes y se afianzan unas directrices que sustentan la labor de Trabajo Social en el seguimiento diario con las jóvenes para el manejo de temáticas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), de gran falencia en el grupo poblacional y se dan a conocer las estrategias organizadas en rutas de atención específicas para consulta externa y hospitalización del departamento de Ginecobstetricia, las cuales son abordadas por la profesional con apoyo del equipo interdisciplinario, en las temáticas de planificación familiar, el manejo del duelo en el aborto espontáneo e inducido, la atención materno-infantil, el establecimiento del derecho de alimentos por parte de las madres adolescentes solteras y la atención de los casos de VSI.

En el proceso de intervención se da relevancia al ajuste de las estrategias utilizadas por parte de los planteles educativos y las instituciones de la salud a nivel nacional, en la atención de los adolescentes con el fin de capacitar al personal en adolescencia y SSR, respondiendo de forma coherente a las necesidades del grupo poblacional, donde se identifiquen los factores de riesgo y los factores protectores.

*Trabajo de Grado

**Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Adriana Vega Martínez.

SUMMARY

TITLE: TEENAGE PREGNANCY ADMITTED TO THE UNIVERSITY HOSPITAL OF SANTANDER (HUS): PROFESSIONAL INTERVENTION PROBLEMATIC OF SOCIAL WORK.*

AUTHOR: MILEYDI BAYONA CONTRERAS**

KEY WORDS: Adolescence, Teenage Pregnancy, Social Determinants of Health, Sexual and Domestic Violence, Psychosocial Care.

CONTENT

The process of practice in the gynecobstetric department of University Hospital of Santander, it was carried out on the problematic of the impact in the income teenage pregnant and teenage mothers, interest addressed by health professional, to locate strategies that give knowledge to the problematic, Analysis of the role of health professionals and psychosocial team in the cases attention of Sexual and Domestic Violence (SDV).

Based on the above, it did a research project entitled : Social Determinants of Health more relevant to teen pregnancy, with which there is openness to understanding the reality of adolescent girls and guidelines are strengthened to support the work of Social Work in the daily monitoring with the girls for handling issues Sexual and Reproductive Health (SRH), large flaw in the population group and we present the strategies organized in route of specific attention for outpatient and hospitalization department gynecobstetric, which are addressed by the professional with support of the interdisciplinary team, on the themes of family planning, the duel management in the spontaneous and induced abortion, the maternal-child attention, the imposition of food by single teenage mothers and attention of SDV cases.

In the process of intervention gives relevance to the setting of the strategies used by educational institutions and health institutions nationwide, in the care of adolescents in order to train staff in adolescence and the SRH, responding of coherent form to the needs of the population group, where are identify risk factors and protective factors.

* Work Degree

** Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Director: Adriana Vega Martínez.

INTRODUCCION

El embarazo en adolescentes hoy en día es una problemática que constituye un evento de interés para la salud pública a nivel internacional, nacional y local, es por ello que en el presente escrito se aborda un factor esencial como lo es el psicosocial, que fundamenta y enriquece la experiencia desde el quehacer profesional de trabajo social en el área de la salud. El siguiente documento condensa los resultados del proceso de práctica que se realizó en la subgerencia de la mujer y la infancia, específicamente en el departamento de Ginecología del Hospital Universitario de Santander (HUS), durante octubre de 2010 a febrero de 2011.

En el primer capítulo se encontrará el marco teórico-conceptual del informe donde se plasman los enfoques, que fundamentaron la práctica y con los cuales se construyó la herramienta propuesta al hospital para ser llevada a cabo por el profesional de la salud y el equipo psicosocial. El marco normativo es el segundo capítulo, donde se dan a conocer las leyes en las que se basa el trabajo con adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, presentado los índices más relevantes de maternidad en la etapa de la adolescencia de acuerdo a las estadísticas a nivel nacional, dadas a conocer por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y el Informe de Gestión de Resultados del Ministerio de Protección Social de Colombia en el 2010.

En el tercer capítulo se da una caracterización del HUS como empresa social del estado, entidad prestadora de múltiples servicios de salud de tercer nivel de complejidad, dando a conocer la planeación como institución certificada en calidad. En esta caracterización se observa la visión, misión, valores y objetivos trazados por la institución conocidos en la fase de ubicación, de igual forma se describe un perfil de las adolescentes embarazadas y madres que ingresaban

a hospitalización y consulta externa, grupo poblacional que constituyó el objeto de intervención de la práctica profesional de Trabajo social.

En el cuarto capítulo se da a conocer el proceso de planeación que parte del diagnóstico realizado acorde con lo observado y cuestionado tanto con los profesionales de la salud como con los empleados del HUS. A través de ello se identificaron las estrategias a trabajar durante la práctica y la descripción detallada de los planes operativos para la realización de la investigación de los Determinantes Sociales de la Salud, la notificación de casos de violencia sexual e intrafamiliar en adolescentes de 10 a 19 años y el seguimiento diario de las mismas, hechos que hacen parte del proceso de ejecución donde se describieron los planes operativos trabajados y analizados frente a los indicadores establecidos en la etapa de planeación.

En el capítulo quinto se dan a conocer las fases establecidas para la realización, recolección de la información, análisis y presentación de los resultados de la investigación de los Determinantes Sociales de la Salud en las adolescentes maternas/gestantes en las áreas de consulta externa y hospitalización. Seguidamente se muestra el capítulo sexto que presenta la evaluación del proceso de práctica, donde se analizan los alcances limitaciones y logros. En el capítulo séptimo se da a conocer la propuesta metodológica de la implementación de la consulta diferenciada amigable como una estrategia a desarrollarse, parte desde la capacitación del personal administrativo del HUS y el grupo poblacional sujeto de intervención, para su atención integral en salud orientada en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Por último se encontraran en las conclusiones y recomendaciones producto de la experiencia profesional en la institución.

A continuación se dará a conocer el producto de la investigación metodológica, la intervención profesional y la presentación de la propuesta con mayor profundidad, para dar respuesta al quehacer de la practicante de trabajo social en el HUS.

1. LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) determinan que “la adolescencia es el periodo que transcurre entre los 10 a 19 años”¹, este período determina un paso de cambios importantes en el desarrollo personal y de experiencias en la interacción de los adolescentes en su entorno social.

Debido a lo anterior la etapa de la adolescencia es enfrentada con temor por la familia, en especial los padres como también por las instituciones, donde pasan los adolescentes la mayor parte de su tiempo, y por la comunidad en general. Esta etapa conlleva a cambios biosicosociales que trascienden en el adolescente para convertirlo en una persona madura y responsable. De lo anterior surge la necesidad de indagar en la adolescencia concebida desde el ciclo vital que permite abordar esta fase del desarrollo humano en tres partes, una es la adolescencia temprana, otra la adolescencia media y por último la adolescencia tardía.

1.1 EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Según el Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y en concordancia con el modelo de atención de Servicios de Salud Amigables para los Adolescentes y Jóvenes, las etapas de la adolescencia se desarrollan de acuerdo a los cambios biológicos, psicológicos sociales y cognitivos² que marcan características propias de acuerdo a la edad en el que se encuentre el adolescente. La adolescencia temprana es aquella que transcurre entre los 10 a 13 años, y en ésta se llevan a cabo cambios biológicos los cuales son experimentados a una edad más temprana para las mujeres que para los

¹OPS/OMS. Descubriendo las voces de las adolescentes. Unidad de salud del niño y el adolescente. Área salud familiar y comunitaria. Draft-noviembre, 2006. Consultado el 12 de marzo de 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>

²UNFPA. Ministerio de protección social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Segunda edición. Diciembre, 2008. Bogotá, Colombia. Pág. 26

hombres; los cambios dados en la mujer corresponden a la aparición de características sexuales como son la salida del brote mamario, el vello púbico y la llegada de la primera menstruación, mientras que en los hombres los mismos son el reflejo del influjo hormonal que provoca modificaciones en el cambio de la voz, el aceleramiento en el crecimiento corporal y el comienzo del desarrollo de los genitales, aparición del vello púbico, crecimiento del vello en axilas, pierna, pecho y cara.

En la adolescencia temprana los cambios psicológicos sociales se asimilan alrededor de los cambios biológicos y el adolescente empieza a entender y acomodarse a un cuerpo más desarrollado. Sus sentimientos y experiencias son igualados a los amigos de la misma edad en los que encuentran aceptación y consejo a sus problemas. De acuerdo con los cambios cognitivos se dan transformaciones en el pensamiento, el cual es más formal, abstracto y da respuesta de los hechos que son observados, sentidos, ello lo hace de forma natural debido a que en su infancia se le dio la oportunidad de expresar sus necesidades, miedos y aspiraciones.

En la adolescencia temprana el adolescente se asocia por lo general con personas de su mismo sexo, comportamiento que se modifica en la adolescencia media, dada entre los 14 a 16 años, etapa donde se interrelaciona con jóvenes de diferente sexo y se da un distanciamiento en la relación con los padres que se evidencia en forma más marcada comparada con la etapa anterior. Dentro de los cambios biológicos que se manifiestan en esta fase se presenta la primera menstruación en la mujer y la eyaculación en el hombre, hechos que muestran el desarrollo de la capacidad reproductiva propia de cada sexo.

En los cambios psicológicos sociales propios de la adolescencia media, se destaca que este grupo poblacional tiene un mayor número de amigos y relaciones interpersonales, empieza a desarrollar atracción sexual por el mismo sexo u opuesto y es donde se identifican sexualmente tanto en el compartir con sus compañeros de estudio como del entorno donde viven. Los cambios cognitivos presentados en este período reflejan un progreso en el pensamiento

formal y abstracto, el cual les permite dar opiniones con mayor sustento, presentar opciones de solución de conflictos así como de cuestionarse las costumbres establecidas a nivel familiar. Lo anterior da independencia en el adolescente para reconocer tanto su perspectiva como la de la otra persona frente a un tema a cuestionar, lo cual en ocasiones crea conflicto en la comunidad de la cual hace parte, que no comprende la necesidad de crítica, reflexión y autonomía que el adolescente necesita para su desarrollo personal.

En el ciclo de los 17 a 19 años se halla la adolescencia tardía, edad en la cual los jóvenes no son sólo parte de un grupo sino que tienen su propia personalidad, preferencia y respeto por lo que piensan, por las metas que se establecen y las cuales son realizables en el entorno en el que se desenvuelven. Dentro de los cambios biológicos esta etapa se encuentra la adaptación a su imagen corporal, la cual es vista como responsable de la personalidad desarrollada. Los cambios psicológicos sociales y cognitivos, afrontados por los adolescentes en esta fase tienen mayor repercusión comparado con las anteriores, por cuanto los cambios psicosociales se centran en la separación de los padres, logrando independencia de ellos y debatiendo sus ideas. Esto hace que la vivencia tanto de los padres como de los adolescentes genere conflictos y se constituye en un evento decisivo que marca cómo serán las relaciones en la juventud, donde se tendrá mayor madurez emocional y cognitiva. Es importante aclarar que el conflicto no sólo comprende a los progenitores sino también a las personas adultas presentes en su alrededor.

Los cambios cognitivos que se presentan en la adolescencia tardía, son la comprensión más reflexiva sobre sus actos, sobre la situación socioeconómica de su familia y sobre las personas adultas que son de autoridad en su hogar como son los padres o alguno de ellos.

Como se ha señalado la adolescencia es una etapa de duelos³ ya que el adolescente enfrenta cambios en su cuerpo, donde debe adaptarse a su nuevo físico que determinará la persona que será; evidencia una pérdida del vínculo estrecho entre familia y niño para dar paso a sentirse aceptado y en una esfera de diversión sin responsabilidades junto a sus pares; crea nuevos vínculos de amistad que ayudaran al joven a reconocerse como adolescente en sus gustos, en su vestir y en la música que escuche, puesto que los adolescentes, más aún quienes estén atravesando la fase media, están en la búsqueda de la identidad y de la confusión de la misma como afirma en la teoría psicosocial Eric Erikson⁴.

Unido a lo descrito es importante resaltar que algunos de los cambios acaecidos en los adolescentes es la exploración sexual, mediante la cual pueden tener experiencias homosexuales temporales para definir su interés sexual; la indagación en ambos sexos del placer a través de la masturbación y como último, el establecimiento de relaciones sexuales a temprana edad, las cuales se dan con la persona de quién se sientan enamorados, o con compañeros con quienes experimentan atracción física y sexual.

De esta forma para convertirse en jóvenes independientes, los adolescentes deben pasar por los anteriores cambios pero también por el cambio en los pensamientos donde se construyen ideas más claras sobre las preguntas ¿Quién soy? y ¿hacia dónde voy? las que son cuestionadas en la adolescencia media y se tiene mayor coherencia respecto a ello en la adolescencia tardía dado que en ésta se presenta no sólo la reflexión en el hacer y el actuar, sino también en el pensar, por lo que se da un paso hacia ser intelectual, desarrollando afinidades por la lectura, decisiones sobre lo que va a estudiar a futuro y por último el establecimiento de valores que lo definirán como un adulto en la sociedad.

³ Sanamente. Adolescencia. (Consultado en línea) 5 de marzo de 2011. Disponible en: http://www.sanamente.com.ar/e_adolescencia.html

⁴ Bordignon, Nelson Antonio. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson: el diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de investigación, julio-diciembre año/vol.2, numero 002. Documento PDF. 2005. Pág. 54

Dada la relevancia de los cambios en las conductas sexuales que se presentan en la adolescencia y teniendo en cuenta que éstos son parte de la salud y el desarrollo de los adolescentes, es preciso definir qué se entiende por salud sexual y reproductiva, la cual según la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de la Protección Social de Colombia (PNSSR) está referida a “el estado general bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)”⁵.

La salud sexual y reproductiva en los adolescentes⁶ concierne a las temáticas de la edad de inicio de las relaciones sexuales, a la utilización de los métodos anticonceptivos, a la fecundidad en la adolescencia, al embarazo de las jóvenes entre los 10 a 19 años, al conocimiento de la población de las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y VIH, la violencia sexual y a la mortalidad en los y las adolescentes. Se destaca que esta variable presenta las manifestaciones anteriores como consecuencia de las condiciones de vida y estilo de vida en que se desarrollan los adolescentes, por lo que se precisa el análisis de los determinantes de salud, tema que se abordará más adelante como parte del presente trabajo.

Por lo señalado con anterioridad, la comprensión de la salud sexual y reproductiva más allá de manifestaciones que repercuten en las estadísticas nacionales y de salud pública, debe favorecer la asignación de estrategias para impactar los factores de riesgo presentes en los adolescentes y responder así a su situación específica para lograr tanto su bienestar como el de su familia.

En este escenario es importante aclarar que los servicios de atención en salud de la población adolescente y sus familias además de tener un enfoque

⁵ República de Colombia. Ministerio de protección social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. Febrero de 2003. Documento PDF. Pág. 9

⁶ ÓPCIT. IBID., UNFPA. Ministerio de protección social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Segunda edición. Diciembre, 2008. Bogotá, Colombia. Pág. 39

diferencial deben fundamentarse en la concepción de la salud como derecho, asumiendo que el mismo es asequible a todas las personas indistintamente de su raza, género, religión, sexo u orientación política. A pesar de lo anterior, se precisa anotar que los adolescentes actualmente en Colombia hacen parte de los grupos vulnerables por lo que merecen especial atención y el esfuerzo de todos, en especial del Estado para garantizar su protección.

De esta forma es importante vincular a las familias como primer contacto de los adolescentes, a la sociedad en la cual interactúan y al Estado a través de las políticas públicas para proteger el desarrollo integral⁷ biosicosocial de los jóvenes y prevenir actos de discriminación y atropello ante los mismos que atenten contra su libre desarrollo e integralidad.

1.2 RIESGOS EN LA ADOLESCENCIA

Los y las adolescentes son considerados como un sector de población que poco se enferma y accede a los servicios de salud, lo cual lleva a asumir en ocasiones que sus necesidades de atención en salud son mínimas, situación que va en contravía de la realidad, dado que este grupo se caracteriza por su alta vulnerabilidad a situaciones de riesgo que pueden afectar su salud.

El concepto de riesgo en salud ha sido ampliamente usado para abordar las principales amenazas para la salud a la que están expuestas diferentes grupos poblacionales, por lo que es preciso tener en cuenta que el riesgo está asociado a la probabilidad de ocurrencia de un daño o de una condición de vulnerabilidad.

En relación a los adolescentes los riesgos a los cuales están sujetos quienes inician su vida sexual a una edad temprana, no sólo se refieren al embarazo temprano, las ITS, el aborto, sino también al estancamiento personal del proyecto de vida, el deterioro de las relaciones de padre e hijo, el sufrimiento al enfrentar relaciones fallidas y abandono por parte de la pareja que acarrea un

⁷ Porras, Diana Yulieth Ardila. “proyecto reivindicó mi sexualidad” en los y las adolescentes de la red social de apoyo pertenecientes a una institución educativa del municipio de San Gil. Trabajo de grado. Bucaramanga, Colombia. Mayo, 2010. Pág. 8

grado mayor de responsabilidad por parte de la madre adolescente. Como consecuencia de lo anterior, la autoestima de las adolescentes se ve afectada y la probabilidad tanto de tener otras parejas como hijos, aumenta a medida de los fracasos en las relaciones de pareja establecidas anteriormente por las adolescentes.

Se señalan los riesgos genéricos desde la óptica de algunos estudios en las adolescentes como son la baja escolaridad, deserción escolar, falta de acceso a orientaciones de educación sexual como del limitado conocimiento que se tiene de los servicios prestados por EPS/EPSS, inciden en la no utilización de los programas de salud y la no búsqueda de los profesionales capacitados para dar información coherente a las necesidades de los adolescentes en el tema de Salud Sexual Y Reproductiva (SSR), situación que se convierte en riesgo dado, mas aun en la ausencia de apoyo intersectorial a través del Secretaria de educación y de la Secretaria de la Salud, dando como consecuencia la presencia de embarazos en adolescentes menores de 20 años. Los cambios afrontados por las adolescentes embarazadas son la asimilación de su nueva situación, los conflictos entorno a su embarazo, el madurar rápidamente a causa de su nueva condición y rol a asumir.

Además de lo anterior, la gestación en adolescentes es vista desde la medicina como de alto riesgo obstétrico y es por ello que en las menores de 15 años se encuentra mayor probabilidad de morbimortalidad materna. El embarazo en las adolescentes es un desafío no sólo de la realidad física sino emocional por cuanto el ser madre acarrea nuevos pensamientos de responsabilidad en las jóvenes, quienes deben asumir su estado y continuar con sus estudios, mientras su situación familiar como apoyo así lo permita.

La experiencia de ser madre conlleva una responsabilidad⁸ y cambio en las conductas de las adolescentes con su grupo de pares, pareja y su familia, ya que ella empieza a pensar en el futuro de su hijo y en cómo será su vida para

⁸ Correa, Carolina Rivas; Gómez, Diana Alexandra; Ovalle, Karol Enith; Orozco María Yoana; Jaramillo, Luis Guillermo. Sentido de la madre en edad escolar. Hacia la promoción de la salud. Vol. 9, págs. 107 – 117, Manizales. Noviembre de 2004. ISSN 0121 – 7577. Pág. 110

sacarlo adelante. En estos pensamientos que implican una madurez adquirida por la experiencia de estar embarazada se halla un aislamiento de su futuro como mujer y de las decisiones de desarrollo personal, como terminar sus estudios y tener un trabajo bien remunerado. Pero estos cambios no son solo asimilados por la joven sino también por su familia y pareja. La primera tiene mayor compromiso con la madre adolescente pues a pesar de la situación seguirá viendo a la joven madre como la hija, de la cual esperaban otro tipo de conducta. De esta forma el grupo familiar pasa de la decepción y el reproche a la aceptación, viviendo etapas que llevan a la familia a ajustarse mientras transcurre la gestación de la adolescente, hasta asumir la guía y el acompañamiento de la joven y su hijo para brindar el bienestar que ellos demandan.

La pareja de la adolescente también tiene cambios que acarrearán en la mayoría de las ocasiones la deserción escolar para el sostenimiento de su nueva situación. Como consecuencia de ello se vinculan a trabajos precarios que no brindan a los jóvenes padres el sustento necesario para la nueva familia, siendo fácil encontrar a los adolescentes padres conviviendo en casa de alguno de los padres, ya que su nuevo rol exige la responsabilidad y madurez que esto implica.

Por lo señalado, la protección de los adolescentes toma relevancia en las acciones de salud pública por medio de sus programas de atención e intervención, ya que no sólo son tomados como casos de estudio respecto a vigilancia epidemiológica, estilos de vida saludable, alejados de la adicción y la delincuencia, sino también como actores principales de los programas de salud sexual y reproductiva, donde se prioriza en las poblaciones más vulnerables con deficientes condiciones como son el estrato económico, el bajo acceso a educación de calidad y carencia de redes protectoras.

En las áreas de interés en salud pública las estadísticas del embarazo adolescente así como la vigilancia epidemiológica de los casos presentados en torno a violencia sexual e intrafamiliar son importantes tanto para el reporte, atención de las adolescentes y el establecimiento de estrategias que

disminuyan el riesgo de prevalencia en la población adolescente como a nivel general a través de la presentación de casos de alarma que movilicen el cambio en la atención, con trabajo intersectorial de las instituciones educativas, de la salud, la comunidad como del Estado. La ocurrencia de situaciones de violencia sexual e intrafamiliar al interior y exterior del hogar deben ser reportados con el fin de restituir los derechos de las víctimas y dar cumplimiento de las leyes que protegen a la mujer y los niños, y adolescentes maltratados por su agresor.

La violencia sexual e intrafamiliar son hechos que pueden darse en el entorno familiar o fuera de él, donde una persona es sometida tanto a violencia física, psicológica y/o sexual en la cual se violan los derechos de las adolescentes, en este caso específico, y donde la autoestima de la mujer se ve afectada a tal punto de creer que esta situación, ella se la ha ganado por sus acciones.

“Aproximadamente el 28 % de las mujeres que van o buscan clínicas ambulatorias han sido víctimas de agresiones físicas y psicológicas y el 14% tienen afecciones graves por agresiones”⁹

Por ello se hace necesaria la vigilancia epidemiológica en las instituciones de salud, por cuanto en estos lugares se reconoce en primera instancia este tipo de agresiones en contra de la mujer y el feto, y son necesarias acciones para la detección y restitución de los derechos de la mujer y del recién nacido.

La violencia sexual e intrafamiliar atenta contra los derechos de las adolescentes en su entorno familiar y sus respuestas psicosociales conductuales debido a que limitan su libre desarrollo, por lo es imprescindible la atención de los casos de este tipo de violencia por un equipo psicosocial que fije su accionar tanto a nivel individual como en los diferentes espacios donde se desarrolla el adolescente, dadas las relaciones de rechazo frente a otras personas en general de su mismo sexo que pueden presentarse.

⁹ Ministerio de salud. Dirección general de promoción y prevención. Guía de atención a la mujer maltratada. República de Colombia. (consultado en línea) 20 de enero de 2011. Disponible en: <http://www.clae.info/downloads/NormasAE/GAIAatenciondelamujermaltratadaColom.pdf>

De esta forma los servicios integrales en salud que garanticen la atención especializada en la adolescencia, deben tener en cuenta las características psicosociales propias de esta fase para establecer estrategias que promuevan la salud de los jóvenes y la prevención de las situaciones de riesgo que afronta indistintamente de su nivel socioeconómico y educativo.

Como se ha descrito la adolescencia es un período de desarrollo enmarcado por la presencia de riesgos que pueden comprometer la salud, lo que hace imprescindible abordar desde la epidemiología los diferentes problemas de salud que se presentan en esta edad. El Dr. Jorge Alarcón basado en el epidemiólogo Elkin define la epidemiología como la “ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos”¹⁰, concepto que evidencia cómo el estudio de las causas de una problemática, para el caso en estudio, el embarazo en las adolescentes, exige la necesidad de resaltar tanto los factores de riesgo como los factores protectores para prevenir y controlar las situaciones de riesgo que pueden presentarse.

En el anterior contexto se destaca como uno de los principales enfoques en la epidemiología, el enfoque social en el cual “se sostiene que la salud es una consecuencia de los determinantes sociales y no solo de características individuales y que la estructura social influye en la salud pública”¹¹.

Patricia Frenz define los determinantes sociales de la salud como “las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre

¹⁰ Alarcón, Jorge. Epidemiología, conceptos, usos y perspectivas. Artículo de revisión. Rev. Perú. Epidemiol. Vol. 13 N° 1 de abril de 2009. Pág. 2. Consultado el 25 de abril de 2011. Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2009_v13_n01/AR1_Vol13_No1_2009_Concepto_de_epidemiologia.pdf

¹¹ IBID., Pág. 3

la salud”¹². De su conceptualización, es importante resaltar el énfasis que hace al aclarar que no todos los determinantes sociales de la salud crean inequidades sociales y ello se debe tener en cuenta para la implementación de políticas públicas y estrategias que respondan a la equidad en los mismos e impacten en salud pública. Debido a lo anterior es necesario conocer cómo los determinantes sociales de la salud comprometen las condiciones de vida en los adolescentes.

Los estilos de vida y las condiciones de salud repercuten en la calidad de vida de los adolescentes, ya sea de forma favorable o no para los mismos. Reconocer e identificar los determinantes sociales de la salud como factores de riesgo o de protección en la población permiten visualizar la responsabilidad que tiene el Estado por medio de la creación de políticas públicas entorno al acceso a oportunidades laborales, educativas y familiares favorecedoras para los jóvenes y que repercuten en la salud de los mismos. Al existir las condiciones que promuevan el bienestar del grupo poblacional será más factible que las características propias del desarrollo biosicosocial se conviertan en factores protectores para la calidad de vida de los adolescentes a nivel integral, disminuyendo así las posibilidades de la presencia de riesgos biosociales como son: el embarazo en las adolescentes, el aborto, las ITS/VIH/SIDA durante la adolescencia.

Es entonces donde se analiza que las decisiones tomadas individualmente por los adolescentes son producto de los determinantes en su entorno social, cultural y económico. Las situaciones que determinan las conductas de la población joven en el tener una relación sexual a temprana edad, un embarazo adolescente o una infección de transmisión sexual como también el VIH/SIDA, es consecuencia de la falta de información de salud sexual y reproductiva que respondan a sus necesidades sentidas de acuerdo al desarrollo biosicosocial de los adolescentes. La responsabilidad en la prevención de las consecuencias

¹² Frenz, Patricia. Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. Ministerio de la salud. Chile. Consultado el 12 de marzo de 2011. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>

dadas en sexualidad y reproducción alude a las instituciones de salud en brindar atención integral al adolescente, en los planes educativos donde los programas elaborados contengan estrategias que apunten a los intereses de los jóvenes y por último en la comunicación asertiva de los padres de familia en los cuestionamientos de SSR que respondan como primer ente seguro de educación en el grupo poblacional.

La necesidad de tener presente los Determinantes Sociales de la Salud como factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es necesaria para la intervención psicosocial en la cual se establezcan acciones protectoras frente a los riesgos afrontados en la realidad del adolescente y lograr hacer cambios en el contacto con los jóvenes por medio de los servicios de atención en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Se hace relevante el apoyo del equipo interdisciplinario para la captación de las adolescentes al ingreso del hospital con el fin de trabajar con enfoque psicosocial en el que cada profesional brinde la orientación a la población con el fin de dar acompañamiento en la estancia en la institución proporcionando herramientas que logren el bienestar de las adolescentes, familia y pareja. Ya que se ha mencionado que en el embarazo adolescente existen factores de riesgo y factores protectores se debe conceptualizar sobre ellos para entender mejor la problemática.

1.3 FACTORES DE RIESGO PARA LOS ADOLESCENTES

Los factores de riesgo son concebidos como “características o cualidades de una persona o población que se sabe (por investigación, teorías, observación, estadísticas, etc.) están asociadas a una mayor probabilidad de daños a la salud”¹³ de acuerdo a ello se puede entender que la etapa de la adolescencia es vulnerable a riesgos de SSR debido a los cambios biológicos, psicosociales y cognitivos propios de ser vividos por los jóvenes.

Martha Marrugo establece que los factores de riesgo psicosociales en las adolescentes embarazadas están constituidos en “menarquía temprana, baja

¹³ IBID., Pág. 114

autoestima, bajo nivel de instrucción, ausencia de interés, pérdida reciente de personas significativas, embarazo por violación o abuso, intento de aborto, propósito de entregar al hijo en adopción, familia disfuncional o ausente, sin adulto referente, trabajo no calificado, pareja ambivalente o ausente, condición económica desfavorable, marginación de su grupo de pertenencia, difícil acceso a los centros de salud”¹⁴, además de los anteriores factores de riesgo se debe hacer mención de la falta de utilización y adecuado uso de los métodos de planificación familiar, el impacto que tienen los medios de comunicación en los adolescentes, el establecer relaciones sexuales a temprana edad, la tolerancia en el contexto social y cultural del embarazo en las jóvenes y la creencia de mitos en relación a la sexualidad. La existencia de los anteriores factores de riesgo en los adolescentes refuerzan la concepción de un embarazo a temprana edad que repercute en la salud de la joven.

La Secretaría de Salud de México mediante el módulo de prevención del embarazo no planeado en los adolescentes define a nivel del enfoque de riesgo que “la idea fundamental de este enfoque es que el riesgo brinda una medida de la atención a la salud”¹⁵ y es que todo acontecimiento produce incertidumbre en una persona, como es el caso del embarazo en adolescentes el cual se constituye como factor de riesgo biosicosocial que está a disposición de toda la población adolescente, pero es mayor para aquellos jóvenes quienes carecen de factores protectores que los alejan de la posibilidad de tener un embarazo mayor a los 20 años, que no conlleve a la alteración de su calidad de vida y el coherente proceso de desarrollo en el ciclo vital. El concepto de riesgo debe ser entendido como necesario en la intervención profesional al trabajar con la población adolescente, siendo los jóvenes los más vulnerables a los cambios que la sociedad viene experimentando en especial porque ellos también se encuentran en una situación de cambio y búsqueda de su identidad, es por ello que se debe observar como una comunidad heterogénea; no todas las

¹⁴ Marrugo, Martha Flórez; Padilla, Carmen Buzón. EMBARAZO EN ADOLESCENTES ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. Documento PDF. Pág. 2

¹⁵ Secretaría de la Salud. Dirección general de salud reproductiva. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Segunda edición. México. 2002. Documento PDF. Pág. 114

realidades y vivencias de los adolescentes son las mismas ya que están sujetas al contexto social, cultural, económico y educativo que cada uno de ellos vivencia, y es allí donde no solo se deben ubicar los factores de riesgo para prevenir un acontecimiento sino también los factores protectores con el fin de reforzar conductas adecuadas en SSR.

1.4 FACTORES PROTECTORES EN EL ADOLESCENTE

Los factores protectores son conceptualizados como las “condiciones que favorecen el desarrollo de los individuos y los grupos”¹⁶, la existencia de las circunstancias favorecedoras en el adolescente refuerza el proyecto de vida adecuado y el bienestar de la joven en su nuevo rol de madre adolescente y responsable de su nueva situación. Es importante establecer estrategias que aborden las etapas de la adolescencia como las necesidades propias de la edad para prevenir los factores de riesgo que repercuten en la salud de las adolescentes. Para lo anterior se hace relevante citar los factores protectores concebidos por José Anicama entre los cuales enuncia la importancia de “una comunicación adecuada en la familia, la unidad e integración familiar, tener valores morales sólidos, el éxito escolar reconocido, ser popular y reconocido por los amigos, tener habilidades sociales para interactuar, un buen nivel de autoestima y un buen nivel de autocontrol”¹⁷, como se puede observar la relación entre los factores de riesgo y de protección se direccionan en falencias u oportunidades en el entorno familiar, social y económico de los adolescentes, a través de los cuales se puede reforzar las conductas adecuadas de acuerdo a la SSR.

El trabajo psicosocial orientado en la atención a las adolescentes y en la identificación de los factores de riesgo y protectores es una metodología de equipo en la que se busca disminuir los riesgos inmersos en el contexto de los

¹⁶ IBID., Pág. 115

¹⁷ Anicama, José. Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva. Capítulo 4. Documento PDF. Pág. 106

adolescentes, en el apoyo de las condiciones protectoras inmersas en los Determinantes Sociales de la Salud de los jóvenes.

El enfoque psicosocial es retomado de la teoría psicosocial de Eric Erikson, en el que afirma que el desarrollo de la personalidad está determinada por la influencia de la sociedad, y donde testifica que el desarrollo del yo, es un proceso que se da a lo largo de las 8 etapas del ciclo vital. A través de los aportes de la organización forense y asistencia psicosocial Equitas revela un trabajo con enfoque psicosocial en donde define el enfoque psicosocial como un trabajo interdisciplinario y diversidad de servicios para la atención, el acompañamiento y la orientación en el que se da una terapia a nivel individual, familiar y comunitario para brindar a las adolescentes el bienestar, apoyo social e información alrededor de la SSR para las adolescentes embarazadas y madres adolescentes así como de su núcleo familiar.

El enfoque psicosocial es un sustento teórico coherente que responde tanto a la problemática como a la intervención profesional realizada con las adolescentes en las áreas de hospitalización y consulta externa en el HUS. El enfoque psicosocial maneja los conceptos de asesoría, terapia y acompañamiento¹⁸ necesarios en la intervención profesional con los adolescentes, la familia y la pareja con el fin de lograr la atención de sus necesidades específicas desde lo posible en el HUS y de acuerdo a ello la remisión a otras instituciones de salud cercanas a su residencia como estrategia de trabajo intersectorial con apoyo de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación departamentales, que apunten a la disminución de las consecuencias dadas en la adolescencia.

El trabajo psicosocial enfocado a las adolescentes embarazadas y madres adolescentes debe buscar dar respuesta a una labor de asesoría y acompañamiento desde los distintos profesionales que tengan contacto con los adolescentes como de sus familiares y parejas, donde se maneje una

¹⁸ Equitas, recomendaciones para un trabajo con enfoque psicosocial en desaparición forzada y otras graves violaciones de los derechos humanos. Colombia. Abril, 2010. Pg. 2.

información coherente a la problemática y necesidad sentida por la población. Lo anterior debe ir orientado a un trabajo interdisciplinario con empatía y disposición en la atención de los adolescentes para obtener iniciativas de cambios en la realidad de los adolescentes como de su entorno familiar guiados en el bienestar de las jóvenes.

2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES EN EL HUS

El conocimiento del contexto general y específico de las adolescentes embarazadas y madres es relevante para el reconocimiento de las políticas sociales a las cuales se logran ajustar las estrategias a utilizar en la intervención profesional con la población, así como identificar a las adolescentes como sujetos de derechos, a quienes se les debe prestar especial atención debido a que son una población vulnerable en los factores de riesgo y de oportunidad para trabajar de acuerdo a las problemáticas que en ellas surge con el fin de lograr su bienestar por medio de estrategias internacionales, nacionales y locales.

2.1 MARCO NORMATIVO

Dentro del marco normativo internacional se encuentra la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), Convención Iberoamericana de Derecho de los Jóvenes por medio de la cual países de Latinoamérica y el Caribe¹⁹ han desarrollado estrategias como las siguientes:

Argentina: el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS), la cátedra de derecho humanos Vieyra de Mello.

Bolivia: Desarrollo de Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), que busca transformar en política de Estado la educación para la sexualidad y la atención de la SSR.

Brasil: Establecimiento de un consorcio de seis (6) ONGs de DSR para fortalecer el marco legal y normativo de DSR (AGENDE, CEPIA, Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), THEMIS, IPÊ/CLADEM);

educación en las instancias legales y de justicia para proteger los DSR de adolescentes expuestos a violencia sexual en la región Norte.

Colombia: Apoyo a Ministerio de la Protección Social en la formulación de la Política Nacional de SSR; y al Ministerio de Educación en el diseño de acciones para integrar la educación para la sexualidad dentro del marco de las competencias ciudadanas y Campaña “Derechos convertidos en hechos”²⁰, para inducir la demanda y protección de los derechos sexual y reproductivos.

Costa Rica: Apoyo a la planificación estratégica del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente y Publicación del libro “Asegurando el futuro”, sobre el rol de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos en la promoción de los derechos reproductivos.

Ecuador: Integración de los DSR en Defensorías, Primer Encuentro Nacional de Jóvenes.

Guatemala: Capacitación a Defensorías sobre derechos reproductivos a través de las oficinas regionales del Ombudsman.

Haití: Preparación de un manual escolar sobre derechos humanos, género, sexualidad y violencia de género de manera conjunta con la Oficina de la Alta Comisionada para las Naciones Unidas y Capacitación de personal en derechos humanos, salud sexual y reproductiva, y enfoque de género a cuerpos de seguridad.

Honduras: Proyecto UNFPA-IIDH RLA02P06 (División LACD): “Promoción de una mayor conciencia sobre Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, Salud y Derechos Sexuales y reproductivos entre tomadores de decisión incluyendo parlamentarios en Centroamérica”.

²⁰ UNFPA. UNFPA trabaja por los derechos humanos. Consultado el 18 de febrero de 2011. Disponible en:<http://www.unfpa.org/derechos/unfpa.htm>

Nicaragua: Trabajo con la CPDH para la incorporación de los DSR en la plataforma de DDHH de la institución, y la capacitación a sus promotores municipales sobre DSR.

Panamá: Apoyo a formulación de las Leyes de Paternidad Responsable, Protección a la Adolescente Embarazada, Educación y Prevención de las ITS y el VIH/SIDA y la Protección Integral de la Niñez y Adolescencia., Integral de las Personas Adultas Mayores.

Perú: Conformación y funcionamiento de espacios multi-institucionales de defensa y vigilancia (DSR, Derecho Humano a la Salud.)

República Dominicana: Apoyo técnico y financiero para proyecto de la Ley sobre Defensa y Promoción de DSR.

Las estrategias utilizadas en los países latinoamericanos para los niños y adolescentes, refuerza el marco referencial en los derechos sexuales y reproductivos como derecho humano de la salud y también marcan la temática de capacitación desde el Estado, Sociedad e instituciones de salud, dejando entrever la responsabilidad de los diferentes actores en el desarrollo de oportunidades en los jóvenes y la disminución de las inequidades sociales al existir herramientas que apoyen las necesidades de este grupo poblacional, en las que por la fase que experimentan son los riesgos en salud sexual y reproductiva los que acarrear mayores consecuencias en su salud.

Dentro del contexto nacional es relevante mencionar las normas que promueven la atención en la adolescencia, debido a las consecuencias presentadas a nivel de fecundidad en jóvenes, conocimiento y utilización de métodos de planificación familiar, morbimortalidad en adolescentes a causa de embarazos a temprana edad e ITS. Por tal motivo es importante identificar el CONPES DEL 91, establecido por Colombia en la Cumbre del Milenio y la cual contó con la asistencia de 188 naciones más, fue liderado por las Naciones Unidas en septiembre del 2000, en la que se establecieron los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). En el Conpes se dan a conocer las estrategias fijadas para Colombia, en torno a los ODM y las metas a las cuales el país se

comprometió a cumplir para el año de 2015, lapso en el que sustentara a la luz de los resultados obtenidos para entonces. En tal documento interesa para el presente informe lo señalado a Salud Materna en especial de los adolescentes. Para ello la meta fijada en adolescentes es:

“Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. Línea de base 1990: 12.8%.”²¹

Con respecto a la anterior meta es preciso mencionar los resultados obtenidos para el quinquenio de 2000-2005, en que revela un aumento de embarazos en adolescentes del 10% de incidencia según el Informe de Gestión del Ministerio de Protección Social de Colombia (IGMPSC) del año 2002-2010, el cual manifiesta “ante esta situación es de esperar que la tendencia creciente se mantenga y no se alcance la meta establecida para el año 2015 y demanda a la vez una respuesta desde una perspectiva intersectorial”²². De acuerdo a lo anterior, las estrategias utilizadas a través del Ministerio de Protección Social han sido el fortalecimiento de redes sociales de apoyo, la educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía y la implantación del modelo de atención de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, desatancándose en el último la participación de los actores principales en las instituciones de salud, educativas y los adolescentes mediante programas de capacitación para la atención del grupo poblacional a nivel nacional.

En comparación con los resultados obtenidos a través del informe de gestión del Ministerio de Protección Social, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010, señala un avance en el tema de fecundidad en adolescentes donde para el 2005 de cada mil jóvenes 90 estaban embarazadas y para 2010 bajo a 84 por mil en el mismo grupo poblacional, además de mencionar que para el 2010 se amplió el rango etáreo de 13 a 19

²¹ República de Colombia. Conpes social del 91. “metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015”. Bogotá, 14 de marzo de 2005. Pg. 21

²² República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Informe de gestión del Ministerio de Protección Social 2002-2010. Documento PDF. Pág. 38

años, y anteriormente se encuestaban a las adolescentes de 15 a 19 años. Se infiere entonces que las estrategias establecidas por el Ministerio de Protección Social y ejecutadas por las instituciones de salud así como con la participación de la población han sido asertivas y deben seguir aproximándose a la reducción de la fecundidad en adolescentes.

Las estrategias anteriores buscan el bienestar de la población y promueven las prácticas saludables en sexualidad para el aseguramiento de la calidad de vida de los adolescentes así como del asesoramiento por parte de los actores capacitados en salud sexual y reproductiva, como lo menciona la ley 100 de 1993, tal como se cita en su preámbulo “El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”²³

En la ley 100 de 1993, que crea el Sistema de Seguridad Social Integral se contemplan tres componentes definidos como el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema General de Pensiones y Sistema General de Riesgos profesionales. Para el presente informe interesa la revisión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde infiere la atención con calidad a toda la población en el aseguramiento de los diferentes de servicios de salud necesarios para su bienestar, sin ninguna clase de discriminación por motivos socioeconómicos de los pacientes y/o beneficiarios por medio de prestadores de la salud. La Ley 100 promueve la atención integral a toda la población, en ello incluye a los adolescentes concebidos como un grupo vulnerable y de bajo perfil de ingreso a los servicios en general en las instituciones de salud, para los cuales es importante realizar seguimiento al momento de ser captados por las entidades para brindar la educación,

²³ Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Preámbulo. Bogotá. Diciembre, 1993. Documento PDF. Pág. 1

información, diagnóstico y tratamiento necesarios y tener mayor sensibilización de los profesionales en los servicios prestados a los mismos, así como la remisión a programas que respondan al desarrollo biosicosocial de este segmento poblacional para prevenir las situaciones de riesgo a las cuales está más propenso.

De esta forma la atención de los adolescentes toma especial relevancia en los programas de promoción y prevención (PYP) establecidos en las EPS/EPSS, destinados para brindar un servicio integral basado en ejes como la información, educación y comunicación de las necesidades sentidas por los adolescentes, para dar orientación a las inquietudes en salud sexual y reproductiva. Se destaca en este aspecto que una de las razones de las problemáticas presentadas en la adolescencia responden al desconocimiento de los servicios de PYP y de su asequibilidad, por lo que se ha de cuestionar la integralidad en la atención de las instituciones de salud, donde el componente comunicativo de los servicios prestados y la capacitación del personal de la salud, sería una estrategia que reforzaría la vigilancia de los casos de embarazo en adolescentes, la inducción de abortos, violencia sexual e intrafamiliar en la mujer como en los niños y adolescentes e ITS en la población, los cuales al ser detectadas a tiempo disminuirán los riesgos presentes en el grupo poblacional, dando lugar a un trabajo psicosocial interdisciplinario con objetivos como brindar bienestar a nivel de la salud, psicológico y social que el adolescente demanda en las respectivas situaciones.

En el año 2000 se expide la Resolución 412 junto a la Resolución 3384, mediante las cuales se dan a conocer las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de acciones y atención de la guía de enfermedades de interés en salud pública destacándose en las mismas la guía de atención de menor y mujer maltratados, detección temprana de alteraciones de desarrollo de los niños y adolescentes, la norma técnica de planificación familiar en hombres y mujeres así como la detección de las alteraciones en el embarazo que constituyen referentes importantes para la atención con calidad de los

adolescentes y la restitución de los derechos de la población durante el embarazo y después de él.

Como se ha venido trabajando en el referente legal y teórico-conceptual, el embarazo en adolescentes, la violencia sexual e intrafamiliar en la adolescencia, las ITS y VIH/SIDA tienen repercusiones en salud pública, las cuales conllevando a la implementación de estrategias que apunten a la atención integral de la población en general, con el fin de hacer adelantos en los servicios de salud para disminuir los riesgos en los adolescentes, es por ello que el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) manifiesta las responsabilidades y acciones a tener en cuenta en las entidades de primer y segundo nivel de complejidad indistintamente del régimen al cual pertenezca la población para su beneficio. En el PNSP se señala la relevancia del trabajo intersectorial e intra para la obtención de estrategias enfocadas al cumplimiento de unas líneas políticas, entre las cuales interesa revisar el objetivo dos referido a mejorar la salud sexual y reproductiva.

Las líneas políticas para cumplir el objetivo son la promoción de la salud y la calidad de vida, en la que se denota la necesidad de la “Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y el seguimiento de los planes locales de salud sexual y reproductiva y control social de la política nacional de salud sexual y reproductiva” (Política Nacional de Salud Pública, PNSP) así como también la prevención de riesgos, recuperación y superación de daños de salud, en donde es relevante “Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad (...) atención de abuso sexual en servicios de urgencia” (PNSP).

Es importante observar como las distintas normas y documentos elaborados con fines de alcanzar el bienestar en salud en los diferentes grupos poblaciones ha hecho énfasis desde la Resolución 412 de 2000 en la implementación de estrategias en los adolescentes, donde es necesario el apoyo de redes que multipliquen los instrumentos de avance y aporte en sexualidad y reproducción como es la Política de Salud Sexual y Reproductiva

(PSSR) y los DSR por medio de las instituciones de salud y educación a nivel nacional pero trabajado desde lo local, principales contactos con los adolescentes, para la capacitación de profesionales de salud no sólo en temas de SSR sino también en el desarrollo biosicosocial de los jóvenes.

Al momento de tener contacto con los adolescentes para su atención integral y psicosocial, como lo menciona el Código de la Infancia y la Adolescencia se deben tener claro las responsabilidades de la familia, las instituciones de salud y de educación con el marco de referencia de los DSR, los cuales son concebidos dentro de los “derechos humanos”²⁴ debido a su finalidad de que todas las personas convivan con la tranquilidad de no ser discriminados, amenazados u omitidos en las temáticas de salud sexual y reproductiva. Todas las personas, hombres y mujeres tienen derecho a decidir cuántos hijos desean, el espaciamiento entre ellos, controlar su comportamiento sexual y a estar libre de tener enfermedades y deficiencias que interfieran con su libre desarrollo sexual y reproductivo. Se debe reconocer que todas las personas son garantes de derechos y deberes, por ello es preciso establecer hasta donde se puede llegar en el sentir, hacer y pensar con el fin de no atropellar a la otra persona; la concientización del adolescente en lo anterior lo formará hacia una adultez madura y responsable.

Los grandes avances en la participación juvenil en las estrategias de promoción y prevención en SSR que se han realizado en los adolescentes comienzan a tener frutos como se mencionó anteriormente en la ENDS de 2010 frente a los resultados obtenidos en el IGMPSC. Además de ello con la transformación del SGSSS por medio de la Ley 1438/2011²⁵ donde se fortalece el modelo de prestación del servicio público, en el que los diferentes actores de la salud como son el Estado, las instituciones y la comunidad promuevan el mejoramiento de la salud, en un ambiente sano, donde sea el servicio incluyente y equitativo como también de calidad. Interesa resaltar las líneas

²⁴ PROFAMILIA. Derechos sexuales y reproductivos: al alcance de todos. Material de la institución.

²⁵ Presidencia de la república – MPS. Ley 1438 de 2011. 19 de enero. Bogotá, Colombia. Documento PDF. Pg. 2-10

estratégicas para disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal e infantil, entre el rango fértil de 15 a 49 años, en específico para el presente proyecto las adolescentes de 10 a 19 años, rango etéreo manejado en el HUS y contemplado por la OMS, presentan índices importantes de morbilidad. Los adolescentes tienen especial atención en la ley como población preferente tanto de demanda de servicios y medicamentos con el fin de detectar alteraciones en su desarrollo como tratamiento de enfermedades, adolescentes con discapacidades, la reivindicación de sus derechos y el compromiso de la familia, Estado y sociedad.

Como se ha podido observar, el contexto legal-normativo a nivel internacional y nacional brinda estrategias para el trabajo psicosocial en los adolescentes para así lograr resultados positivos en la atención del grupo poblacional mediante el trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud y el área psicosocial de la institución. Para lo anterior se hizo necesario tener un referente nacional de la adolescencia a la luz de las variables de fecundidad, planificación familiar e ITS con el fin de conocer la población a nivel nacional y después hacer un análisis a través de los resultados obtenidos en lo local, por medio del trabajo de intervención profesional realizado en el Hospital Universitario de Santander.

2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) EN LOS ADOLESCENTES COLOMBIANOS

Para conocer como se encuentra la adolescencia en las variables de SSR, es necesaria la revisión de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010, donde se comparará con los resultados obtenidos con la ENDS de 2005 para observar los avances y retrocesos en el establecimiento de los DSR de los adolescentes. La fecundidad ha ido reduciendo en comparación al número de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años a la fecha, anteriormente para el año de 1970 se encontraba que el número de hijos por familia era de 7. Hoy en día se observa 3 hijos por mujer y se piensa seguirá disminuyendo con los años, los resultados obtenidos en la ENDS de 2010 manifiesta que el 84% de las adolescentes de 15-19 años y el 48% de mujeres entre 20-24 años actualmente no han tenido hijos. A pesar de ello se presentan mayor porcentaje

de menores de 25 años que han quedado en embarazo o ya han sido madres antes de sus 19 años que en 1986, pero con la diferencia que para los quinquenios de 2000-2005 y 2005-2010, el número de hijos por joven es menor a la fecha mencionada.

Como primera variable se tomó la fecundidad de adolescentes, en el cual se presenta un rango mayor al referido para la encuesta realizada del año de 2010 en el que el grupo poblacional va de los 13 a 19 años, concebidas como adolescentes y hasta el año de 2005 se manejaban datos de 15 a 19 años, se infiere que este cambio se debió a la presencia de adolescentes embarazadas menores de 13 años en un lapso de cinco años, como se presentó en el HUS. En la ENDS de 2005 la fecundidad en adolescentes fue de 90 por mil observándose un avance para la ENDS de 2010, donde bajo a 84 jóvenes por mil, se deduce que en el quinquenio de 2005-2010 hay un mayor conocimiento en la utilización de los métodos anticonceptivos, el retroceso en el establecimiento de la primera relación sexual o en la práctica de abortos en inadecuadas condiciones de salud que colocan en riesgo la vida de la adolescente.

Es importante observar que las familias que residen en las zonas rurales tienen mayores índices de reproducción en la adolescencia debido a la falta de oportunidades educativas y el bajo nivel socioeconómico de las adolescentes, así como también los patrones culturales de esta zona en ser madre a temprana edad, establecer un hogar con un hombre del mismo sitio y la desinformación en métodos de planificación familiar. A pesar de ello se observa que en comparación de 2005 a 2010, las adolescentes universitarias han aumentado el número de gestantes/maternas en los planteles educativos. Para el año de 2005 las adolescentes que cursaban primaria presentaban un porcentaje de 9% y en el 2010 disminuyó en un 5%, para las jóvenes que se encontraban en educación superior fue de 1.6% (2005) y del 3% (2010), respectivamente los años establecidos.

Aunque los resultados en la población adolescente con educación superior han aumentado, las tasas más altas en los niveles socioeconómicos bajos

permanecen, para lo cual se infiere que las estrategias establecidas a nivel intersectorial no deben quedarse solo en la zona urbana sino también en las zonas rurales, las cuales por la baja educación y desinformación de métodos de planificación familiar continúan manteniendo los índices en aumento por familia en nacimientos por adolescentes y mujeres, resultados obtenidos a través de las encuestas realizadas. Como se mencionaba anteriormente la zona rural tiene un porcentaje mayor de fecundidad en las mujeres pero a través del quinquenio de 2005-2010 ha descendido con mayor importancia a comparación de la zona urbana, la tasa de fecundidad paso de 3.4 a 2.8 y para el segundo descendió levemente de 2.1 a 2.0, lo cual indica que las familias de los municipios y veredas a nivel nacional presentan un mayor número de integrantes que las familias de las ciudades, por lo anterior se infieren menores oportunidades para el sostenimiento de quienes constituyen el entorno familiar, donde es limitado el beneficio de estudio y acceso al aseguramiento de calidad integral en salud.

La edad en que las mujeres tienen su primer hijo determina tanto los riesgos biosociales durante el embarazo como la morbimortalidad en los recién nacidos al momento del parto como en los primeros años de vida, se encontró que a pesar de los cinco años transcurridos, la edad en que la mujer queda en embarazo ha disminuido levemente de 21.8 a 21.6, además de quedar de nuevo en embarazo con un intervalo diferencia entre un nacimiento y otro de 13 meses para la zona rural y de 23 meses en la zona urbana. Por lo anterior se infiere que al tener la mujer características como el embarazo a temprana edad, no tener la estabilidad educativa y laboral, se predispone a tener relaciones fallidas, ser madre soltera, mayor probabilidad de pobreza y encontrar trabajos que no obedecen a lo reglamentario tanto en calidad del trabajo como en la remuneración salarial.

Otra de las temáticas que importan en la contextualización de la adolescencia es la planificación familiar, la cual hace referencia al conocimiento y utilización de los Métodos de Planificación Familiar (MPF), la relevancia en este tema para la asesoría de la adolescente, el padre del recién nacido y la familia, está

direccionada hacia la sensibilización y apropiación de estrategias de planificación familiar que aporten a la calidad de vida de los anteriores actores, mediante estas habilidades se lograría que la población adolescente retrase un nuevo embarazo, le proporcione a su vida y la de su hijo el bienestar integral que él y ella necesitan, en salud y en educación con fines de alcanzar su desarrollo personal donde a pesar de ser madre adolescente continúe teniendo metas para su futuro y ahora con mayor responsabilidad como empeño en la ejecución de sus planes. Hoy en día, como se mencionó anteriormente, los DSR son asimilados como derechos humanos y por lo mismo es necesario que la pareja al momento de iniciar sus relaciones sexuales puedan elegir un método con el cual protegerse y cuidarse como de planear en que tiempo y con qué espacio desean tener sus hijos, ello acarrea la decisión de la pareja pero también la libre expresión de los derechos como persona independiente; para el acercamiento de los DSR es importante que la población adolescente tenga la información necesaria y la educación para observarse como sujeto de derechos y responsable de sus decisiones.

Por medio de las ENDS de 2005-2010, se manifiesta que en las entrevistas realizadas a la totalidad de las mujeres, quienes sustentaban conocer o haber oído de los métodos de planificación familiar alguna vez, no determina que supieran utilizar los métodos, puesto que se presentaron casos alarmantes de que las pastillas, la inyección y el condón habían fallado al momento de tener relaciones sexuales, ello da inferir que las adolescentes y mujeres no tenían el conocimiento preciso de cómo utilizar los MPF, otra de las deficiencias presentadas es la desinformación de que en el momento de la lactancia se presenta amenorrea, también concebido como método de planificación familiar. Según la ENDS de 2010 no valdría hacer comparaciones entre la zona urbana y rural puesto que las diferencia entre uno y otro en el conocimiento de los MPF es de el 0.2%, a pesar de la situación socioeconómica, el nivel educación y el lugar de residencia.

Con respecto a la utilización de los MPF, se reportan que el porcentaje ha incrementado de 56% a 61% y en las adolescentes de 15 a 19 años los

métodos más utilizados han sido el condón, inyección y la píldora, pero al estar unidas o casadas la utilización de los métodos cambia de lugares de importancia donde en último lugar se presenta el condón y el nivel de abstinencia periódicamente aumenta de 0.3% a 0.4% en comparación con el total de adolescentes, para lo cual se infiere que al estar unidas el número de encuentros sexuales se disminuye tal vez porque al convivir con la persona las relaciones pasan a un segundo plano y lo importante es el establecimiento de pautas de convivencia. La utilización de los métodos anticonceptivos en las adolescentes se presentan antes de haber tenido un hijo con mayores porcentajes que en los grupos poblaciones mayores, las adolescentes presentan el 88%, mientras que las mujeres de 20-24 años representan el 74%, ello indica que las estrategias elaboradas para abordar este grupo etéreo están respondiendo de manera positiva ya que para el 2005 el porcentaje en adolescente se encontraba en el 85%.

En las adolescentes al iniciar el uso de los MPF teniendo un hijo se presenta que el 87.7% no había estado alguna vez embarazada, el 11.6% ya tenía un hijo y por último el 0.7% el uso fue después de sus tres hijos, además de que la diferencia de la utilización frente a la ya tenencia de un hijo fue de 89.4% y 81.7% con respecto a la zona urbana y rural respectivamente. Los lugares a los cuales se buscan los MPF son los hospitales, clínicas, centros e instituciones de salud, PROFAMILIA y las droguerías, lugares que en mayor proporción de establecimiento y acceso se encuentran en la zona urbana, por lo cual se infiere es una de las razones de la recepción de las adolescentes por la tenencia de los métodos anticonceptivos. Es importante resaltar que el conocimiento de los DSR en las adolescentes por medio de las EPS así como de la proporción gratuita de los MPF es desconocida por el 55% de las jóvenes que no fueron informadas por la entidad de salud, por esta razón es importante señalar en el presente informe, de ser audaces en la captación de los ingresos de los adolescentes a las entidades de salud para la información de salud sexual y reproductiva.

Las adolescentes menores de 20 años mediante los resultados de la ENDS de 2010, manifiestan que al quedar en embarazo su hijo fue esperado por el 36.3%, fue querido más tarde por el 47.7% y definitivamente no lo deseaban el 16%, estas proporciones tienen cambios significativos si se analizan alrededor de la zona rural y la urbana, los hijos esperados fueron de 41.5% y 33.8%, el embarazo fue querido más tarde por el 43.5% y 49.7%, por último los bebés no fueron deseados por el 15.0% y el 16.5% respectivamente. Como se puede observar las adolescentes de la zona rural como urbana presentan diferencias en las intenciones de tener hijos a temprana edad y ello se debe tanto a las condiciones socioeconómicas como culturales en las cuales residen las jóvenes y determinan el pensamiento de quedar embarazada a temprana edad.

Debido a que la adolescencia entre los 13 a 19 años se contempla como de los grupos de alto riesgo es preciso mencionar que los riesgos de mortalidad infantil como de la madre adolescente se encuentran propensos en este grupo poblacional y más aún si se unen al hecho como el tener hijos con menor espaciamiento de 24 meses, pese a ello los riesgos en las adolescentes como en todas las mujeres han ido disminuyendo en comparación de la ENDS de 2005 y la ENDS de 2010. Ello se debe tanto a la utilización de los métodos de planificación familiar así como de tener hijos con intervalos mayores y de establecer como método anticonceptivo la abstinencia o retroceso en el establecimiento de la primera relación sexual. Afortunadamente se reportó que solo el 3.4% de las menores de 20 años no habían recibido atención prenatal, del parto y pos parto, así como se contó con el 79.9% de conocimiento de las complicaciones del embarazo, con el fin de brindar la calidad de atención y acceso a la salud de este grupo poblacional.

Por otra parte, las prácticas establecidas de riesgo durante el embarazo por las adolescentes constituyeron el 10.6% en el consumo de alcohol y del 2.9 en fumar, prácticas no saludables que impactan en el desarrollo fetal como el nacimiento del recién nacido. Debido a la edad en la cual se encuentran las adolescentes en especial las menores de 16 años, los nacimientos tienen mayor probabilidad de darse por cesárea el cual a nivel nacional en las jóvenes

representa el 28.7% con respecto a los diferentes grupos poblaciones. Lo anterior se debe por el desarrollo biológico no terminado en el cuerpo de las adolescentes, lo cual implica complicaciones para que las jóvenes tengan su parto normal, por tal motivo en el pos natal se encuentran adolescentes que ingresan de nuevo a los hospitales por problemas de infecciones en la vagina, depresión pos parto, cintura abierta y mastitis en los senos, por el desconocimiento de los cuidados que se deben tener en la casa después de haber tenido al recién nacido.

Por otra parte es interesante evidenciar el conocimiento que se tiene frente a las Infecciones de Trasmisión Sexual y el VIH/SIDA; el desconocimiento del VIH/SIDA se presenta con mayor frecuencia en las adolescentes con características que refuerzan esta situación como es la residencia rural, tener baja educación y un nivel socioeconómico con pocas probabilidades de bienestar integral. El conocimiento que tienen las adolescentes integralmente del VIH/SIDA sólo alcanza el 28% y donde las respuestas dadas por las mismas respecto a las formas de contagio de la enfermedad dan a inferir el grado de discriminación al cual puede verse afectada la población que convive con el virus, puesto que se piensa que a través del compartir una comida, ser picados por el mismo mosquito son percibidas como situaciones de riesgo y no se alcanza a comprender que tener solo una persona para establecer una relación sexual como de utilizar o no un condón reducirían la exposición a ser contagiados con la enfermedad. Además de lo anterior sólo el 51% de las adolescentes identifica que la lactancia es una forma de trasmisión de la enfermedad y que una de las estrategias para reducir el riesgo es tomando los medicamentos, las que mayor probabilidad de desconocimiento de la trasmisión de madre a hijo del SIDA continúan siendo las menores de 20 años y las que aún no han tenido relaciones sexuales.

Las frecuentes relaciones sexuales que tienen las adolescentes se denominan de alto riesgo puesto que no son establecidas con parejas permanentes sino que en un año las jóvenes presentan de dos o más compañeros sexuales, como también en la baja utilización del condón como método de protección. De

acuerdo a este tema se debe de dar a conocer que las adolescentes menores de 20 años, establecen su primera relación sexual los 15 años y la diferencia es de 2% entre las que tienen educación alta y nivel socioeconómico favorable en comparación con las jóvenes que no puesto que tienen mayores riesgos de iniciar su vida sexual antes de la edad mencionada. Por otra parte los compañeros sexuales de las adolescentes menores de 17 años en un 10% son hombres mayores de edad, quienes les llevan 10 años de adelanto y experiencia a las jóvenes y se infiere las seducen para tener un cambio íntimo con ellas y no una relación duradera con las bases de una pareja comprometida.

Según la ENDS de 2005-2010 se conserva el desconocimiento de las ITS en un 18% para ambas encuestas, tiene menor comprensión las ITS como consecuencias de la sexualidad que el VIH/SIDA, se infiere que es por las campañas a nivel de los medios de comunicación y las informaciones en afiches que se observan con mayor frecuencia que de las ITS. Los resultados hacia la información que cada mujer tiene sobre las ITS tienen mayor repercusión en las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años, quienes presentan menor educación en los síntomas, tratamiento y las fuentes de contagio, por lo anterior son las más propensas a contagiarse de las infecciones. A pesar de los resultados mencionados anteriormente las mujeres entre los 20-29 años han sido las que han presentado ITS, además de ser aquellas que se encuentran casadas o viven en unión libre.

Debido a la presencia de casos de violencia sexual e intrafamiliar en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes de 10 a 19 años en el HUS, se hizo relevante revisar en la ENDS de 2010 sobre el maltrato físico, sexual y psicológico en las jóvenes mediante los resultados reportados, para lo cual se encontró que el 3.3% del grupo población fue forzada a tener relaciones sexuales por personas que están cercanas a las víctimas. Estas situaciones que van contra la dignidad de las adolescentes así como de las personas que han sido ultrajadas necesitan del reporte y atención integral de la persona, en el que se de acompañamiento, asesoría frente al duelo y restitución de los

derechos de la joven con el fin de lograr hacer un cambio en la detección de los casos por medio de las instituciones de salud.

De acuerdo a la participación de los adolescentes en la educación sexual y reproductiva, el 83.8% de las jóvenes entre los 15 a 19 años ha recibido información y el 76.1% corresponde a los adolescentes de 13 a 14 años, las cuales manifiestan haber conocido en los colegios, escuelas y con menor proporción en las instituciones de salud. Las actividades a las cuales los adolescentes asisten es a conferencias, talleres, clases y videoconferencias por medio de las instituciones educativas, por tal motivo los jóvenes que no tienen oportunidades educativas se presentan con los menores porcentajes en el conocimiento de métodos de planificación familiar y el establecimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. Con respecto a lo anterior las personas destinadas a dar las actividades de educación sexual son maestros de la misma institución los cuales dictan las clases de biología, anatomía y educación sexual, por el contrario en otros adolescentes los educadores han sido profesionales de la salud como enfermeras y por último el psicólogo. Aunque lo anterior demuestra que los maestros son protagonistas en la formación de los jóvenes en salud sexual y reproductiva, se infiere que para el logro de resultados favorecedores se debe contar con personas especializadas tanto en el tema de salud sexual y reproductiva como en adolescencia para el adecuado asesoramiento del grupo poblacional frente a sus inquietudes y experiencias.

La información recibida de los adolescente ha sido en un 51% por los medios de comunicación, los cuales tienen fácil acceso y brindan experiencias sin el adecuado control y coherencia al desarrollo de los jóvenes, por el contrario aprehenden situaciones de riesgo, el libertinaje sexual y el dar importancia más hacia la apariencia física y no al autorespeto de su cuerpo como de decidir sin presiones de la pareja y los amigos por tener vida sexual activa a edad temprana.

Las estrategias adoptadas por el MPSC han sido relevantes para la disminución de los porcentajes desfavorecedores que antes se observaban

alrededor de la salud sexual y reproductiva en especial de los adolescentes menores de 20 años, aunque los esfuerzos empiezan a tener frutos, las inequidades sociales existentes en educación, trabajo y el nivel socioeconómico de las familias, marcan consecuencias expresadas en embarazo adolescente, abortos provocados en las situaciones menos salubres que colocan en riesgo la vida de la joven, el desconocimiento de las ITS/VIH/SIDA dan como riesgo el contagio de las anteriores y por último la desinformación que se tienen de los derechos sexuales y reproductivos en el grupo poblacional, denotan situaciones de abuso de la dignidad de la persona, en general de la mujer, la cual es maltratada física, emocional o psicológicamente, en especial al ser la madre adolescente, quien se encuentra con la sobrecarga de su nuevo rol, ahora joven madre, estudiante y/o ama de casa o empleada.

Por lo anterior al ser madre adolescente, es conlleva la responsabilidad de tener un hijo a temprana edad, con una pareja que por su edad y falta de compromiso para seguir en la relación, no asume este reto y a pesar de las situaciones que debe enfrentar se somete en el futuro próximo a ser madre soltera y conseguir trabajos mal remunerados, como los establecidos por las adolescentes embarazadas y madres adolescentes de 10 a 19 años del HUS, quienes se encuentran trabajando por horas, a tiempo completo y en menor incidencia con trabajos independientes como son en las comidas rápidas y floristerías los cuales no brindan el bienestar integral que la adolescente como su hijo demandan. Por estas razones es fácil encontrar autores que hablan de la pobreza femenina, en sí los países latinoamericanos presentan mayores hogares con madres cabeza de hogar como sustentos para el desarrollo de la familia y las proveedoras de lo que en sus casas se necesita.

Brindar una asesoría a las adolescentes en las instituciones de salud y educativas mediante un profesional capacitado, ayudará a dar un nuevo horizonte a la joven donde cuente con información no sólo como sujeto de derechos sino también como responsable de su situación y creadora de su futuro, y desarrolle habilidades para ser madre adolescente pero también

mujer. Lo cual a pesar de ser planteado desde los años 70s en Colombia, en la actualidad la secretaria de la salud en sus capacitaciones a las instituciones de salud de segundo nivel presentan problemas en la atención de los adolescentes, puesto que no tienen personal capacitado en la adolescencia, más aún en los municipios y veredas de Santander.

3. CARACTERIZACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS) Y LAS ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS QUE INGRESAN A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION

El HUS es una entidad de carácter público, cuenta con un nivel de atención de tercer nivel de complejidad en la que da mayor oportunidad a las personas de bajos recursos de ser beneficiarios de las especialidades y la tecnología para atender la enfermedad con la que ingresan. Es una entidad de salud que aporta a la experiencia profesional a través del contacto con la población que demanda de los servicios del hospital así como de los profesionales que laboran. El aseguramiento de las personas está cobijado bajo las EPS/EPSS, quienes se encargan de remitir a las personas con fines de atención según la especialidad necesaria y brindando una atención integral, puesto que se cuenta con el personal capacitado en las áreas de salud como psicosocial.

El HUS ha tenido una gran trayectoria desde sus inicios, como Empresa Social del Estado (ESE) e IPS de referencia para cubrir la demanda de servicios en salud para la población asegurada por el Sistema de Seguridad Social en Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. El nivel de complejidad de los servicios ofrecidos alcanza el tercer y cuarto nivel dado la calificación de los profesionales que conforman su equipo humano, los recursos tecnológicos disponibles e infraestructura para la atención. En este escenario y teniendo en cuenta el protagonismo de la entidad en el sector salud a nivel nororiental del país, es importante hacer un breve recorrido para conocer la construcción y planeación de lo que hoy por hoy se conoce como el HUS.

Debido al crecimiento demográfico y físico que el municipio de Bucaramanga fue teniendo para el siglo XX y la regulación urbana²⁶ unido a la importancia de

²⁶ Rueda, Néstor José Gómez. Universidad Santo Tomas. Memoria histórica y nuevos retos del Hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga, 2003. Pg. 15

la salud pública, fue relevante llevar a cabo en el municipio acuerdos en los cuales se fijaran normas de urbanismo y se divide la ciudad en zonas estratificadas en las cuales era necesario construir centros de salud, que en sí para ese entonces, 1945, giraban entono al Hospital San Juan de Dios (HSJD) y al Hospital Infantil San Luis, centros que en su gran mayoría atendían a la población bumanguesa.

Con el pasar de los años las edificaciones e infraestructura en especial del HSJD no cumplen con las expectativas de diseño e innovación necesarias para atender ciertas urgencias, además de plantearse la problemática que la división de las ciencias de la Salud de la UIS, no contaba con un espacio para realizar sus prácticas de docencia y el HSJD se estaba haciendo viejo. Dado lo anterior se da inicio a la apertura de un hospital moderno que supliera las demandas de la ciudad en expansión y las deficiencias del antiguo hospital, para 1951 la idea del Hospital Universitario nace como una idea palpable para Bucaramanga. Para este entonces no era viable para el gobierno sostener dos hospitales y debido a ello se tomo la decisión de traspasar todos los bienes como deudas y pagos del HSJD al Hospital Ramón González Valencia (HRGV), para tal fin se firma el Acuerdo No. 15 del 3 de diciembre de 1973²⁷ aceptando los bienes y obligaciones del HSJD pero advirtiendo que los departamento de Medicina Interna y Pediatría, requerirían de ciertas dotaciones con el fin de prestar servicios de Obstetricia, ginecología, cirugía y otros servicios de diagnóstico y tratamiento que requería un hospital universitario.

El HRGV nace con el Decreto presidencial No. 0793 de 191, el 13 de abril del mismo año, firmado por el ex presidente Fernando Laureano Gómez con el cual se adopta el nombre del hospital en reconocimiento de las labores y virtudes del señor general Ramón González Valencia²⁸, quien fue presidente de la República, para ello no sólo se inició la construcción y posesión de terrenos por parte del hospital en Bucaramanga sino también de Pamplona para lo cual

²⁷ IBID, Pg. 19

²⁸ IBID, Pg. 20

se asignó un millón de pesos, con el compromiso de presentar los presupuestos y destinación de dinero hasta terminadas las obras.

Por medio de la junta directiva para ese entonces del HSJD y el síndico de Bogotá el señor Francisco Harker²⁹ se gestionó tres donaciones y la inversión de doscientos mil pesos para la compra de los terrenos correspondientes. La anterior negociación se llevó a la realidad mediante la escritura pública de Bucaramanga No. 2.044 del 8 de agosto de 1951 pero esta escritura queda a nombre del HSJD y no del Hospital Ramón González Valencia. Finalmente para el año de 1981, fue necesaria la integración entre los dos hospitales, además de la apropiación como entidad jurídica, acción que se finiquitó en el Decreto No. 0618 del 16 de marzo de 1980 del HRGV tanto de los bienes como de las deudas y obligaciones del HSJD; para ese año el director del HRGV era el señor Christian Pinto Parra. Los muebles y personal de planta del HSJD fue trasladado poco a poco mientras los recursos de este se iban gastando hasta que oficialmente todo pasó al HRGV.

La construcción del hospital fue llevada a cabo por una junta constructora, quien en veinte años daría a Bucaramanga la arquitectura del HRGV, diseñado con un tinte de Le Corbusier. La demora en la entrega de la construcción se debe a varios factores como dificultades presupuestales, interés de particulares en el sector privado y la corrupción política y administrativa. Lo anterior a pesar que extenso en tiempo fue beneficioso para los sectores marginales quienes anteriormente vivían en los territorios actuales del hospital, quienes fueron reubicados, con la política de erradicación de tugurios, en otros barrios destinados como fueron el José Acevedo y Gómez³⁰.

La facultad de salud de la UIS construyó sus edificios al lado del HRGV, que desde antes prestaba sus servicios asistenciales al HSJD, y lo continuaría haciendo después del traslado de un hospital a otro con el fin de abastecerse de estudiantes como de personal para trabajar en el hospital. Este sería el

²⁹ IBID, Pg. 21

³⁰ IBID, Pg. 24

primer hospital en manejar costos hospitalarios; su asistencia técnica fue enmarcada por la OPS y la OMS³¹.

Para el 2005 se habla de un cierre de los hospitales públicos³², ya que el estado se demoraba en los pagos o no había pagado para el año de 2004 los servicios brindados por los hospitales a la población no asegurada y que se atendía por vinculados lo cual ocasionó déficit presupuestal, elevándose los egresos y los ingresos recibidos no alcanzaban a cubrir las necesidades del HRGV. Debido a esta preocupación se toma como estrategia liquidar el HRGV y abrir el Hospital Universitario de Santander (HUS) con nuevos actores y representantes del hospital como son el Departamento de Santander, la Universidad Industrial de Santander y el HUS, cada uno con unas obligaciones para la sostenibilidad del mismo. Se destaca que la UIS fue encargada de los procesos científicos-técnicos realizados por practicantes de las carreras profesionales de la Facultad de en salud.

Una vez realizado el cierre del HRGV y con el ánimo de responder a las obligaciones contraídas, al siguiente día se continúa con la prestación de servicios bajo la administración del HUS, gracias a la realización de actividades por parte de estudiantes, empleados y personas beneficiadas con el servicio, quienes se mostraron en contra de la liquidación del hospital, llevándose a cabo una movilización social que termina en una caminata hacia la ciudad de Santafé de Bogotá y la petición de no liquidación al señor Hugo Aguilar, Gobernador de Santander. Se evidencia en este momento el cambio de contratación y la estructura de empleados para el HUS, dado que el HRGV contaba con 1.103 trabajadores contratados y el HUS pasa a contar con 45 empleados de planta y 500 trabajadores por medio de cooperativas de trabajo asociado. Para el 4 de febrero de 2005 se declara la liquidación del HRGV y para ese mismo día se empiezan trámites de la apertura del HUS para no

³¹ IBID, Pg. 27

³² Echevarría, Marcela. Periódico EL PULSO. Liquidado Hospital Ramón González Valencia para convertirlo en Hospital Universitario de Santander. Edición No. 78 de marzo/2005. Medellín, Colombia. (consultado en internet) 18 de Noviembre de 2010. <http://www.periodicoelpulso.com/html/mar05/general/general-04.htm>

cerrar ni un solo día la entidad y no afectar a más de 4 millones de usuarios en el Nororiente Colombiano.

El HUS se crea el 4 de febrero de 2005 por mandato del señor gobernador del departamento de Santander Hugo Heliodoro Aguilar Naranjo; bajo su ordenanza dictó el decreto 000025 de 2005 en la cual se da la oportunidad de apoyar la red pública Hospitalaria brindando atención integral a los usuarios demandante de sus servicios. Para la creación del HUS fue designado como Gerente al señor Martín Bernardo Mejía Carreño. Desde sus inicios la población beneficiada con los servicios del HUS se ha encontrado distribuida porcentualmente como se muestra a continuación:

“la población atendida en un 70% corresponde al área metropolitana; 11.4% a Barrancabermeja, 3.3% a García Rovira, 3.3% a Vélez, 1.6% a Guané y 1.5 % a comuneros”³³

Como se logra vislumbrar en las anteriores cifras el HUS no sólo se limita a la población de Santander sino también ha acogido a personas remitidas desde otros centros de atención que no cuentan con la capacidad y organización dado su nivel de complejidad.

La entidad comenzó con una estructura básica entre las cuales se destacan el área de dirección, área de atención al usuario y el área de apoyo administrativo con funciones específicas y servicios a cargo de cada una de ellas, para la efectividad en el manejo de recursos y para la distribución equitativa y organizada que comprendieran el desarrollo global del HUS. La integración de la junta directiva se encuentra distribuida de la siguiente manera: 1. El estamento político-administrativo en el cual se ubica el gobernador del departamento, el secretario de salud departamental y el rector de la Universidad Industrial de Santander; 2. Los tres representantes del sector

³³ Hospital Universitario de Santander. Modelo de Hospital Público Universitario del País. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional. Pg. 3

científico de la salud y 3. Los tres representantes de la comunidad; las dos últimas partes de la junta directiva tendrá su forma específica de elección.

Para la ampliación de los servicios y mejorar la asistencia de los usuarios se realizaron actividades, proyectos y aceptación de donaciones para optar tecnología más eficiente a la necesidad de la población.

Como parte fundamental en el decreto se reitera el convenio docente-asistencial establecido anteriormente por el Hospital Ramón González Valencia con la Universidad Industrial de Santander y que ante este cambio será llevado a cabo por el HUS.

“Además de constituir centros claves para el diagnóstico y la atención del paciente, los Hospitales Universitarios son el escenario de formación y de construcción del conocimiento sobre la enfermedad”³⁴

Es importante destacar el trabajo del equipo humano interdisciplinario en el HUS al ser acogido para la experiencia y desarrollo profesional de los estudiantes en la cotidianidad con el paciente y su realidad que integran los conocimientos teóricos en la praxis misma de su ejercicio.

3.1 MODELO DE PLANEACIÓN

En el modelo de planeación del HUS, se dan a conocer lineamientos que el Hospital Universitario de Santander ha planteado para su construcción como entidad líder de salud y para su posicionamiento en un futuro deseado. También es importante reconocer los valores corporativos entendidos no sólo desde la entidad como IPS, sino extendidos en el talento humano - profesional de la salud y administrativo -, que conforma el equipo de trabajo del HUS, quienes realizan una serie de aportes personales en cada una de las áreas en la cuales se desempeñan con calidad y eficiencia.

³⁴ Villar, Luis Ángel Centeno. Un año después en el ejercicio de la dirección científica universitaria, un balance alentador. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional. Pg. 5

- **Visión**

“La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, será una organización consolidada y líder del sector salud en el nororiente Colombiano y el modelo de Hospital Público Universitario para el país, mediante la integración de procesos asistenciales y académicos, la administración eficiente con rentabilidad social y viabilidad financiera”³⁵

En el anterior planteamiento se valida que el HUS, desea consolidarse en un futuro próximo como una de las entidades públicas de salud enmarcado en el modelo de hospitales universitarios del país. Esto supone una relación estrecha con la academia y con la sociedad, vislumbrándose su protagonismo en el sistema de seguridad social, dado la cobertura de sus servicios y la atención que presta a diferentes grupos poblacionales del nororiente colombiano. Su preocupación por el logro de la mayor rentabilidad social y viabilidad financiera direcciona sus objetivos hacia el desarrollo de sus programas con criterios de eficiencia y eficacia de tal manera que se atiendan las necesidades de su equipo humano y profesional, de los pacientes que acuden a sus servicios cada vez que estos lo demandan y de otras IPS que refieren pacientes para su manejo.

- **Misión**

“La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, es una institución pública de orden departamental, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad; centro de referencia de la salud de servicios, de investigación científica y formación de talento humano en salud.

La misión del HUS está bajo una dirección de orden administrativa enfocada en la salud respectivamente donde sus principales intereses son la prestación de servicios en especial a la población más próxima como es el nororiente ce

³⁵ HUS. Cartilla institucional. Colombia, 2006

colombia pero también a las personas que sean remitidas para su atención logrando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la investigación científica en diferentes campos de especialización, entre los cuales sus sustentos se destacan profesionales que laboran en la institución y las prácticas asertivas del estudiantado en salud de las universidades, los cuales aportan y aprenden mediante la praxis diaria con los pacientes bajo la supervisión de un profesional y especialista; así como la formación de nuevos conocimiento y productos que beneficien al personal del HUS, capacitados para atender con mayor profundidad con el fin de formar talento humano más competente en la salud como en la responsabilidad que se tiene con la vida de las personas. Los avances que logre tener el HUS beneficiaran a la población interna y externa de la entidad.

- **Objetivos corporativos**

Responsabilidad social: ofrecer servicios de salud y educación de alto nivel científico con calidad humana, tecnológica y compromiso social, para el área del Nororiente Colombiano.

Calidad del servicio: garantizar servicios de salud competitivos y apoyo a la formación académica, que lleven al crecimiento continuo de la Empresa y generen confianza en los usuarios, con base en la eficiencia, efectividad, eficacia y oportunidad.

Competitividad: disponer de recurso humano idóneo y de alto perfil científico que, apoyado con equipo tecnológico moderno, permita a la institución liderar el sector.

Transparencia: la labor de las personas de la empresa se caracterizara por la congruencia en el pensar, actuar y decir, en el ejercicio y desarrollo de su profesión.

Financiero: consolidar una empresa de crecimiento continuo, económicamente sólida, que garantice la satisfacción de sus clientes internos y externos.³⁶

Los objetivos corporativos planteados en el HUS están orientados hacia ser una institución que brinde los servicios de calidad necesarios en la atención de la población del nororiente colombiano, por lo tanto la responsabilidad y formación profesional del profesional de la salud, los administrativos como de los estudiantes en formación presentan transparencia en los servicios prestados como en las herramientas a disposición para satisfacer las necesidades de alta complejidad en el hospital.

- **Valores corporativos**

Los valores corporativos del HUS se enmarcan en el perfil de cada una de las personas que trabaja en el hospital desde el sector administrativo hasta el operativo y están inmersos en la atención de la población en determinadas situaciones para su ayuda y respeto, como por la calidad de servicio y trato que el merece al ser persona y demandante de los productos de la institución.

“Como virtudes del ser humano: 1. Solidaridad, 2. Ética, 3. Profesionalidad, 4. Compromiso y 5. Conocimiento”³⁷

3.2 PRODUCTOS O SERVICIOS

Los productos de cada una de las subgerencias del Hospital Universitario de Santander la hace competitiva frente a otras instituciones de salud privadas, ya que el HUS está certificada no solo como institución de salud sino de nivel de complejidad tres por los instrumentos que están a disposición de toda la población y en si son los más beneficiados los de estratos socioeconómicos más bajos, su cobertura alcanza la población de Santander, sus municipios, veredas y corregimientos. Cada subgerencia desarrolla programas para la atención integral de las personas demandantes de los servicios del HUS.

³⁶ IBID.,

³⁷ IBID.,

- Subgerencia de servicios de alto costo (Cirugía Plástica y Quemados, Oncológica, UCI Pediatría y Unidad Renal)
- Sugerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico)
- Subgerencia de Servicios de Enfermería (El HUS en su Hogar)
- Subgerencia de Servicios de la Mujer y la Infancia (Ginecobstetricia, Pediatría y Urgencias Pediátricas)
- Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico (Imágenes Diagnosticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología y Medicina Nuclear)
- Subgerencia de Servicios Quirúrgicos (Especialidades)
- Subgerencia de Servicios Médicos (Medicina Interna y Urgencias Adultos)

3.3 LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES DE 10 A 19 AÑOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION EN EL HUS

Durante el periodo de intervención profesional de Trabajo Social y con apoyo del equipo psicosocial en el departamento de Ginecobstetricia, se logró conocer la población adolescente que ingresa a consulta externa y hospitalización implementando una herramienta de recolección de información construida y ejecutada en el proceso de práctica, la cual se detallará más adelante. A través de la anterior actividad se obtuvieron los siguientes resultados, que fundamentaron la estrategia de intervención en la institución.

La población adolescente que ingresó en el período de octubre de 2010 y febrero de 2011, tiempo en el cual se llevó a cabo el proceso de práctica profesional de Trabajo Social, eran jóvenes embarazadas y madres que se remitieron al HUS por los servicios de consulta externa y hospitalización para la atención de los controles de la gestación y del parto respectivamente. La presencia de adolescentes respecto a los dos servicios fue del 73% en

hospitalización y el 27% en consulta externa con un total de 208 de población de referencia de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes, el cual a su vez representa el 40% del total mujeres maternas que solicitaron la atención de los servicios del hospital. Para realizar una caracterización de la población adolescente es necesario la presentación de los resultados respecto a las variables demográficas, Determinantes Sociales de la Salud y la Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

De acuerdo a las variables demográficas la población adolescente que se presenta en el HUS de 10 a 12 años un porcentaje del 0%, de 13 a 14 años en un 6.6%, de 15 a 16 años de un 26% y por ultimo de 17 a 19 años en un 66%, de lo cual se infiere que las adolescentes iniciaron su vida sexual activa en un promedio de 15 años; de acuerdo al estado civil de las jóvenes que ingresaron al HUS se encontró que eran solteras el 26% y en unión libre el 73%, el convivir en unión libre se dió después de enterarse del embarazo por lo tanto las gestaciones aunque no fueron planeadas, la mayoría de adolescentes manifestó querer su hijo y no haber intentado abortar por lo menos en el 89% de la población, por lo tanto el 11% si pensó en abortar al enterarse de su estado de embarazo.

El lugar de nacimiento y de residencia de las familias se presentó en Bucaramanga y otros, destinados a municipios y veredas fuera del área metropolitana de la capital de Santander, por lo tanto el 70% reside en un zona rural y sólo el 29% reside en la zona urbana, lo cual indica que la mayoría de los embarazos presentados se dan en la zona rural debido a las condiciones que no son favorables para las adolescentes con respecto a la educación, ocupación, nivel socioeconómico y cultural de la situación familiar en la que crecieron y las limitadas oportunidades de las mismas. La última de las variables demográficas responden al 68% en el estrato uno, el 24% del estrato dos y en menor proporción en un 8% en el estrato tres, como se observa las adolescentes vienen de viviendas que quedan en la zona rural y por lo general no tienen el acceso a salud y educación necesarias en el bienestar integral de las jóvenes.

La categoría de los Determinantes Sociales de la Salud establecida en el estudio, corresponde en primera instancia a la ocupación, donde las adolescentes se encuentran siendo amas de casa en un 66%, estudiantes con un 20% y en un 14% se hallan distribuidas trabajando independientes, a tiempo completo o por horas, analizándose que la mayoría de ellas son dependientes económicas de una persona mayor como es el padre de familia, suegros y la pareja o padre del recién nacido; con respecto a la educación el 12% no ha terminado la primaria, el 16% apenas cuenta con la primaria completa, el 49% ha alcanzado una secundaria incompleta, por lo general se encontraban cursando octavo o noveno grado, el 14% ha terminado su bachillerato y sólo el 8% estaba realizando una carrera tecnológica o universitaria, la cual manifiestan terminarla con la ayuda de sus padres y su pareja.

De los anteriores porcentajes presentados sólo el 30% de las adolescentes decidió continuar con sus estudios y el 70% restante que desertó de la educación manifestó salir por los malestares en el embarazo, el nivel socioeconómico de su familia y por voluntad propia, la última razón se dio en las adolescentes antes de haber quedado en embarazo puesto que se justificaron con no encontrarle gusto al estudio. De acuerdo a lo antepuesto se observa cómo las adolescentes no han buscado trabajo sino que al quedar en embarazo prefieren refugiarse en sus hogares debido a las complicaciones y malestares durante el embarazo como de la pena que sienten al ser señaladas e identificadas en las instituciones como madres adolescentes.

Con respecto al régimen de salud, las adolescentes eran en un 69% beneficiaria del régimen subsidiado, en un 1% del contributivo y el 29% ingresaron con el Sistema de Identificación y clasificación de potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN). La vivienda en la cual residían las adolescentes era casa en un 80%, apartamento en el 8% y cuarto en un 12%, presentándose que la vivienda es de ladrillo para el 93% de las adolescentes y es arrendada en el 45%, donde las adolescentes se han ido a vivir con su familia o la de su pareja, puesto que la situación de la pareja y la edad de los adolescentes demanda el apoyo del entorno familiar, en el cual

tengan donde vivir para lograr la estabilidad emocional y económica que necesitan. Las jóvenes durante el embarazo consumen entre tres a cinco raciones diarias en un 74% y en la realización de ejercicio no presentan ningún interés, solo el 25% practicó algún tipo de actividad física por lo menos 1 vez a la semana.

Con respecto a la variable de la salud sexual y reproductiva, las adolescentes iniciaron su vida sexual activa entre los 10 a 12 años el 4%, durante los 13 a 14 años el 28%, a los 15 años el 24%, entre los 16 a 17 años un 42% y en los 18 a 19 años el 1%, los resultados obtenidos anteriormente responde a la frecuencia de adolescentes contactadas de 17-19 años y que por los datos obtenidos el primer encuentro sexual tenido en las jóvenes fue alrededor de los 16 años, edad en la cual los embarazos en el grupo poblacional son de mayor riesgo y terminación del parto en cesárea por las condiciones físicas de preparación del cuerpo en las adolescentes. Las relaciones sexuales en las jóvenes en un 94% fueron concebidas por consentimiento propio y en el 6% fueron forzadas a tener relaciones sexuales por el padre de la adolescente, un amigo, desconocido, vecino cercano a la familia materna y finalmente por un desconocido, se debe dar a conocer que el ultimo porcentaje se le dio el adecuado proceso de casos de vigilancia epidemiológica, mediante el reporte y acompañamiento por parte del equipo psicosocial.

El 80% de las adolescentes manifestaron tener un embarazo de su pareja actual y el 14% de su embarazo fue de su ex pareja, las primeras jóvenes como es de entender cuentan con el apoyo de su familia y la pareja por el contrario de las adolescentes que no cuentan apoyo económico ni afectivo por parte del padre del recién nacido y hoy se encuentran sosteniendo a sus hijos con la colaboración de la familia materna y siendo madres solteras. De acuerdo al conocimiento de los métodos de planificación familiar el 77% manifestó haber escuchado de los MPF por medio de los colegios y las instituciones de la salud y el 22% contestó no tener conocimiento de los métodos anticonceptivos, pese a lo anterior sólo el 33% se encontraba planificando, para las cuales los métodos utilizados fueron las pastillas y la inyección con el 26%, la DIU y otros

con el 2% y por último el condón con el 4%, datos que coinciden con los datos a conocer por la ENDS de 2010. Como última temática de la variable salud sexual y reproductiva, el contagio de alguna ITS en las adolescente fue sólo para el 6%, al establecer la pregunta algunas de las adolescentes manifestaban pena y desconocimiento de que era en si una infección de trasmisión sexual.

Como se puede analizar la población que ingresa al HUS por consulta externa y hospitalización, presenta las características de vulneración por razones socioeconómicas y de oportunidades educativas, para continuar con su preparación profesional, aunque en salud cuentan con el aseguramiento necesario éste es realizado por urgencias más no para consultas periódicas o búsqueda de información relevante para las adolescentes como son los servicios de PYP, ya que ni al quedar en embarazo ni en pos parto asisten con regularidad a las instituciones de salud a menos de presentar complicaciones, ello se evidenció en el contacto con las adolescentes quienes contaban con más hijos diferentes al presente embarazo o parto.

4. CARACTERIZACION DE LA EXPERIENCIA

La experiencia realizada en el HUS, se dio en primera instancia desde la presentación del campo de práctica por parte del director de Ginecobstetricia y en compañía de la supervisora de Trabajo Social, donde se pautaron las responsabilidades a cumplir desde la salud y lo social, entorno al embarazo en las adolescentes, con ello se dio paso al diagnóstico de los alcances y limitaciones que existían en el trabajo con el grupo poblacional desde el personal administrativo como interdisciplinario en la atención de las adolescentes embarazadas y madres. Por medio de lo anterior se realizó la planeación la que apuntó a tres direcciones: la realización de un proyecto de investigación para el conocimiento de la problemática en sí en el HUS, el reporte de casos de Violencia Sexual e Intrafamiliar (VSI) en las jóvenes, y por último la atención diaria de las mismas, lo cual conllevó a la intervención profesional y ejecución de lo planeado dirigido a brindar asesoría en falencias presentadas en planificación familiar, atención materno-infantil con los recién nacidos, derecho de alimentos y detección de los casos de VSI.

El trabajo realizado contribuyó a la creación de una base de datos con información sobre las adolescentes embarazadas y las complicaciones en acceso a la salud, factor importante para la detección temprana de alteraciones en la gestación; de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de los casos de VSI, se presenció la falta de información que tienen los médicos internos en el manejo de las herramientas de reporte en VSI en las adolescentes menores de 16 años. Elementos que fueron relevantes al momento de definir el proceso de intervención profesional de trabajo social que se presenta a continuación.

4.1 MATRIZ DOFA

El área de intervención profesional fue el servicio de Ginecobstetricia en la atención dirigida a las adolescentes embarazadas y madres en el HUS en la cual se utilizó la metodología de la matriz DOFA para la identificación de

estrategias en el proceso de la práctica, puesto que desde sus componentes permiten el análisis del interior y exterior a la institución desde lo positivo y negativo como bases esenciales para el trabajo a ejecutar y para lograr la alineación a la plataforma estratégica del HUS.

Por lo anterior la matriz DOFA permitió la visualización de las debilidades y fortalezas existentes en la atención de las adolescentes embarazadas y aquellas que en su momento de contacto son madres desde el equipo de trabajo interdisciplinario. Por otra parte se observaron las amenazas y oportunidades que se generaron al exterior del departamento de Ginecología y Obstetricia que atañen primordialmente a la relación del individuo con su familia, a los planes de desarrollo en su inclusión de directrices para el cumplimiento de metas establecidas a nivel de salud entre otras.

El análisis situacional por medio de la matriz DOFA, esclarece las condiciones para el trabajo y las posibilidades que se pueden dar como estrategias para el proceso y desarrollo de la práctica profesional en el HUS.

Cuadro 1. Matriz DOFA del proceso de atención de adolescentes en embarazo y madres en el Hospital Universitario de Santander, Departamento de Ginecología y Obstetricia.

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de investigación Gynecology and obstetrics (GYNO) del área de la salud, no cuenta con la participación de estudiantes en el proceso investigativo. • No se han realizado estudios de los riesgos sociales en el embarazo en adolescentes. • El grupo transdisciplinario no trabaja con problemas sociales en el embarazo de adolescentes. • La población de embarazadas adolescentes es variante. • No existen grupos focales. • Bajo interés por el personal de la salud de Ginecología y Obstetricia por indagar en el embarazo en adolescentes más desde lo psicosocial que lo clínico. • Los profesionales médicos encargados de la atención en general presentan 	<ul style="list-style-type: none"> • Se han realizado estudios de salud describiendo e identificando las complicaciones en el embarazo, pos parto y lactancia. • Las leyes y políticas existentes con prioridad en la atención de la madre gestante. • Tasa de fecundidad nacional en adolescentes del 16%, porcentaje que da lugar al estudio de embarazo en adolescentes a nivel local en el HUS. • Instituciones de planificación en el área local. • Planes de desarrollo orientados a Mejorar la Salud Materna, quinto ODM. • Demanda inducida en la seguridad social integral en salud para madre gestante y menor de 1 año. • Interés del departamento de

<p>incumplimiento en el reporte de menores de 16 años embarazadas y/o abusadas sexualmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> No existen programas de promoción y prevención en el HUS de las complicaciones biosicosociales del embarazo en adolescentes. El trabajo operativo del día a día dificulta la atención personalizada con la población. Los diagnósticos pediátricos incompletos no permiten observar el estado en el que nació el recién nacido. Al no haber sanciones ni multas por incumplimiento de cita o retardos en la llegada de la población, se pierde tiempo en la espera de adolescentes embarazadas en consulta externa. 	<p>Ginecobstetricia por indagar en los riesgos de embarazo en adolescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> El estilo de vida (alimentación y actividad física), oportunidades sociales, culturales y económicas de la madre repercuten en el estado de salud al nacer del recién nacido. De 1.797 mujeres que ingresaron embarazadas y madres al HUS en un periodo de siete meses en el 2010, 521 son adolescentes. El ingreso ascendente de adolescentes en embarazo y madres después de los fines de semana permite una mayor atención de casos y conocimiento de la problemática. Algunas familias apoyan a las adolescentes en su embarazo de manera económica y educativa. Antecedentes de programas para adolescentes desde el trabajo social en países como Argentina, Brasil y México. La atención oportuna de la practicante con adolescentes podrá detectar víctimas que se remitirán a salud pública o casos de atención en crisis.
FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> Apoyo del grupo interdisciplinario para la adopción de nuevas estrategias con adolescentes. Disposición de auditora administrativa por dar acceso a las estadísticas del departamento. La profesional universitaria y el departamento de desarrollo institucional tienen carpeta de información del HUS para los estudiantes. La transdisciplinariedad de personal capacitado en salud y atención psicosocial. Existencia de parámetros y documentos en el reporte de casos de embarazo en adolescentes y/o abuso sexual. Fluencia de población en el HUS en las áreas de consulta externa, hospitalización o servicios de urgencias. Personal capacitado en llevar a cabo las estrategias de promoción y prevención de embarazos en adolescentes. Disponibilidad de recurso físico, tecnológico y humano para la atención adecuada. La atención de la cita es de 20 minutos por paciente. Las citas son dadas con una semana de anticipación. El horario para atención de maternas es fijo de 11 a.m. a 3 p.m. de lunes a viernes. El equipo psicosocial trabaja por la restitución de derechos a la madre menor de edad y al recién nacido. Gran número de adolescentes que se 	<ul style="list-style-type: none"> En la etapa de la adolescencia se pierde el vínculo estrecho con los padres. El adolescente es influenciado por grupo de pares. El adolescente desconoce los hábitos saludables. En la adolescencia se presenta mayor curiosidad por la sexualidad y el sexo. Escasas investigaciones o estudios en la atención de la adolescente embarazada y su familia. Bajo nivel en la promoción y prevención de factores de riesgo en la morbilidad y mortalidad en la madre y feto. Baja educación de la familia en la educación e información de salud sexual y reproductiva en el inicio de la adolescencia. La cultura tradicionalista de las familias en especial de los pueblos, veredas o municipios dificulta el proceso de nuevas actitudes hacia la promoción de la salud sexual y reproductiva. Campañas preventivas limitadas a la difusión de información y comunicación. Dificultad de adoptar nuevos patrones de educación en las diferentes redes del adolescente. La situación geográfica y socio económico de las adolescentes dificulta la atención y realización de controles prenatales. La mayoría de los padres de familia no aceptan el embarazo de su hija y deciden echarlas de la casa. Las adolescentes sin alternativas se van a vivir a casa de sus suegros.

<p>practican aborto inducido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de censo cada mañana para reportar nuevos ingresos de pacientes. • El grupo de investigación de Gynecology and obstetrics (GYNO), se encuentra interesado en incentivar la participación de docentes y estudiantes en el equipo de manera interdisciplinaria. • Se brinda inducción a un mayor número de internos y residentes, pues su rotación es de dos meses, en el reporte de casos de violencia sexual e intrafamiliar como de casos de menores de 16 años. • Estudiante en práctica interesada en trabajar en atención con adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • La adolescente conoce métodos de planificación familiar y no planifica. • La deserción escolar, ya sea por desinterés propio al estudio o por el embarazo repercute en la calidad de vida del recién nacido y la adolescente. • Las adolescentes embarazadas incumplen las citas o llegan tarde a consulta externa. • Algunos residentes e internos no tienen como prioridad en su quehacer profesional la indagación en situaciones de maltrato en un paciente. • El incumplimiento en la vigilancia epidemiológica por parte del profesional médico puede ocasionar graves sanciones en las que se perjudica el HUS.
--	--

Fuente: Diagnóstico realizado en los servicios de hospitalización y consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia realizada en el HUS, 2010.

4.2 DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

En el Hospital Universitario de Santander (HUS) se presentó en un periodo de siete meses el ingreso de 521 adolescentes embarazadas y madres adolescentes, es por ello que el departamento de Ginecología y Obstetricia ha querido hacer estudios sobre el presente fenómeno desde lo clínico, y aunque se han realizado avances en los tratamientos y sustentos de complicaciones en el por qué el embarazo adolescente es un riesgo para la madre como para el recién nacido, no se han establecido estrategias de apoyo desde lo psicosocial, por dicha situación se llegó al acuerdo con el jefe del departamento para que el proceso de práctica de la estudiante aportaría tanto a la salud como a lo social. Por lo anterior se vio la necesidad que para la búsqueda de información sobre los factores de riesgos sociales en las adolescentes que quedan en embarazo a temprana edad.

En relación con las fortalezas con las que cuenta el HUS, se encuentra un equipo a trabajar bien estructurado de profesionales en las áreas de la salud y atención psicosocial, una infraestructura adecuada para el manejo y tratamiento de enfermedades de tercer nivel de complejidad, personal administrativo dispuesto a la colaboración en casos requeridos tanto de información institucional como epidemiológica, lo cual facilitó la fácil ubicación y adaptación en la institución por parte de la practicante.

Además de lo anterior el interés mostrado por el departamento de Ginecología y Obstetricia en la atención en específico de las adolescentes embarazadas, hizo relevante desde el área social que la practicante conociera la realidad y estableciera estrategias de promoción y prevención, no sólo limitadas a la divulgación de información sino también a los resultados y educación de las adolescentes en la vivencia saludable de su sexualidad con el apoyo del grupo de investigación del departamento llamado GYNO, dirigido por docentes del área de Ginecología y Obstetricia donde sus investigaciones son de corte clínico y asistencial. De acuerdo a lo anterior se puede inferir que la participación nula de estudiantes en el grupo GYNO, se debe al círculo cerrado y exigente por parte de algunos docentes en el equipo como también a la falta de información por parte de los directivos en incentivar a la inclusión de estudiantes de diferentes carreras, no sólo salud en el campo de la investigación para el logro de sustentos que apoyen estrategias de atención, en específico las adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

Por medio de la socialización y trabajo con el equipo psicosocial, la estudiante en práctica estableció la necesidad de reforzar la atención en los casos de vigilancia epidemiológica en el reporte de casos de embarazo en menores de 16 años como la detección de violación intrafamiliar y sexual en menores de 19 años para la realización de los debidos procesos, la mayoría de las veces no se logró realizar por el trabajo del día a día y la inexistencia de programas de promoción y prevención para una atención integral, y no sólo de reportes a las instituciones competentes como el ICBF, Fiscalía y Comisaria de Familia. A lo anterior se suma la falta de sensibilización de algunos médicos en la notificación de dichas situaciones en el HUS como del diligenciamiento completo de la ficha de nacimientos de los recién nacidos por parte de los pediatras. Por lo tanto se identifica que una de las fortalezas es la inducción de internos y residentes sobre la notificación de casos de la anterior población y problemas descritos para el cumplimiento de la ley, pero la dificultad surge cuando la rotación en ellos es de dos meses y entran nuevos internos y residentes con el agregado que este cumplimiento depende del compromiso personal de cada uno de ellos.

Continuando con el análisis de la MATRIZ DOFA las debilidades observadas por parte de la estudiante en práctica fueron la imposibilidad de trabajar con un grupo focal de adolescentes, ya que en el hospital la estadía por parte de las maternas se limita a escasos tres días, por tanto el contacto con la población es variante, y a pesar de ello el corto trato con las adolescentes es indispensable para la identificación de menores de 16 años como de casos de violencia sexual e intrafamiliar en menores de 19 años, por tal razón se hizo imprescindible la realización por parte de la practicante en el censo diario de adolescentes que ingresan tanto a puerperio como a consulta externa para la caracterización de problemáticas o fortalezas en su cotidiano vivir, sino se hubiere realizado esta actividad cada día se perderían una gran oportunidad de realizar vigilancia epidemiológica como de aportar en el proceso de protección social, ya que si no se dedica una persona a esta actividad las adolescentes se les da salida sin ninguna identificación de factores de riesgo por parte del equipo profesional de la salud, debido a la poca profundización de los doctores y enfermeras en la indagación de situaciones de maltrato.

En las estadísticas epidemiológicas analizadas la de menos edad que ingresó al HUS embarazada tenía 9 años para el 2008, caso que fue impactante para el hospital y salud pública donde se realizan los reportes por parte de la trabajadora social. Otra dificultad es la carencia de datos de investigación en el área social producto de procesos de estudio en el HUS, así que es preciso referenciarse de investigaciones a nivel internacional, y nacionales, puesto que el mayor interés presentado en este fenómeno es hacia lo asistencial y clínico, no sólo evidenciado en el HUS.

Debido al sector público en el cual gira el HUS, una debilidad que se identifica en el cumplimiento de las citas es que no hay control por llegada sino por asistencia así que si las personas no llegan o ingresan tarde no obtienen un llamado de atención, lo cual dificulta la optimización del tiempo en la recolección de información, puesto que se pierde tiempo la mayoría de veces en consulta externa esperando a las adolescentes que ingresan por control o prevención en casos de embarazos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO). La

fortaleza de ello es que las citas son designadas por semana anticipada y la atención en relación al tiempo es de 20 minutos por pacientes, que muchas veces se prolonga a 1 hora puesto que se citan a 6 personas para una misma hora y se atienden por llegada, esta situación para las personas que son cumplidas genera molestia. El horario dispuesto para la atención de mujeres embarazadas es de 11 de la mañana a 3 de la tarde de lunes a viernes lo que ayuda en la organización del tiempo para la distribución de actividades en el transcurso del día de la practicante, quien dispone de ese lapso para dedicarlo a la atención de adolescentes en el área de consulta externa.

Aunque en el área de puerperio se realiza el censo todas las mañanas, la debilidad que se encontró es la falta de datos como la edad para identificar habitaciones con adolescentes embarazadas o madres y así evitar la ronda de verificación de que camas son de adolescentes y cuales son de adultas; como oportunidad se evidenció que la mayoría de ingresos reportados dan lugar al lunes debido a que ingresan los días sábado y domingo por lo tanto se accedió a un mayor número de población para hacer contacto y establecer estrategias de atención.

En las oportunidades establecidas se encontraron las diferentes investigaciones que a nivel internacional pueden ser consultadas y en las cuales se hallan datos de gran aporte para el establecimiento de estrategias en el proceso de práctica, con temáticas como la morbilidad en embarazo, pos parto y lactancia de las maternas y los recién nacidos, lo cual fue indispensable para conocer consecuencias en la madre y recién nacido a causa de un embarazo en la adolescencia. A nivel internacional, nacional y local se localizan leyes y políticas, entre las cuales se mencionan la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, el Conpes del 91, Ley 100/93, Resolución 412/2000, Resolución 3384/2000, Ley 1438/2011, el Plan Nacional de Salud Pública, la Política de Salud Sexual y Reproductiva, los DSR, el Código de Infancia y Adolescencia, que son utilizadas para beneficio de diferentes grupos poblacionales y en diversas situaciones que orientan a la adopción de estrategias de intervención como creación de instituciones dedicadas a la

orientación en la promoción y prevención, las cuales sirven de guía para la practicante en la búsqueda de estrategias de atención como de referencia para tener en cuenta como información relevante para dar a conocer a profesional médico como población beneficiada.

En el contexto local se hallan instituciones como PROFAMILIA y APOYAME dispuestas a brindar la información precisa a los adolescentes y madres adolescentes de la planificación familiar como se viene realizando desde el trabajo social en países como Argentina, México y Brasil, en la cual se encuentran programas establecidos para la atención de adolescentes en caso de embarazo en adolescentes y educación hacia la sexualidad sana y responsable como también de brindar orientación a la adolescentes después de quedar en embarazo y tener su bebé, de obtener información de planificación familiar pos parto con el fin de evitar que a temprana edad estas adolescentes no tengan un número mayor e hijos a los cuales como consecuencia no se les brindaran los cuidados adecuados y la calidad de vida que merecen.

Tanto las leyes acogidas en los planes de desarrollo como en la creación de instituciones se encuentran adaptadas a los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), la importancia en la madre y el recién nacido es tal que ha sido una orden la demanda inducida en beneficio de ellos, lo cual es de gran importancia como se observará en la recolección de información por encuesta, la población que accede en gran número es la de estratos 1 y 2, hecho que deja entrever el nivel socioeconómico para la atención en los cuidados de la madre y recién nacido como de la capacidad de acceso a recursos para la captación temprana de controles prenatales que eviten situaciones de riesgo a nivel de salud en la gestante y el feto. Dentro de los ODM, se cita el quinto objetivo relacionado con la Salud Materna y en el cual vislumbra la importancia de establecer estrategias de cumplimiento referente a la disminución de las tasas de natalidad en adolescentes como la atención de respectiva población. De lo anteriormente descrito se hace necesario revisar las encuestas demográficas para conocer la

tasa de natalidad a nivel nacional, la cual se encuentra en el 16%³⁸ en el embarazo en adolescentes, establecido como hecho alarmante, dado el dato anterior se identificó la población que para enero a julio de 2010 ingresó al HUS y se encontró que del 100% de mujeres para estas fechas que solicitaron servicios del hospital, el 28.49% eran adolescentes embarazadas y madres. Dada la cantidad de casos presentados se inició por parte de la practicante la indagación y construcción de estrategias en la atención de adolescentes embarazadas y madres. Además en la investigación realizada se encontró que los recién nacidos de adolescentes presentan mayores factores de riesgo como son el bajo peso al nacer³⁹, con un 10% de prevalencia en el HUS, recién nacidos infectados, 4% en el hospital y por último las malformaciones al nacer con un 2% como consecuencias de los embarazos denominados ARO en la población.

Dentro de las amenazas identificadas se encuentra la etapa del ciclo vital de interés, a la cual se denomina adolescencia, en ocasiones relacionada con dificultades por la trascendencia y los duelos en los que el niño experimenta para dar paso a la adultez, siendo relacionada esta etapa con una serie de conflictos que van desde el desprendimiento con los padres, el dejar el rol de niño, la adopción de nuevos patrones de cultura de los pares y el enfrentamiento de creencias del núcleo familiar con los de amigos de colegio, barrio y grupos no formales, lo problematiza aún más la presencia de un embarazo adolescente, donde una de las consecuencias graves en la funcionalidad familiar es la decepción de metas a cumplir por el comportamiento del hijo e hija, la aceptación de la nueva situación de la hija y su próximo nieto o en la negación de los hechos que da como respuesta el abandono por parte de los padres de la menor que acarrea el desplazamiento hacia la casa de su compañero y padre de su hija, ello puede traer consecuencias como la desvalorización propia de la adolescente como del abuso de sus facultades por parte del compañero y familia de él.

³⁸ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Tomado de: PROFAMILIA. Antecedentes. Pg. 1

³⁹ Datos analizados en las estadísticas epidemiológicas del Hospital Universitario de Santander para las fechas de enero a julio de 2010. Ver anexos.

Las curiosidades propias de la adolescencia referentes al sexo y la sexualidad sin una guía de personas del entorno familiar, educativas y comunidad refuerzan los lazos de complicidad entre los adolescentes propiciando el inicio temprano de relaciones y contactos sexuales por ser percibidos como normales dentro de sus grupo de pares, quienes no educan sino que inciden a ello, repercutiendo en consecuencias además del embarazo, la transmisión de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), la inducción o búsqueda de métodos de abortar sin los debidos procesos de higiene necesarios para esta situación, lo cual en gran porcentaje se ha observado la muerte de menores en la práctica ilegal del aborto y por último las disfunciones sexuales en la etapa adulta, pero lo que comúnmente se encuentra que preocupa a los adolescentes en general es el embarazo y no el riesgo que atañe en sus vidas las demás consecuencias descritas anteriormente, puesto que el embarazo es concebido por los adolescentes como el resultado con mayor gravedad por todo lo que conlleva el tener un hijo en la adolescencia.

Aunque se pueden encontrar núcleos familiares cohesionados y que toman las dificultades como procesos que deben ser vividos como enfrentados por todos los miembros de la familia, para ello es necesario que se cuente con la disponibilidad de brindar igualmente oportunidades educativas y laborales que afectan positivamente a la madre como al recién nacido, de lo anterior se analiza que debido a la situación de la adolescente tiene una condición de dependencia económica por parte de sus padres como de la pareja. Una de las dificultades percibidas en la recolección de información con las adolescentes embarazadas y madres fue la residencia, que en la mayoría es de veredas y municipios donde se estima que no cuentan con los recursos físicos y de atención especializada para brindar un excelente servicio de controles prenatales y educación en hábitos saludables en el embarazo y lactancia, el cual incide en el aumento de morbilidad y mortalidad en la madre como el recién nacido.

Prevenir el abandono de la adolescente por parte de su familia como factor de riesgo para la madre y el recién nacido es importante para asegurar la calidad

de vida para ambos menores y la protección en el hogar donde la adolescente ha crecido, con tal de evitar tanto el maltrato físico como verbal, que pudiere generarse en la casa de los suegros como en la familia propia. Es importante señalar que la responsabilidad en la crianza de un hijo atañe a ambos padres es por tal razón que la practicante observó la necesidad de reforzar en las adolescentes embarazadas y madres el conocimiento de derechos como de alimentos, puesto que en algunas de las adolescentes se presenta abandono por parte del padre del recién nacido, incidiendo en la vulneración de derechos y su calidad de vida, percibiéndose solo compromiso por parte de la madre como el apoyo de la familia materna en el sustento de ambos lo cual conlleva a mayores dificultades económicas en el hogar.

Además de ello se encontraron las tradiciones culturales arraigadas de los padres provenientes de la vereda o municipio en la cual crecieron y la cual va en contra de las nuevas necesidades en los adolescentes como son la educación en los derechos sexuales y reproductivos, puesto que para la época de hoy en día se hace necesario estrategias familiares para establecer una adecuada comunicación con los adolescentes sobre sexualidad. Como sustento de lo anterior se puede observar que la sociedad ha visto como han crecido los índices de embarazos en adolescentes, las ITS, el aborto provenientes del inicio temprano de relaciones sexuales sin la adecuada utilización y cuidado con métodos de planificación familiar, aunque se tengan los conocimientos las adolescentes manifiestan no usar el condón, las pastillas o las inyecciones en la relación sexual por miedo a hacer descubiertos por sus padres, lo que acarrea problemas aún mayores como la paternidad de menores criando a otro menor.

Dada las repercusiones mencionadas anteriormente se dio relevancia en la realización de investigaciones en el entorno a la prevención de la morbilidad y mortalidad en la madre adolescente y el recién nacido desde la atención psicosocial así como la difusión de campañas preventivas, las cuales no se limiten tan solo al dar la información sino a la educación y apropiación por parte de los adolescentes como de las familias y la comunidad en general, ello

apoyará la disminución de casos de embarazo en adolescentes, ITS y abortos en la población adolescentes si se formulan e implementan estrategias coherentes y verificables en los años, ya que es un problema que toca de una u otra forma el entorno en el cual se desarrolla el adolescente y los menores empiezan a ver este fenómeno como algo normal dado en la sociedad, sin ver las consecuencias que ello acarrea.

4.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE LA PRÁCTICA EN EL HUS

Con base en el análisis de la situación en el HUS con referente al servicio del departamento de Ginecología y Obstetricia en la atención de adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el HUS se hizo necesario plantear en primera instancia una investigación que indagará en el conocimiento de la problemática en el departamento de Ginecología y Obstetricia, el rol de los profesionales de la salud frente a la problemática Violencia Sexual e Intrafamiliar (VSI) y el rol de Trabajo Social en el departamento de Ginecología y Obstetricia para la implementación de estrategias de atención de las problemáticas que giran en torno al fenómeno social del embarazo en la adolescencia y realizar de forma comprometida la atención en los casos de vigilancia epidemiológica con el fin de recolectar información relevante en la identificación de ingreso de menores de 16 años⁴⁰ en embarazo y madres adolescentes como de reportar casos de VSI en menores de 19 años⁴¹ para apoyar los procesos de protección social de la adolescente.

El objetivo de intervención profesional a ejecutar en el proceso de la práctica fue la atención y seguimiento de los casos de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes que ingresan al HUS con el fin de adoptar estrategias que den respuesta a las necesidades sentidas por las adolescentes.

⁴⁰ Según el Código de Infancia y Adolescencia, independientemente de haber sostenido una relación sexual con consentimiento propio o no, por parte de la adolescente menor de 16 años se debe reportar por medio de la vigilancia epidemiológica de profesionales de la salud y el área psicosocial.

⁴¹ Debido a la presencia de adolescentes mayores de 16 años víctimas de VSI se realiza también la atención del caso por parte de profesionales de la salud y el área psicosocial.

A continuación en el cuadro 2, se establecen las estrategias en el campo de práctica que fueron de gran aporte para la experiencia profesional.

4.4 ESTRATEGIAS A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE INTERVENCION

Cuadro 2. Estrategias

ESTRATEGIAS	
Debilidades y Oportunidades (DO)	Debilidades y Amenazas (DA)
<p>Apoyo al grupo de investigación GYNO con la participación de estudiantes de diferentes carreras en temáticas de indagación. D1- D2 - D3 - D6 – O7</p> <p>Realización de la revista asistencial⁴² para la identificación del ingreso de adolescentes menores de 16 años y menores de 19 años víctimas de violencia intrafamiliar y sexual. D7 – D9 – D13</p> <p>Realización del proyecto de investigación del embarazo en adolescentes y madres adolescentes desde Trabajo Social. D2 - D3 – O1 - O2 - O3 - O4 - O5 - O6 O8 - O9 - O10 - O11 - O12</p> <p>Asesoramiento a padres de familia y adolescentes de la importancia de hablar de la sexualidad desde el hogar. D3 – D8 – D9 – O11</p>	<p>Implementación de una guía de trabajo con el equipo psicosocial del HUS para atender a las adolescentes embarazadas, madres y familia. D3 - D8 - D9 - A1 - A2 - A3 - A4 - A5 A6 - A7 - A9 - A10 - A12 - A13 - A14 A15</p> <p>Sensibilización del profesional médico en la atención de violencia sexual e intrafamiliar. D7 – A18</p>
Fortalezas y Oportunidades (FO)	Fortalezas y Amenazas (FA)
<p>Vigilancia epidemiológica de adolescentes embarazadas y madres de 10 a 19 años de forma continua, confiable y oportuna. F17 - O13</p>	<p>Concientización de los pacientes en el cumplimiento de las citas en consulta externa y ecografía. F9 – F10 – F11 - A16</p> <p>Fortalecimiento de la inducción de residentes e internos para la recolección de información de situaciones de maltrato físico y verbal. F16 – A17</p>

Fuente: Estrategias de intervención a realizar en los servicios de hospitalización y consulta externa del departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

⁴² La revista asistencial es el proceso realizado diariamente en el área de hospitalización por parte de los médicos para analizar los casos ingresados de las mujeres maternas con respecto a su evolución, diagnóstico y medicamentos utilizados en la paciente. Es por ello que se llamo a la revisión diaria de las adolescentes revista asistencial, donde se contacta a la adolescente embarazada y madre adolescente para dar atención coherente a la necesidad de la joven.

En relación al diagnóstico realizado en el Departamento de Ginecobstetricia en las áreas de puerperio, urgencias y consulta externa como de la colaboración para la ubicación institucional de la practicante en el HUS se priorizó en las estrategias a trabajar acorde con el apoyo del personal administrativo, equipo psicosocial, profesionales de la salud y de la disponibilidad de tener contacto con las adolescentes embarazadas y madres demandantes de servicios en los espacios mencionados, para lo cual se desglosará en forma clara los objetivos estratégicos trabajados por parte de la estudiante en práctica.

- Realizar vigilancia epidemiológica en casos de madres adolescentes menores de 16 años y menores de 19 años víctimas de violencia sexual e intrafamiliar.
- Efectuar investigación de los Determinantes Sociales de la Salud como factores de riesgo en el embarazo de adolescentes desde el área psicosocial.
- Cumplir de manera continua, confiable y oportuna con la atención de menores de 10 a 19 años en las áreas de consulta externa y puerperio donde se informe y remitan según sea el caso.

Después de analizar y priorizar en las estrategias descritas anteriormente, con posibilidad de desarrollo en el proceso de la práctica se han seleccionado tres de ellas, en los cuales se plasmó un objetivo general seguido de una estrategia clave y un plan operativo para llevar a cabo la ejecución en el campo de práctica.

4.5 DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCIÓN POR MEDIO DE LA PLANEACIÓN OPERATIVA DEL PROCESO DE PRÁCTICA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOBISTETRICIA DEL HUS

Cuadro 3. Objetivo estratégico 1.

OBJETIVO ESTRATEGICO 1 (DO):			
Establecer los determinantes sociales de la salud como factores de riesgo en el embarazo de las adolescentes y madres con el fin de fijar una ruta de manejo coherente al problema.			
Estrategia 1: Realización del proyecto de investigación del embarazo en adolescentes y madres adolescentes desde Trabajo Social.			
Acciones estratégicas	Meta	Indicador	Avance de proceso
Realización del protocolo de investigación con adolescentes embarazadas y madres desde el área psicosocial.	Tener el protocolo de investigación el 29 de octubre de 2010 con los aportes y correcciones realizado por los supervisores tanto de la entidad como de la academia.	Tener en físico el protocolo de la investigación el 29 de octubre de 2010.	Se logro presentar para la fecha establecida la propuesta de investigación con las correcciones pertinentes.
Diseño de la herramienta de recolección de información para la identificación de la población.	Se elaborará una herramienta el 3 de diciembre que permita la medición de variables relevantes para la ejecución de la propuesta.	Tener en físico la herramienta de recolección de información y validada por el profesional de la salud el 3 de diciembre de 2010.	Se logro tener la herramienta terminada para la fecha establecida.
Realizar la recolección de información a través de la entrevista personal con las adolescentes embarazadas y madres.	Se al 100% de las adolescentes en la recolección de información del 4 de noviembre al 4 de diciembre del 2010.	# de adolescentes embarazadas y madres encuestadas / # total de mujeres que ingresan al HUS 75/196 X 100=38%	Se logro el 100% en el contacto con las adolescentes maternas/gestantes durante el mes de ejecución de la propuesta.
Tabulación y análisis de los resultados del cuestionario aplicado.	La tabulación y análisis de gráficos se llevara a cabo del 4 de noviembre al 13 de diciembre en el 100%.	Tener el reporte de la tabulación y análisis con la información realizada de la recolección de información para el 13 de diciembre.	Se logro tener el 100% de los resultados obtenidos a través de la tabulación y análisis en la fecha establecida.
Analizar modelos de ruta de atención en los riesgos psicosociales de adolescentes embarazadas y madres.	Identificación de las variables a tener en cuenta en una ruta de atención en un 100%.	Tener documentadas las directrices a tener en cuenta en la ruta de atención con adolescentes embarazadas y madres.	Se logro tener en un 100% las directrices y variables necesarias para el trabajo con adolescentes.
Elaborar el protocolo de la ruta de atención de las adolescentes embarazadas y madres.	Se elaborará para el 16 de diciembre la ruta de atención la cual consistir en un Flujograma y descripción correspondiente para consulta externa como hospitalización en un	Tener en físico la descripción de la ruta de atención según área de trabajo y el correspondiente Flujograma.	Se lograron tener el 100% del Flujograma como descripción de la ruta de atención por área de hospitalización y consulta externa.

	100%.		
Socializar la ruta de atención en el equipo psicosocial.	Se socializará en un 100% la ruta de atención con el equipo psicosocial para su ejecución satisfactoria.	# de integrantes del equipo psicosocial a quienes se socializo la ruta de atención / # total de integrantes del equipo psicosocial x 100 $3/3 \times 100 = 100\%$	Se logro socializar al 100% del equipo psicosocial la ruta de atención establecida tanto para hospitalización como para consulta externa.
Ejecutar la ruta de manejo con las adolescentes de 10 a 19 años con el apoyo del equipo psicosocial.	Lograr que el 100% de las adolescentes del 17 de diciembre al 17 de febrero de 2011 sean atendidas con la ruta de atención establecida.	# de adolescentes atendidas con la ruta de atención / # total de adolescentes que ingresaron x 100 $133/136 \times 100 = 97\%$	Se logro atender al 97% de las adolescentes embarazadas y madres con la ruta de atención.

Fuente: Proceso de planeación de la practicante en el departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2011.

Para la realización de este plan operativo fue necesaria la construcción de una propuesta de investigación para el Departamento de Ginecobstetricia, la cual fue presentada para el 29 de octubre. Dado lo anterior se realizó la recolección por medio de un cuestionario donde se logró hacer contacto con el 38% de adolescentes que demandan los servicios de hospitalización y consulta externa. Los resultados del estudio se presentan en el capítulo 5.

A pesar del logro que se obtuvo en la realización de las rutas de atención para las dos áreas mencionadas, no se completó tener la ruta socializada con el equipo interdisciplinario por la cantidad de correcciones que fueron necesarias tanto para la investigación que corresponde al presente plan operativo como de la publicación realizada, de interés y cumplimiento del departamento de ginecobstetricia; sin embargo las actividades establecidas en las rutas de atención, las cuales se encuentran adjuntas en el anexo de la investigación, fueron llevadas a cabo en la intervención profesional por parte del equipo interdisciplinario por el coherente uso de la comunicación que se sostuvo con cada uno de los profesionales, para el logro de las actividades vislumbradas en las rutas de atención como de la realización del material preciso en el momento de la entrevista social (Anexo B) y que diera respuesta a la necesidad percibida con cada una de las adolescentes. En la ruta de atención de consulta externa se agregó la revisión de las áreas de ecografía y la unidad materno-fetal,

debido a la presencia de adolescentes en estas áreas sin tener consulta médica en el consultorio.

La estrategia establecida en la intervención profesional contó con la retroalimentación de la trabajadora social del la subgerencia de La Mujer y La Infancia, aportes importantes para la terminación de las rutas de atención tanto de hospitalización como de consulta externa.

Cuadro 4. Objetivo estratégico 2

OBJETIVO ESTRATEGICO 2 (DO):			
Remitir al equipo interdisciplinario el ingreso de adolescentes menores de 16 años y 19 años víctimas de violencia intrafamiliar y sexual con el fin de cumplir con los debidos procesos de protección social a la menor y el recién nacido.			
Estrategia 2: Realización de la revista asistencial para la identificación del ingreso de adolescentes menores de 16 años y menores de 19 años víctimas violencia intrafamiliar y sexual			
Acciones estratégicas	Meta	Indicador	Avance de proceso
Realizar revista asistencial del ingreso diario en el área de hospitalización.	Se explorará el censo diario de adolescentes embarazadas y madres del 8 de noviembre de 2010 al 11 de febrero de 2011.	# de adolescentes a quienes se les realiza la revista asistencial en hospitalización / # de adolescentes total que ingresan a hospitalización x 100 $133/136 \times 100 = 97\%$	Se logró identificar el 97% de adolescentes presentes en el área de hospitalización para los dos meses.
Identificar las madres adolescentes menores de 16 años y de 19 años víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual.	Se aplicará la ficha de contacto al 100% de las adolescentes menores entre los 16 años y 19 años víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual.	# de adolescentes víctimas de violencia sexual e intrafamiliar / # total de adolescentes que ingresan x 100 $16/136 \times 100 = 11\%$	Se reportaron al 100% los 16 casos de violencia sexual e intrafamiliar para el periodo del 17 de diciembre al 17 de febrero de 2011.
Notificación de los casos de VIF Y VS a trabajadora social y al profesional médico que atiende la paciente.	Reporte del 100% de los casos de violencia intrafamiliar y sexual, del 17 de diciembre al 17 de febrero de 2011 en las menores de 16 años y 19 años a la trabajadora social y el profesional médico.	# de casos reportados de VIF y VS / # de casos presentados de VIF y VS $16/16 \times 100 = 100\%$	Se notificaron al 100% los casos reportados de violencia intrafamiliar y sexual presentados en el periodo estipulado.
Contacto directo con el personal interno para el reporte de violencia intrafamiliar, sexual y de género para iniciar proceso de protección social.	Notificación de la ficha epidemiológica por parte del equipo profesional del 100% de casos de VIF y VS presentados en hospitalización.	Vigilar que los 16 casos se han diligenciados por el profesional de la salud.	Se diligenciaron en el 100% los 16 casos dados en los dos meses tanto por el profesional de la salud como por la trabajadora social.

Fuente: Proceso de planeación de la practicante en el departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2011.

El plan operativo se cumplió a cabalidad del 17 de diciembre de 2010 a 17 de febrero de 2011, donde se encontró que el ingreso total de maternas/gestantes adolescentes fue de 136 y de adolescentes a quienes se les hizo la entrevista social fue de 133 para dos meses, lo anterior infiere que se realizó el contacto con el 97%, debido a la atención requerida por unas adolescentes más que por otras, no se logró hacer el 100%. Aún así la intervención profesional por medio del contacto con las adolescentes fue importante para el aporte personal como el conocimiento de la problemática de este grupo poblacional en el HUS, como de las características específicas de las adolescentes maternas/gestantes tanto en hospitalización como consulta externa.

Para hacer la identificación de las adolescentes víctimas de violencia sexual e intrafamiliar o menores de 16 años embarazadas y/o madres, fue necesario la realización de una entrevista social por medio de una ficha, la cual fue construida con base en la investigación realizada al ingreso del HUS, la entrevista social se encuentra en anexos; durante diciembre de 2010 a febrero de 2011 se realizó la vigilancia epidemiológica de los casos presentados en hospitalización como en consulta externa, donde se identificaron 16 casos de menores de 16 años que viven en unión libre con el padre del recién nacido, quienes tuvieron su relación sexual con consentimiento propio, e implicando el 11% respecto al total de adolescentes que ingresaron al HUS, además de las anteriores adolescentes llegó una de 13 años quien fue por violación pero fue reportada anteriormente en el transcurso de la investigación, por ello no se cuenta en este porcentaje. Se cumplió a cabalidad con el reporte de la población víctima de violencia sexual e intrafamiliar de la notificación de la ficha de violencia sexual e intrafamiliar por medio del personal de la salud, el diligenciamiento de la ficha de evolución con la trabajadora social y la remisión de situaciones que requerían valoración psicológica. Las actividades descritas anteriormente fueron realizadas en un 100%.

A pesar de lo resultados notificados por el equipo interdisciplinario en vigilancia epidemiológica, con respecto a los dos meses de intervención profesional no se identificaron nuevos casos de violación sexual, más si de negligencia por parte

de los padres en dejar a sus hijas tener una relación sentimental con un hombre mayor de edad estando ellas en sus 13 y 14 años. Aunque la experiencia es de suma importancia en salud pública hace falta capacitación en violencia sexual e intrafamiliar en los profesionales de la salud, internos y residentes, quienes no conocen los procedimientos a seguir con los casos como también desconocen el diligenciamiento de la ficha epidemiológica.

Cuadro 5. Objetivo estratégico 3.

OBJETIVO ESTRATEGICO 3 (DO):			
Establecer un seguimiento diario con las adolescentes embarazadas y madres entre los 10 y 19 años con el fin de proponer una atención personalizada en cada paciente. ⁴³			
Estrategia 3: Vigilancia de adolescentes embarazadas y madres de 10 a 19 años de forma continua, confiable y oportuna, brindando información según la necesidad sentida.			
Acciones estratégicas	Meta	Indicador	Avance de proceso
Realizar la revista asistencial en hospitalización y consulta externa diariamente.	Se realizara en el 100% la revista asistencial y Tamizaje en hospitalización y consulta externa para identificar las adolescentes que ingresan al HUS.	# de adolescentes embarazadas y madres por dos meses / # de total de mujeres embarazadas y madres por dos meses $136/392 \times 100 = 34\%$	Solo se logró cumplir con el 33% debido a la mayor atención que requieren unas adolescentes que otras, de acuerdo a la problemática con la cual ingresan.
Aplicar la entrevista social con las adolescentes embarazadas y madres.	Contactar al 100% de las adolescentes embarazadas y madres para el diligenciamiento de la entrevista social.	# de adolescentes embarazadas y madres entrevistadas / # de adolescentes embarazadas y madres que ingresaron x 100 $133/136 \times 100 = 34\%$	Se cumplió con el 33% del contacto a través de la entrevista social con las adolescentes embarazadas y madres tanto en consulta externa como hospitalización.
Atender situaciones de crisis con las adolescentes gestantes/maternas en hospitalización.	Atender al 100% de las adolescentes con una atención primaria de crisis en trabajo social para ser remitidos por psicología.	# de adolescentes en crisis atendidas/ # total de adolescentes que presentaron crisis x 100 $8/8 \times 100 = 100\%$	Se dio atención al 100% de los casos de violencia sexual e intrafamiliar como los de aborto espontáneo e inducido por el equipo psicosocial.
Educar en salud a las adolescentes sobre los métodos de planificación familiar pos parto.	Se brindara asesoría al 100% de las adolescentes sobre la importancia del planificar y los derechos sexuales y reproductivos.	# de adolescentes asesoradas en planificación familiar pos parto / # total de adolescentes que ingresaron x 100 $133/136 \times 100 = 33\%$	Se logró dar asesoría al 33% de las adolescentes en planificación familiar pos parto.

⁴³ Se hace referencia al seguimiento diario con las adolescentes embarazadas y madres adolescentes, representado en el ingreso en general de las jóvenes, ya que la estancia del grupo poblacional se remite máximo a tres días para lo cual no se podría hacer una atención continua con cada una de ellas.

Comunicar a la población de la corresponsabilidad de alimentos para con el recién nacido.	Informar y educar al 100% de las adolescentes gestantes/maternas de hospitalización y consulta externa del derecho de alimentos como responsabilidad de ambos padres.	# de adolescentes educadas en el derecho de alimentos/ # total de adolescentes contactadas x 100 23/133 x 100 = 17%	Se dio orientación al 17% de las adolescentes y se dio material en físico de los pasos a seguir e instituciones que les brindarían asesoría en el derecho de alimentos.
---	---	--	---

Fuente: Proceso de planeación de la practicante en el departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2011.

Por medio de la entrevista social se dio continuidad con el seguimiento de las adolescentes embarazadas y madres en las áreas de hospitalización y consulta externa, para lo cual se tomaron los datos necesarios para el conocimiento de la adolescente, su pareja y familia; durante el 17 de diciembre de 2010 a febrero 17 de 2011, ingresaron en total un 34% de adolescentes embarazadas y madres adolescentes entre 10 a 19 años respecto al 100% de mujeres gestantes y maternas, de las cuales se entrevistó al 33% de las mismas, aquellas que no se lograron entrevistar en especial consulta externa fue por el incumplimiento de las citas en el consultorio, por lo tanto se evidenció mayor numero de población en hospitalización que de consulta, ello debido a la urgencia de atención y el acceso al hospital para llegar a las citas programadas.

Aún así al 100% de las adolescentes con las que se realizó la intervención profesional se efectuó la indagación necesaria para conocer la problemática como la necesidad de la materna/gestante. Aunque en situaciones específicas se logró mayor empatía con algunas adolescentes que con otras, se alcanzó dar una asesoría enfocada a la identificación de su necesidad y así mismo orientar en planificación familiar al 100% de la población, derecho de alimentos en el 17% del total de las adolescentes que ingresan, además de lo anterior se dio acompañamiento de trabajo social y psicología en el 100% de adolescentes que pasan por un aborto inducido o espontáneo, que demandaron los servicio del HUS, en especial las últimas son quienes manifiestan sentirse más afectadas por la ilusión con la que esperaban a su bebé. Por otra parte se dio importancia en hablar sobre pautas de crianza en

las adolescentes y su pareja con el fin de concientizar a las parejas en la educación de los hijos con amor y no con violencia, además de tener un proyecto de vida, en especial la madre, para lograr su madurez personal, emocional y física para brindar la calidad de vida que merece su hijo como la espera de un nuevo embarazo.

5. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE MAYOR RELEVANCIA EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

5.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

5.1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo a la recolección de información que se realizó, durante el 4 de noviembre y el 4 de diciembre de 2010, con datos estadísticos y personal profesional en el área de la salud del Hospital Universitario de Santander (HUS) se planteó la pregunta eje de investigación: **¿Cómo se relacionan los determinantes sociales de la salud en el embarazo de las adolescentes de 10 a 19 años que demandan los servicios de hospitalización y consulta externa en el HUS?** Existen estudios que muestran que en el rango etáreo de 10 - 19⁴⁴ años, el crecimiento de la maternidad en esta etapa de la vida ha aumentado en Colombia levemente, para los años de 2000 – 2005 respectivamente, en el 2000 el porcentaje de madres adolescentes era de 15% y para el 2005 aumentó a 16% de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) en jóvenes de 15 – 19 años⁴⁵, y a nivel local en el departamento de Ginecobstetricia del HUS en las fechas de enero de 2010 - julio de 2010⁴⁶ ingresaron 1.797 mujeres de 10 a 45 años dentro de las cuales en el rango de 10 – 19 años 521 son adolescentes embarazadas o madres, el promedio de los siete meses analizados dio como resultado que para un mes, respectivamente, fue de 74.4% y por día en promedio ingresan 10.6% adolescentes embarazadas o madres a las áreas de puerperio, alto riesgo obstétrico (ARO) y consulta externa. Dado que el HUS es un centro de referencia en la región que recibe todo tipo de población, se quiso indagar sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como un factor clave en

⁴⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

⁴⁵ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Tomado de: PROFAMILIA. Antecedentes. Pg. 1

⁴⁶ Remitirse a anexos, resultados estadísticos del departamento de ginecobstetricia de las áreas de puerperio, ARO y consulta externa de enero de 2010 a julio de 2010.

las complicaciones que pudieren surgir durante y después del embarazo no solo por la tardía captación para el control prenatal sino también analizar las políticas y programas departamentales de protección materno infantil; así como la implementación o apoyo para el desarrollo de un esquema que logre mejorar la calidad de vida de las adolescentes durante y después del embarazo, desde su red familiar y social con base en el eje educativo y acompañamiento de las adolescentes.

El fenómeno de la fecundidad en este grupo etéreo evidencia un escenario particular no sólo a nivel nacional sino también mundial con algunas tendencias en la reproducción por región⁴⁷ en donde se observa que África es la región más afectada con el 4.9 %, seguido de Asia con 2.6 %, quien esta precedido por América Latina con 2.5 % y por último los países industrializados con el 1.6 %. Lo anterior se hizo relevante al analizar las estrategias planteadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) en las que se diseñan una serie de indicadores y metas a cumplir a nivel mundial; resaltándose el interés expuesto en el objetivo quinto denominado Mejorar La Salud Materna⁴⁸ en el que se incluye a las madres adolescentes por su exclusión social y discriminación en las altas tasas de embarazo, su nivel socio-económico, poco acceso a educación, la promoción de los controles prenatales y la escasez en los fondos de planificación familiar para cubrir esta población.

Es importante señalar que el embarazo en adolescentes es un fenómeno social pero también económico, cultural y familiar que trasciende las esferas en que se mire, más aún cuando se indaga en investigaciones que arrojan indicadores no muy favorecedores en la salud maternoinfantil⁴⁹ en adolescentes en

⁴⁷ Figueroa, Giuliana Teresa Aborccó. La fecundidad y su relación con variables socioeconómicas, demográficas y educativas aplicando el modelo de regresión Poisson. Lima, Perú. 2005. PG, 7.

⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas (ONU). (Consultado en línea) 14 de Octubre de 2010. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>

⁴⁹ Ruiz M. Factores de riesgo para la salud maternoinfantil, Colombia 1990. Santiago de Chile: Demographic and Health Surveys/Centro Latinoamericano de Demografía, Taller de planificación familiar; 1992.

especial entre 15 – 19 años, en consecuencia de factores biosicosociales⁵⁰ para este grupo etáreo específico. Es por ello que se pretende realizar la presente investigación para conocer y comprender los determinantes sociales de la salud como factores de riesgo en las adolescentes embarazadas y madres con el fin de diseñar estrategias que se pueden utilizar para la disminución de las anteriores causas.

5.1.2 Formulación del problema

¿Cómo se relacionan los Determinantes Sociales de la Salud en el embarazo de las adolescentes de 10 a 19 años que ingresan a los servicios de hospitalización y consulta externa en el HUS?

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 Objetivo General

- Presentar los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo de las adolescentes y madres con el fin de fijar una ruta de atención que responda en forma positiva frente a los hallazgos encontrados.

5.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar los Determinantes Sociales de la Salud relacionados con el embarazo adolescente para el establecimiento de la propuesta de intervención de Trabajo Social.
- Proponer un proceso de intervención profesional en beneficio de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes de acuerdo a los Determinantes Sociales de la Salud con el fin de brindar la atención integral necesaria.

⁵⁰Ministerio de la protección social. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Colombia (año). Pg. 11

5.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

5.3.1 Pregunta general

- ¿Están relacionados los Determinantes Sociales de la Salud con el embarazo de las adolescentes de 10 a 19 años que ingresan al HUS?

5.3.2 Preguntas específicas

- ¿Cuál es la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud con el embarazo en las adolescentes?
- ¿Qué estrategias se pueden utilizar para brindar atención integral en el embarazo adolescentes de acuerdo a los Determinantes Sociales de la Salud de las mismas?

5.4 JUSTIFICACIÓN

Realizar la investigación a profundidad acerca de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en las adolescentes embarazadas y madres es relevante en el conocimiento y comprensión de cómo los agentes biosociales tienen gran peso sobre las complicaciones que pueden surgir durante y después del embarazo de la población a estudio, ya que a través de los resultados que se obtuvieron con el proyecto de investigación se lograron establecer medidas de intervención en prevención y atención de las mujeres en edades comprendidas entre los 10 – 19 años, no sólo en aquellas que se encontraban en embarazo sino también para aquellas que inician su vida sexual activa a temprana edad y no toman conciencia de que su realidad actual puede afectar a futuro su calidad de vida como la de sus hijos. Cabe destacar que la población a intervenir especialmente fueron las adolescentes embarazadas y madres adolescentes que se encuentran en contacto con el HUS por necesidades específicas ya sea consulta externa y hospitalización. Debido a la realización del proyecto de investigación con profesionales de la salud, se encuentran categorías como son los controles prenatales y la morbilidad, que no se analizaron, ya que no eran relevantes para el presente

estudio más sin embargo si era importante para el departamento de Ginecología tener conocimiento de ambas categorías.

5.5 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En el marco internacional se encuentra un estudio llamado Visión Espacial de los Determinantes Sociales de Salud de la región de Valparaíso de Chile⁵¹. El objeto de análisis para el estudio fueron los determinantes sociales de salud como factor de desigualdad social y de salud en un determinado espacio geográfico.

Como fundamentación teórica el estudio en mención se basa en dos dimensiones: la de Salud y la Socioeconómica que permiten definir cuan vulnerable es una población de acuerdo a los determinantes sociales de la salud; identifican como variables la educación, ingreso, trabajo y vivienda, llegando a definir los Determinantes Sociales de Salud como “aquellas condiciones sociales en las cuales se desarrolla la vida de las personas y que afectan el estado de salud de la población en distinto grado, de acuerdo a diferentes factores, generando inequidades” (Jadue, L.8)⁵². El estudio se realizó en 36 comunas continentales y 2 insulares, las cuales no fueron incluidos en estudios previos, se llevó a cabo con un estudio sintético desarrollado a nivel regional en Santiago, donde da a conocer las dos dimensiones relacionadas a áreas críticas de vulnerabilidad y las existentes brechas en los determinantes de la salud.

Los resultados obtenidos por parte del grupo de estudio infieren en la necesidad de conocer las inequidades en lo social y de la salud por medio de los determinantes sociales de la salud al ordenamiento territorial con el fin de establecer estrategias y programas que den cuenta de la necesidad que vivencia cada región.

⁵¹ Klarian, José Vergara; Moreira, Nora Insulza. “Visión Espacial de los Determinantes Sociales de Salud de la Región de Valparaíso de Chile”. 2007. Pg. 1

⁵² Jadue, L. tomado de: Klarian, José Vergara; Moreira, Nora Insulza. “Visión Espacial de los Determinantes Sociales de Salud de la Región de Valparaíso de Chile”. 2007. Pg. 2

Igualmente en el marco internacional se encuentra el documento Morbilidad Materna en Gestantes Adolescentes⁵³. Donde se dan a conocer las complicaciones sociales y de la salud que tienen las adolescentes al quedar embarazadas cuando son menores de 15 años, presente en los factores biosociales. Los objetivos planteados son la determinación del embarazo adolescente como mayor riesgo que en las mujeres adultas y causas e incidencias en la morbilidad materna de las adolescentes.

La información recabada centra el interés en la conceptualización de la adolescencia, cambios fisiológicos y psicológicos; el embarazo adolescente desde su estado gestacional y los actores que inciden en la problemática los cuales son la familia, el grupo de pares y los medios de comunicación dando como consecuencia el temprano contacto sexual sin protección adecuada de anticonceptivos. La incidencia del embarazo adolescente es mayor en países subdesarrollados con las tasas más altas presentando el inicio sexual en grupo etáreo de 12 – 19 años y con gestación después de los seis meses del inicio, lo anterior implica que las mujeres menores de 20 años⁵⁴ tienen el doble de probabilidades de morir en relación con el parto que las mujeres mayores; debido a la presencia de complicaciones en las madres adolescentes que las afectan en todos los trimestres del embarazo (gestación, parto y puerperio) incluyendo a su hijo.

En las conclusiones se anexan la mayor morbilidad en el embarazo adolescente y el recién nacido, entre las complicaciones más frecuentes se encontraron la anemia, escasa ganancia de peso que repercute en el peso al nacer del recién nacido, la infección urinaria y los estados hipertensivos gestacionales en especial en las adolescente embarazadas menores de 15 años.

En el marco nacional se encuentra un estudio denominado aplicación de un modelo fundamentado en el amor con adolescentes grávidas en el centro de

⁵³ Nolzco, María Lorena; Rodríguez, Laura Yudith. Morbilidad Materna En Gestantes Adolescentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 156 – abril de 2006. Argentina. Pg. 13

⁵⁴ IBID, Pg. 15

salud Cristóbal Colon⁵⁵ de la ciudad de Cali. Se realizó con un grupo fuerte en el área de la enfermería y la investigación, centrado en el marco teórico del amor y sus componentes con el fin de alcanzar subconceptos de análisis como la percepción, sensibilización, interacción y comunicación. Enfocados en la aceptación de la madre adolescente en su nuevo rol y mejoramiento de las relaciones personales y familiares distorsionadas a causa del embarazo.

Se utilizó la investigación cualitativa basada en la investigación acción, dando relevancia a la participación y fuente de conocimiento las experiencias recolectadas con herramientas como la entrevista a profundidad y la escala de autoestima Jada. La población de estudio fueron las adolescentes en su cuarto mes de gestación y edades de 14 – 19 años, la realización del modelo se llevo a cabo a través de talleres lúdicos con temáticas que permitían la interacción entre los investigadores y las jóvenes entre sí, con el fin de intercambio de experiencias que aportan al proceso de estudio del modelo.

Se lograron confirmar los factores de riesgo y protectores en las adolescentes embarazadas. A través de la realización de la entrevista a profundidad se identificaron cinco categorías derivadas antes y durante el embarazo de la población: búsqueda de identidad, expectativas familiares y sociales interrumpidas, amor y desamor en las relaciones interpersonales, influencia de la figura femenina en las decisiones y el desafío amoroso en el rescate de autoestima y expresión de sentimientos hacia su familia y su hijo.

La familia en el embarazo de las adolescentes es un apoyo emocional y económico muy fuerte para la aceptación y asimilación de su nueva vida y responsabilidades. En la investigación se encontraron datos dispersos sobre la afectividad en el entorno familiar, lo cual conlleva a esporádicas expresiones de cariño por parte de las adolescentes a sus hijos, y la no presencia de violencia intrafamiliar en el embarazo, como resultado las jóvenes se sienten apoyadas y no tienen pensamiento destructivos hacia sí mismas; aún así, sí han

⁵⁵ Montes, Marlene; Argote, Luz Ángela; Álvarez, Gloria Cielo; Osorio, Asceneth y Osorio, Olga. modelo fundamentado en el amor con adolescentes grávidas en el centro de salud Cristóbal Colon. Cali, Colombia. Colombia Medica v. 36 N° 3. 2005. Pg. 85

experimentado rechazo⁵⁶ personal, familiar y social, el cual es superado con la evolución del embarazo y el nacimiento del recién nacido.

A nivel local la investigación denominada la funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: base para el desarrollo de enfermería en salud familiar⁵⁷, del municipio de San Gil, Santander. Centra su atención en la funcionalidad familiar entorno al embarazo en las adolescentes como este cambia ya sea para hacerse estable o de crecimiento, para el desarrollo del estudio se tomo una muestra de 52 familias de adolescentes comprendidas en edades de 12 – 19 años y asistentes a los programas de promoción y prevención de 10 IPS del municipio de San Gil, con el fin disminuir los riesgos asociados a la morbimortalidad de las gestantes adolescentes.

Para lo anterior se realizó una ficha socio-demográfica y un instrumento para la evaluación de la funcionalidad familiar, elaborado por la teórica Marie Luise Fridemann. Se hace una breve introducción hacia los cambios que debe hacer la familia al entrar los hijos a la adolescencia pero ello es aún mayor cuando una hija sale embarazada, se enfrentan situaciones nuevas y difíciles de enfrentar y que colocan la estabilidad familiar en peligro, es especial en el sector de San Gil donde los patrones culturales, religiosos y de género son bastante marcados por el machismo.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo y una duración de 8 meses para la recolección de información y adaptación del modelo de intervención de Marie Luise Fridemann, quien se interesó en el estudio de las funcionalidades de la familia que enfrentan un estresor como es el embarazo en un adolescente de su entorno.

Las dimensiones y metas a cumplir estaban orientadas hacia la estabilidad, adaptación y refuerzo de los patrones culturales arraigados en los valores y

⁵⁶ IBID, Pg. 91

⁵⁷ Criado, María Lucenith Morales; Velasco, Yerlith; Castañeda, Cristina; Martínez, Ana; Poveda, Edith; Lozada, Maura y Ochoa, Ludy. la funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: base para el desarrollo de enfermería en salud familiar. San gil, Santander. Pg. 22

creencias adaptados de generación en generación; el control, consiste en la regulación de las fuerzas internas y externas del medio para reducir vulnerabilidades y determinar nuevas prioridades en la vida; el crecimiento, hacia las antiguas creencias y las nuevas prioridades dentro de la familia para adaptarse a las nuevas demandas del entorno familiar y psicoafectivo; por último se incluye la espiritualidad, consiste en lograr la unidad en el núcleo familiar y la identidad familiar.

Los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento y análisis de las dimensiones del estudio arrojó que en un 55.7%⁵⁸ de las familias encuestadas se presenta disfunción familiar, debido a fuertes patrones culturales, dificultad en el cambio de pensamiento y aceptación de nuevas prioridades en la familia, se manifiestan crisis y conflictos familiares, por último la afectación de su individualidad como miembro responsable y respetable en la familia donde sus opiniones y criterios tenían peso e importancia.

5.6 DISEÑO METODOLOGICO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

5.6.1 Tipo de investigación

El presente proyecto de investigación se realizó con un diseño correlacional transversal, con el fin de conocer la relación de los Determinantes Sociales de la Salud en el embarazo adolescente de acuerdo a las variables establecidas como DSS y analizados entre sí.

Sampieri afirma que “Este tipo de estudios tienen como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular”⁵⁹, además de lo anterior menciona como el diseño transversal “busca evaluar relaciones causales, se basan en planteamientos e hipótesis causales.”⁶⁰

⁵⁸ IBID., Pg. 27

⁵⁹ Hernández, Roberto Sampieri; Fernández, Carlos Collado; Baptista, Pilar Lucio. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México. 1997. Pág. 104

⁶⁰ IBID., Pág. 212

5.6.2 Hipótesis Correlacionales

H1: Al quedar en embarazo la adolescente mayor es la probabilidad de hacer una pausa en sus estudios y/o trabajos para dedicarse al hogar.

H2: A mayor embarazo en las adolescentes mayor influencia en el no terminar sus estudios de bachiller.

H3: A mayor conocimiento de Métodos de Planificación Familiar (MPF) que tienen las adolescentes embarazadas y madres adolescentes menor es la utilización de MPF.

H4: A mayor incidencia de adolescentes embarazadas y madres adolescentes de nivel socioeconómico menor es el aseguramiento en seguridad social en salud.

H5: A mayor frecuencia de adolescentes embarazadas menor residencia de las jóvenes en la casa materna de las mismas.

5.6.3 Población

La población establecida durante el periodo del 4 de noviembre al 4 de diciembre de 2010 de la realización del proyecto de investigación que solicitaron los servicios del departamento de Ginecobstetricia, consulta externa y hospitalización, donde se contactaron 75 adolescentes embarazadas y madres adolescentes, de las cuales 5 pertenecían al rango etáreo de 10 a 14 años, 20 jóvenes se encontraban entre los 15 a 16 años y 50 de ellas se encuentran entre los 17 a 19 años. Debe aclararse que los resultados obtenidos con la población en el HUS, no son generalizables a la población total de adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

5.6.4 Recolección de información

- Cuestionario

En el cuestionario se establecieron preguntas que indagan sobre las categorías demográficas, DDS, SSR, familia, controles prenatales y morbilidad con el cual se establecen variables que permiten analizar las condiciones en las que viven

las adolescentes así como las conductas establecidas en torno al embarazo en las adolescentes. La ventaja que se obtiene de la herramienta es el acercamiento a la realidad de la población así como el conocimiento de lo que se busca por medio de preguntas aplicables a las adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

- Observación participante

Se da en el contacto diario con las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en los servicios de consulta externa y hospitalización, esta observación es realizada en la ejecución del cuestionario e indagación de las preguntas planteadas a través de la herramienta, así como las relaciones establecidas con los padres de las adolescentes y la pareja. La ventaja de la herramienta es el establecimiento de un contacto con las jóvenes pero sujeto a interrupciones como son por parte de los familiares visitantes y las llamadas que recibe la adolescente que interfieren en la continuidad de la conversación.

5.6.5 Operacionalización de las variables

Cuadro 6. Operacionalización de las variables

Categoría	Variable	Indicadores	Ítem	Pregunta
Demográficas	Edad	Rango de edad	10 – 12 años 13 – 14 años 15 – 16 años 17 – 19 años	¿En qué edad se encuentra?
	Estado civil	Estado actual	Soltera Unión estable Casada Otro	¿Estado civil actual?
	Lugar de nacimiento	Lugar donde nació	Bucaramanga Floridablanca Girón Piedecuesta Otro	¿Lugar de nacimiento?
	Lugar de residencia	Lugar donde se encuentra viviendo	Bucaramanga Floridablanca Girón Piedecuesta Otro	¿Lugar de residencia?
		Procedencia	Rural Urbana	¿Área de vivienda?
Nivel socio-económico	Estrato al que pertenece	1 2 3 4 5	¿Cual es el estrato socio – económico?	

Determinantes sociales de salud	Ocupación	Oportunidades, estudio y trabajo	Desocupada Desempleada Ama de casa Empleada por horas Empleada a tiempo completo Trabaja independiente Estudiante	¿Cuál es la ocupación actual?
		Búsqueda de trabajo	Si No	¿Ha buscado trabajo?
			Si No No sé	¿Le ha sido negado por su embarazo?
		Dificultades de vinculación	Si No	¿Fue despedida de su trabajo u ocupación?
			Si No	¿La razón de su despido fue por el embarazo?
	Dependencia económica	Dependiente independiente	¿Es dependiente o independiente económicamente?	
	Educación	Nivel educativo	Primaria incompleta Primaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato Completo Técnico/tecnología incompleta Técnico/tecnología completa Universidad incompleta Universidad Completa Otro	¿Máximo nivel educativo alcanzado?
		Exclusión educativa	Si No	¿Se retiro de sus estudios?
			Voluntad propia Reglas de la institución Decisión de los padres o pareja Situación económica Por el embarazo	¿Por qué razón se retiro del estudio?
	Salud	Régimen de salud al que pertenece	Contributivo Subsidiado Vinculados Particular SISBEN	¿A que régimen de salud pertenece?
	Vivienda	Condiciones de la vivienda	Casa Apartamento Cuarto Otro	¿En qué tipo de vivienda vive?
		Material de la vivienda	Ladrillo Madera Pañete Madera	¿En qué material está construida su vivienda?

		Tenencia	Propia Arrendada Amortizada (pago por cuotas) Préstamo familiar Administrate la vivienda	¿Tenencia de la vivienda?
	Estilos de vida saludable	Nutrición	Una Dos Tres Cuatro Cinco o seis	¿Cuántas raciones de alimento consume al día?
		Ejercicio	Ninguna 1 vez a la semana 2 veces por semana 3 o más veces por semana	¿Cuántas veces realiza ejercicio en la semana?
Salud sexual y reproductiva	Relaciones sexuales	Inicio de las relaciones sexuales	10 – 12 años 13 – 14 años 15 años 16 – 17 años 18 - 19 años	¿A qué edad inicio su vida sexual activa?
		Embarazo actual	Pareja Amigo Familiar cercano (padre, hermano, primo o tío) Familiar lejano (padrino o abuelo) De un desconocido Ex pareja	¿De quién quedo embarazada?
		Relaciones sexuales consentidas	Si No	¿La relación sexual fue consentida?
	Planificación familiar	Conocimiento (orientación sexual)	Si No	¿Tenía conocimiento a cerca de los métodos de planificación familiar?
			Si No	¿Estaba planificando?
			Pastillas Inyecciones Dispositivo "T" Condón Pastilla del día después Otro	¿Qué método anticonceptivo está utilizando?
		Planificando el embarazo	Si No	¿Deseaba tener este embarazo?
	Si Lo pensé No		¿Intento abortar?	
	Infecciones de Trasmisión Sexual	Contagio de infecciones de trasmisión sexual	Si No ¿Cual?	¿Alguna vez se ha contagiado de una infección de trasmisión sexual?
		Conformación del hogar	Integrantes del hogar	Compañero Compañero e hijos Padres Padres y hermanos Un padre y hermanos Abuelos Tíos Suegros Otro familiar

Familia		Número de integrantes del hogar	2 - 3 4 - 5 6 - 7 8	¿Cuántas personas viven con usted?
	Reacción de la familia ante el embarazo	Sentimientos, actitudes y comportamientos familiares frente al embarazo	Violenta Decepcionada Comprensiva Tolerante amorosa Abandono	¿Cómo se comporto su familia al enterarse de su embarazo?
	Cambios positivos o negativos en la pareja	Cambios en lo físico y emocional por la pareja	Amoroso Respetuoso cariñoso Agresivo Indiferente Ofensivo Abandono	¿Qué cambios ha tenido su pareja después de saber del embarazo?
	Percepción del embarazo	Significado del embarazo actual	El embarazo le parece un estado agradable, es parte de su plan de vida. El embarazo es indiferente, no piensa que cambie su vida. El embarazo le produce algunas dificultades familiares y laborales o educativas pero que puede manejar. El embarazo le ha traído graves dificultades en la familia como en el trabajo o estudio.	¿El embarazo actual para usted significa?
Control prenatal	Tenencia del carnet	Registro del carnet	Si No	¿Tiene usted el carnet de controles prenatales?
	Cantidad de controles	Numero de controles prenatales realizados	1- 2 3 - 4 5 - 6 7 - 8 Mayor a 9 Ninguno No me acuerdo	¿Cuántas veces se ha hecho un control prenatal?
	Edad gestacional	Edad gestacional de controles prenatales	Primer Trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre ¿Qué mes?	¿En qué mes del embarazo se encuentra?
			Primer Trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre ¿Qué mes? No me acuerdo	¿En qué mes se encontraba cuando inicio el control prenatal?
Primer Trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre ¿Qué mes? No me acuerdo			¿En qué mes se encontraba en su último control prenatal?	
Partos previos	Número de partos anteriores	1 2 Más de 3 Primer hijo	¿Cuántos hijos han tenido? Sin mencionar el presente embarazo	

	Responsabilidad en la toma de controles prenatales	IPS que prestó el servicio	Hospital Clínica Centro de salud Médico particular EPS/ARS	¿En que IPS se tomo el primer control prenatal?
			Hospital Clínica Centro de salud Médico particular EPS/ARS	¿En que IPS se tomo el último control prenatal?
		Dificultades en la realización de los controles prenatales	Económica propia Acceso Desconocimiento No busco atención medica Documentación incompleta Ninguno Falta de tiempo	¿Qué dificultades ha tenido para la realización de los controles prenatales?
		Acompañamiento a los controles prenatales	Compañero Padres Hermanos Amigos Va sola Otro	¿Quién la acompaña a los controles prenatales?
		Complicaciones en los controles prenatales	Si No	¿Ha tenido complicaciones en los controles prenatales o el embarazo?
		Conocimiento de que hacer en caso de complicaciones en el embarazo	Si No	¿Sabe que debe hacer en caso de complicaciones en el embarazo?
		Orientación en controles prenatales en caso de complicaciones en el embarazo	Si No	¿Ha recibido orientación en sus controles prenatales con respecto a cuándo debe consultar por complicaciones?
Morbilidad	Síntomas de alarma en el embarazo	Presencia de síntomas de alarma durante el embarazo	Aumento de la presión arterial Dolor de cabeza Infecciones urinarios Ardor en la boca del estomago Hinchazón Disminución marcada o ausencia de movimientos Fetales Contracciones uterinas Salida de líquido (sangrado/flujo) Ninguno Otro	De los siguientes síntomas de alarma durante el embarazo ¿cuales ha presentado?

Fuente: Proyecto de investigación: Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente, departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

Cuadro 7. Conceptualización de las variables

Variable	Definición	Fuente
Edad	“el periodo de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años”	Organización Mundial de la Salud (OMS)
Estado civil	“Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles”	Martínez, Jorge Fernando Gabourel. Monografías. (Extraído de internet) 16 de noviembre de 2010. http://www.monografias.com/trabajos23/definiciones-registro-civil/definiciones-registro-civil.shtml
Lugar de nacimiento	“El Lugar de Nacimiento es definido como la división civil en la cual la persona ha nacido”	MEXICO. SISTEMAS NACIONALES ESTADISTICO Y DE INFORMACION GEOGRAFICA. (Extraído de internet) 11 de noviembre de 2010. http://www2.inegi.gob.mx/estestint/ficha.asp?idf=952
Lugar de residencia	“definido para propósitos censales como el lugar en el cual la persona ha permanecido ahí por algún tiempo o que intenta permanecer al momento del levantamiento censal”	MEXICO. SISTEMAS NACIONALES ESTADISTICO Y DE INFORMACION GEOGRAFICA. (Extraído de internet) 11 de noviembre de 2010. http://www2.inegi.gob.mx/estestint/ficha.asp?idf=952
Nivel socio-económico	“Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros”	CHILE. GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de trabajo y previsión social. (Extraído de internet) 11 de noviembre de 2010. http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html
Ocupación	“Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido”	COLOMBIA. OBSERVATORIO LABORAL PARA LA EDUCACION. (Extraído de internet) 11 de noviembre de 2010. http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/propertyvalue-37649.html
Educación	“la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tienen una función social; con ella se busca al acceso del conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura”	Constitución Colombiana de 1991.artículo 67. Tomada de: Lerma, Carlos Alberto Carreño. El derecho a la educación en Colombia. Foro Latinoamericano de Políticas Educativas (FLAPE) 6. Argentina, Buenos Aires. Marzo de 2007. Pg. 14
Salud	“La salud es el completo bienestar físico, mental y social.”	Organización Mundial de la Salud (OMS)
Vivienda	“Se considera una vivienda a cualquier recinto, separado e independiente, construido o adaptado para el albergue de personas”	REPUBLICA ORIENTAL DE URUGUAY. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Definiciones más utilizadas. Documento pdf. p. 1
Estilos de vida saludable	“El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo, frente a las diversas circunstancias, en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados”	Sanabria, Pablo Alfonso Ferrand. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud. Estudio exploratorio. Revista Med. 15 (2): 207-217, 2007. Tomado de: Tavera J. Estilos de vida, factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. Promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles, 1994. Pg. 208
Relaciones sexuales	Las relaciones sexuales es el grado de intimidad que se llega con la pareja donde se alcanzan el deseo, la excitación y el orgasmo. “debe ser una decisión libre que contribuya al	PROFAMILIA

	bienestar y placer de la persona, de no ser así pueden convertirse en riesgos”	
Planificación familiar	“es el derecho de hombres y mujeres a decidir libremente cuando y cuántos hijos desean tener, determinando así el tamaño de su familia y pudiendo disfrutar de su sexualidad sin tener como consecuencia un embarazo indeseado”	PROFAMILIA. Cuadernillo de planificación familiar y métodos anticonceptivos. Pg. 3
Infecciones de Transmisión Sexual	“Son un grupo de infecciones que se pueden adquirir principalmente por contacto sexual, producidas por bacterias, virus, hongos o parásitos”	PROFAMILIA
Conformación del hogar	Integrantes y número de ellos quienes conviven a diario con la adolescente en embarazo.	Construcción de la estudiante de práctica.
Reacción de la familia ante el embarazo	“El conflicto familiar ya que la mayoría de padres y madres tienen diferentes expectativas frente al futuro de sus hijos e hijas. Es importante tener en cuenta que pese al malestar que pueda causar esta noticia, con golpes, humillaciones y otro tipo de maltrato no se puede cambiar la situación”	PROFAMILIA
Cambios positivos o negativos en la pareja	Es el cambio a nivel afectivo ya sea positivo o negativo en la pareja después del embarazo y parto de la adolescente.	Construcción de la estudiante de práctica.
Percepción del embarazo	Como la adolescente en su contexto familiar, educativa y laboral ha percibido la situación de estar embarazada a temprana edad.	Construcción de la estudiante de práctica.
Tenencia del carnet	Adquisición de la adolescente en embarazo del carnet de los controles prenatales.	Construcción de la estudiante de práctica.
Cantidad de controles	Numero de controles realizados en las adolescentes en el transcurso del embarazo con un intervalo entre 10 – 19 años.	Construcción de la estudiante de práctica.
Edad gestacional	“La edad gestacional es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas”	Medline plus. Biblioteca nacional de medicina de estados unidos. (Consulta de internet) 22 de Noviembre de 2010. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002367.htm
Partos previos	Conocimiento de partos anteriores tenidos o si la adolescente es la primera vez en embarazo.	Construcción de la estudiante en práctica.
Responsabilidad en la toma de controles prenatales	El compromiso dado desde el inicio hasta el final del embarazo es decisivo puesto que el: “Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención,	Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Artículo de Control Prenatal. Sitio web fundado en 1996. (Consultado en internet) 22 de noviembre de 2010. http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html

	diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal"	
Signos de alarma en el embarazo	"Los signos de alarma" son un grupo de riesgos de salud que deben ser consultados y tratados en el transcurso del embarazo y pos parto.	Ministerio de la protección social. Programa de apoyo a la reforma de salud/PARS. Guía de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en salud pública. Pg. 135

Fuente: Proyecto de investigación: Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente, departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

5.7 RESULTADOS

Cuadro 8. Relación de variables por rango etáreo de 10 a 14 años.

CUADRO DE RELACION DE RESULTADOS			
EDAD	CATEGORIA DE VARIABLES	ANALISIS DE RESULTADOS	
10 – 12 Años		En el periodo del 4 de noviembre al 4 de diciembre no se presentó ingreso de adolescentes en embarazo o madres en este grupo etáreo.	
13 – 14 Años Cantidad: 5 maternas/gestantes	Demográficas	Estado Civil	De las 5 adolescentes identificadas en este rango etáreo, 4 de ellas viven en unión libre, la mayoría de ellas viven en la misma casa de sus suegros y en menor proporción en la casa materna; y solo 1 es soltera.
		Lugar de Nacimiento y Residencia	2 de ellas han nacido en otro municipio diferente a la capital de Santander, 1 en Bucaramanga, 1 Floridablanca y 1 en Girón. Residen en igual proporción en los anteriores municipios descritos. El ingreso al HUS de las provenientes de otro municipio distinto a Bucaramanga es porque son remitidas de otros hospitales propios del lugar de residencia.
		Área de Vivienda	De la población captada 3 de las adolescentes residen en el área urbana y 2 de ellas vienen de alguna vereda o finca de Santander.
		Estrato	Con un total de 4 maternas pertenecen al estrato 1 y solo 1 de ellas se encuentra ubicada en estrato 2.
	Determinantes Sociales de la Salud	Ocupación	De 5 adolescentes, 3 son amas de casa y 2 aún continúan con sus estudios.
		Búsqueda de Trabajo	Se evidencia que debido al apoyo económico que las maternas tienen por parte de su familia y compañero de vida ninguna ha buscado trabajo, por tanto se encuentran siendo dependientes de las anteriores fuentes de apoyo emocional y monetariamente.
		Educación	En relación a la educación solo 2 adolescentes tienen un bachillerato incompleto, quienes aun se encuentran estudiando, 2 de ellas alcanzaron la primaria completa y 1 dejó sus estudios sin terminar la primaria. De las 3 personas que abandonaron sus estudios todas coinciden con la razón de retiro y es la situación socioeconómica de cambio que enfrenta su familia.
		Régimen de salud	Las 5 adolescentes pertenecen al régimen subsidiado.
		Vivienda	La casa es el tipo de vivienda que prevalece en este grupo etáreo. Con la cualidad de ser construida en material como ladrillo y entre las adolescentes una de ellas vive en casa de pañete. También se encontró que la tenencia de la vivienda es para 4 de ellas propia y solo 1 pagan arriendo la familia.
		Raciones de alimento diario	De acuerdo a la cantidad de alimentos ingeridos por las adolescentes durante su embarazo, 2 de ellas consumen por lo menos tres raciones, 2 cuatro raciones y solo una 5 a más raciones, ello depende de la capacidad económica de cada una como lo evidenciaron en la realización de la encuesta.
		Ejercicio realizado por Semana	3 manifiestan no haber realizado ningún tipo de ejercicio durante el embarazo, 1 por lo menos una vez a la semana como caminar y 1 de tres a más veces por semana.

	Salud Sexual y Reproductiva	Inicio de la vida sexual activa	El inicio de la vida sexual para tres de ellas se dio a los trece años y para las 2 últimas entre los 10 – 12 años.
		Padre del recién nacido	De 5 adolescentes en este rango etéreo, 4 de ellas el padre fue el compañero de vida y para 1 el padre de su bebe fue un vecino, quien abuso sexualmente de ella. A pesar de los resultados anteriores solo 3 tuvieron la relación con consentimiento y 2 no, una por violación y otra en contra de su voluntad, con su pareja.
		Planificación familiar	Tenían conocimiento de métodos de planificación 3 adolescentes embarazadas o madres, 2 no los conocían pero para sorpresa de las 5 ninguna planificaba con ningún método ni cuidado, manifestando en su mayoría por el temor a ser descubiertas por sus padres.
		Deseo de tener el embarazo	El deseo de encontrarse en embarazo fue positivo solo para 3 de ellas y como consecuencias para las 2 que fueron abusadas no era deseado pero aun así 4 de ellas no pensaron en el aborto al contrario de 1 de ellas.
		ITS	De las 5 adolescentes 4 de ellas no presentaron ninguna ITS, por el contrario de 1 quien a consecuencia de ello su embarazo fue de alto riesgo.
	Familia	Con quien vive actualmente	Cada una vive con personas distintas con las cuales conviven y se ubican con los suegros, el compañero, solo los padres, un padre y hermanos y los padres y hermanos. De las 5 jóvenes, 2 viven con 4 o 5 personas, 2 con 6 a 7 personas y 1 con ocho personas, quien se encuentra en hacinamiento como deficientes oportunidades para ella y su hijo.
		Reacción de la familia por embarazo	La reacción de la familia al enterarse del embarazo de la hija en su mayoría (3) fue de tolerancia y escucha como de consejos a la futura madre debido a que ya llevaban un tiempo conviviendo con el padre del bebe; por otro lado 2 de las adolescentes afirman haber sentido la decepción de sus padres.
		Reacción de la pareja por embarazo	3 de las parejas se comportaron respetuosos con la futura madre, 1 fue amoroso y 1 de ellos respondió con el abandono en todo aspecto con la madre y el bebe.
		Significado del embarazo	Para 3 de las adolescentes el embarazo ha sido un estado agradable, que estaba en su proyecto de vida. Para 1 le ha sido totalmente indiferente el haber quedado embarazada y para la ultima le ha conllevado problemas familiares y educativos que la han afectado.
		Realización de controles prenatales	Ser portadoras del carnet de controles prenatales ha sido satisfactorio para cuatro de ellas y para 1 no, puesto que el traslado de un municipio a otro le ha dificultado el acceso al carnet. La realización de los controles prenatales en 3 de las jóvenes es de 3 a 4 controles, para 1 ha sido mayor a nueve controles y para 1 de 5 – 6 controles; a pesar de que es un numero alto es muy mínimo para ser 4 de ellas en pos parto y solo 1 en el tercer trimestre de embarazo.
Periodo del embarazo en el que se realizaron los C.P		El periodo en el cual se inicio la realización de los controles prenatales para 2 fue en el primer trimestre, 2 en el segundo trimestre y 1 de ellas	

	Controles Prenatales (C.P)		no se acuerdo en qué fecha los inicio. Comparado con el último periodo de realización para 4 adolescentes en el tercer trimestre y 1 no se acuerda.
		Número de hijos	Para la totalidad de este grupo etáreo es el primer hijo.
		IPS donde se tomaron los C.P	La IPS donde iniciaron y terminaron los controles prenatales coinciden en todas las adolescentes embarazadas y madres donde para 3 fue el hospital y para 2 fue en un centro de salud cercano a su residencia.
		Dificultad para tomar C.P	La razón por la cual 3 captaron la realización de los controles prenatales en un periodo avanzado fue la falta de búsqueda de atención medica, 1 manifiesta no tener acceso, 1 la situación económica para transportarse y la ultima no tuvo ningún problema.
		Acompañamiento a C.P	El acompañamiento para 4 de las menores estuvo a cargo de sus padres y para 1 de ellas la decisión fue de ir sola a realizarse los controles prenatales.
		Complicaciones de salud C.P	2 de las jóvenes manifestaron haber presentado algún tipo de complicación de salud y 3 de las anteriores no; 3 sabían qué hacer en caso de complicaciones y 2 de las menores no; pero todas coinciden con haber recibido la orientación necesaria de profesionales de la salud.
	Morbilidad	Síntomas de alarma presentados en embarazo	En general los síntomas de alarma que se presentaron en este rango etáreo fueron las infecciones urinarias, hinchazón en distintas partes del cuerpo y el dolor de cabeza.

Fuente: Proyecto de investigación: Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente, departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

El rango etáreo de 13 – 14 años contó con la presencia de 5 adolescentes en el área de hospitalización y consulta externa. En cantidad es un grupo de menor frecuencia en comparación con los otros dos grupos, sin embargo su impacto en salud pública es alarmante. Es una población que presenta mayores riesgos de tener embarazos de ARO por situaciones biológicas y psicosociales, donde como consecuencia hay deserción escolar, ocupación de las menores en el hogar como amas de casa y el traslado a vivir con padres de alguno de los progenitores del recién nacido. Como consecuencia de lo anterior y de la edad misma de las maternas/gestantes, se ven obligadas a convivir en un unión libre con el padre del recién nacido, con quien el 60% sostuvo relaciones con consentimiento de ellas, para lo cual se ha de deducir la inconsistencia de lo manifestado por las adolescentes puesto que el padre del recién nacido es

mayor que ellas⁶¹ y tiene la suficiente tanto madurez como experiencia para tener una relación con responsabilidad y compromiso con una menor, además del hecho de que en general son expuesta a tener vida sexual activa sin protección, lo cual no sólo acarrea un embarazo adolescente sino también una ITS.

En el presente rango etéreo sólo el 80% (4 adolescentes) posee carnet de controles prenatales y aún así no asisten a control durante los nueve meses sino sólo de 3 – 4 veces y el 80% (4 adolescentes) es acompañada de sus padres y el 20% (1 adolescente) va sola; los controles prenatales son realizados en el hospital más cercano a su residencia, a pesar de ello presentan una tardía captación de los controles prenatales, los cuales son una estrategia de prevención en el embarazo, pero su limitada asistencia se debe a que el 40% no busca atención médica, el 40% por acceso o por situación económica, hecho que lleva a analizar que por la edad en que las adolescentes quedan en este estado y la falta de orientación por parte de la comunidad en general, no asisten a controles prenatales y no tienen conocimiento de que la salud materna es gratuita. Analizando lo anterior se puede observar que la edad de inicio de las relaciones sexuales se encuentra de 12 a 13 años, donde se ubican en un bachillerato incompleto y la educación sexual no es aún tomada como prioridad en la etapa de ciclo vital de las adolescentes a nivel educativo sino en una edad de 15 años en adelante donde normalmente una joven se encuentra en décimo o undécimo grado, siendo en este momento el inicio por el interés en el sexo opuesto y curiosidad sexual, hecho que no sólo lleva a revisar los parámetros a tener en cuenta para informar en las asesorías de educación sexual en la enseñanza y los hogares para esta edad sino también la prevención del abuso sexual, puesto que en este grupo se encuentran dos adolescentes con presencia del 40% de violación sexual por un conocido y la pareja, caso que lleva a incluir la prevención en situaciones de

⁶¹ En la observación participante se indaga sobre la edad del padre del recién nacido.

riesgo para los menores de edad a temprana edad para lograr disminuir los hechos de violencia sexual e intrafamiliar en las adolescentes.

Cuadro 9. Relación de variables por rango etáreo de 15 a 16 años.

15 – 16 Años Cantidad: 20 maternas/gestantes	Demográficas	Estado civil	De las 20 adolescentes embarazadas y madres, 8 son solteras y 12 viven en unión libre con su compañero de vida en casa de alguna de las familias maternas de la pareja.
		Lugar de nacimiento y de residencia	De la población 4 nacieron en Bucaramanga, 2 en Floridablanca, 1 en girón, 2 en Piedecuesta y 11 nacieron en otro municipio. El lugar de residencia para las 20 jóvenes ha sido para 4 en Bucaramanga, 4 en Floridablanca, 1 en girón, 1 en Piedecuesta y 10 en distinto municipio a la capital de Santander.
		Área de vivienda	Solo 5 de las adolescentes se encuentran viviendo en área urbana y 15 de ellas en zona rural, comprendida en veredas, fincas o municipio.
		Estrato	13 familias viven en estrato 1, 6 en estrato 2 y solo 1 persona reside en estrato 3.
	Determinantes Sociales de la Salud	Ocupación	De las 20 adolescentes 14 se encuentra establecidas como amas de casa, 1 es empleada por horas, 1 está trabajando a tiempo completo y 4 son estudiantes; por lo anterior se logra inferir el bajo nivel de discriminación en el ámbito laboral para las adolescentes.
		Búsqueda de trabajo	4 De las jóvenes si han buscado trabajo y son el grupo correspondiente a las que trabajan por horas y a tiempo completo, solo se encontró que a 2 de ellas se le ha negado el trabajo por el embarazo y 16 en este rango etáreo no ha buscado trabajo por lo mismo son dependientes económicamente de sus familias y el padre del bebe.
		Educación	La primaria incompleta ha sido alcanzada por 2 de las maternas/gestantes, 4 han completado la primaria y 14 o se encuentran cursando un bachillerato incompleto o se quedaron hasta ese nivel por haber tomado la decisión de no continuar con sus estudios como es la realidad para 16 de ellas, sorprendentemente solo 4 de las 20 no se retiraron de sus estudios. Las razones de las adolescentes que desertaron de la educación fueron por voluntad propia para 7 de las jóvenes quienes manifestaban sentir pena con sus compañeros de estudio o simplemente no les gustaba estudiar, para 4 fue la situación socioeconómica y para 6 fue por las condiciones de salud del embarazo.
		Régimen de salud	12 de las adolescentes pertenecen al régimen subsidiado y 8 vienen estratificadas por SISBEN.
		Vivienda	15 de las jóvenes viven en casa, 2 en apartamento y 3 en un cuarto. Estos resultados corresponden en su mayoría de las maternas/gestantes a la vivienda de ellas con familias correspondientes de la pareja. 19 de las viviendas han sido construidas y 1 vivienda en madera. La tenencia de la vivienda para la familia de las jóvenes es para 8 propia, para 8 es arrendada, en 2 personas ha sido un préstamo familiar y 2 de las familias administran las viviendas o fincas de los dueños en veredas cercanas a Santander.

		Raciones de alimento diario	Las raciones ingeridas por la adolescente en el estado de embarazo oscila para 1 es de dos raciones, para 8 es de tres veces al día, en 4 adolescentes es de 4 alimentos diarios y para 7 jóvenes es de cinco a seis raciones diarias.	
		Ejercicio realizado por semana	La realización de ejercicio antes, durante y después del embarazo para 16 de las maternas/gestantes no ha sido relevante, en 2 de ellas por lo menos una vez a la semana ha sido necesario y para 2 adolescentes de tres a cuatro veces es parte de su rutina semanal, manifestando ser importante para su embarazo como para ellas en especial por vanidad física.	
	Salud Sexual y Reproductiva		Inicio de vida sexual activa	La población de muestra es de 20 para un mes en este rango etáreo, de las cuales 11 iniciaron a tener relaciones sexuales a los 13 – 14 años, 7 de las adolescentes iniciaron a los 15 años y 2 cuando tenían 16 años.
			Padre del recién nacido	Solo para 17 de las adolescentes, el padre del recién nacido fue la pareja, 1 para el padre del recién nacido es un amigo, para 1 fue un desconocido, producto de una violación y para la última de las adolescente el padre del bebe es actualmente su ex pareja. A pesar de lo plasmado anteriormente el consentimiento por parte de la adolescente al tener la relación en todas no fue por voluntad propia, para 19 de ellas fue una experiencia que conto con su aprobación al contrario de 1 de ellas quien fue abusada sexualmente por alguien que no conocía.
			Planificación familiar	Solo 12 de 20 adolescentes, manifiesta tener conocimiento de métodos de planificación familiar y 8 no, las cuales se puede inferir forman parte del grupo que solo tienen hasta primaria completa y no continuaron sus estudios. Pero de esas 12 que conocían solo 4 planificaban, aumentándose a 16 el número de las que no planificaban; de las 4 que si lo hacían coinciden en el método de la inyección como forma de protección.
			Deseaba tener este embarazo	13 de las adolescentes embarazadas y madres deseaban tener el embarazo al contrario de 7 de ellas quienes manifestaron no desear el embarazo al enterarse.
			Intento abortar	Dentro de las 20 jóvenes que se tomaron de muestra 2 intentaron abortar y para 18 de ellas el aborto es concebido como un pecado, por lo tanto muchas afirman no haberlo ni pensado.
			ITS	Han tenido ITS solo 2 y 18 no han presentado ninguna Infección de Transmisión Sexual.
		Familia		Con quien vive actualmente
			Reacción de la familia por embarazo	5 afirman haber sentido decepción por sus padres, la familia de 6 jóvenes fue comprensiva, 6 fueron tolerantes pero sin mucho agrado ante lo

			acontecido, para 1 persona fueron amorosos y para 1 fue abandono.	
		Reacción de la pareja por embarazo	7 de las parejas se comportaron amorosos con su pareja, 4 fueron respetuosos, 3 han sido cariñosos en el embarazo y antes de él, 1 ha sido indiferente y 4 han abandonado a sus parejas sin colaborar con los alimentos del bebe.	
		Significado del embarazo	Para 11 adolescentes el embarazo ha sido un estado agradable, 4 afirman ser indiferente estar o no en embarazo, a 2 le ha traído problemas familiares, educativos y laborales pero que no la han perjudicado y 2 manifiestan sentir una cantidad de problemas que les ha sido difícil de superar.	
	Controles Prenatales (C.P)		Realización de los C.P	17 de las adolescentes eran portadoras del carnet de controles prenatales al contrario de 2 de ellas, se debe analizar igualmente que a pesar del alto número de tenencia solo 5 se realizaron los controles de 1 – 2 veces, 5 se han realizado de 3 – 4 C.P, 2 adolescentes de 5 – 6 controles, 4 de 7 – 8 C.P, 2 jóvenes de 7 – 8 controles, 2 más de nueve controles prenatales y solo 1 persona no se realizó ningún control además de que a esta adolescente tiene un aborto espontaneo. En el momento del contacto con las adolescentes 3 de ellas se encontraban en el segundo trimestre de gestación, 6 en el tercer trimestre de gestación y 10 en pos parto.
			Periodo del embarazo en el que se realizaron los C.P	7 de ellas se realizaron los controles en el primer periodo de gestación, 9 se encontraban en el segundo trimestre de gestación, 1 en el tercer trimestre y 1 manifiesta no acordarse. En comparación con el último periodo en el que se realizaron los controles prenatales en los cuales para 1 adolescente fue en el segundo trimestre de embarazo, 16 de las adolescentes se tomaron el último control en el tercer trimestre y 1 de ellas no lo recuerda.
			Número de hijos	Solo 1 de las adolescentes tienen un hijo a parte del embarazo actual, el resto de las jóvenes son la primera vez que tiene un hijo.
			IPS donde se tomaron los C.P	De las 20 adolescentes, 9 se tomaron los controles en el hospital, 4 en una clínica, 5 en un centro de salud y 1 en la EPS/ARS. El último control fue tomado para 10 en el hospital, 3 en una clínica, 4 en un centro de salud y 2 en la EPS/ARS, lo que deja inferir que las maternas/gestantes suelen seguir sus controles donde iniciaron a tomarlos.
			Dificultad para tomar C.P	A 3 de las maternas/gestantes tuvieron problemas económicos para tomar los controles, 1 fue por acceso, 3 por desconocimiento de la importancia de realizarse los controles, 1 que no busco atención médica, 5 por no tener los documentos completos y 6 manifestaron no haber tenido ninguna complicación.
			Acompañamiento a C.P	A 6 de las adolescentes embarazadas y madres las acompañaba a los controles su pareja, 2 fueron con sus padres, 1 por algún hermano, 8 van solas y 2 van con otro familiar.
			Complicaciones de salud C.P	De las 20 adolescentes, 9 manifestaron haber presentado complicaciones en el embarazo y en 10 no se presentaron, solo 8 de ellas sabían qué hacer si se dificultaba el embarazo y 11 no. De lo anterior 13 recibieron orientación por un profesional de la salud y 6 no recibieron orientación.

	Morbilidad	Síntomas de alarma presentados en embarazo	Las enfermedades en general que se presentaron fueron los dolores de cabeza, las infecciones urinarias, contracciones uterinas y salida de líquido tanto sangrado como flujo estando en embarazo.
--	-------------------	--	---

Fuente: Proyecto de investigación: Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente, departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

Las adolescentes de 15 – 16 años que ingresaron al HUS presentan características favorecedoras en madurez respecto al grupo anterior, han alcanzado un nivel educativo más avanzado y algunas han terminado su bachillerato, por tal razón han tenido mayor exposición a temas de sexualidad y de planificación familiar donde se encuentra que han optado por planificar con la inyección, como un método que asegura que sus padres no se enteren de que han empezado a tener relaciones sexuales, en el 55% de los casos el inicio de la vida sexual activa se encuentra entre los 13 a 14 años y han sido establecidas con el padre del recién nacido con quien constituyen la convivencia por unión libre y el 35% por abandono de la responsabilidad de la pareja se establecen solteras, sin el mínimo de conocimiento sobre el derecho de alimentos, no sólo para el sostenimiento de su hijo sino también de la familia de la madre, quién es la que se responsabiliza en la educación y desarrollo del recién nacido.

Las similitudes con el rango etáreo de 13 a 14 años también está determinado por la ocupación en donde se ubican como amas de casa pero con la diferencia de encontrarse residiendo en la zona rural en un 75% mayor que las maternas/gestantes menores de 14 años, quienes tienen una residencia en zona rural de 60%; la concepción de un hijo como el enterarse de su estado genera sentimientos de angustia en las adolescentes pero debido al área en la que se ubican la situación es más tolerable, puesto que son criadas con la concepción de que tener un hijo a temprana edad es un estado normal de la mujer y que el atentar contra el nacimiento de su hijo es un pecado, lo que lleva a inferir que la religión y las costumbres de la zona de las veredas y municipios aledaños a Santander hacen que las jóvenes vivan su embarazo de manera más agradable que las del área urbana. Igualmente en esta etapa de la adolescencia a pesar de haber un conocimiento de métodos de planificación

familiar sobresale la no utilización de los métodos por razones como el descuido y el haber planeado su hijo a esa edad; y es en este rango de 15 a 16 años donde se encuentra que el 94% de las adolescentes tienen su primer hijo, aún así en este rango se encuentra que en una de las adolescentes el presente embarazo representa su segundo hijo, permitiendo la deducción de que en un año o más no sólo esta menor sino las demás tendrán un hijo, a pesar de manifestar que no, puede relacionarse esta respuesta con el dolor sentido en el momento por haber traído a su bebé por parto normal o cesárea y por complicaciones como dolores de cabeza, contracciones y la salida de líquido que las llevan a no desear tener otro embarazo.

Cuadro 10. Relación de variables del rango etéreo de 17 a 19 años.

	Demográficas	Estado civil	De las 50 adolescentes en este rango etéreo, 11 se encuentran solteras y 39 viven en unión libre.
		Lugar de nacimiento y residencia	26 de las adolescentes nacieron en Bucaramanga, 1 en girón y 23 en otra vereda o municipio, mostrando la similitud de datos con la residencia donde residen más en Bucaramanga con 21, seguido de otro municipio o vereda con 19, florida con 3 de las adolescentes y en menor proporción en girón, Santander.
		Área de vivienda	Por lo anterior se encontró que solo 15 de las adolescentes viven en área urbana y 35 de ellas vienen de área rural y donde se ubican los mayores índices de embarazo no solo en adolescentes sino también en familias numerosas ya establecidas.
		Estrato	34 de las adolescentes residen en viviendas de estrato 1, 11 de estrato 2 y por último 5 de estrato 3.
	Determinantes Sociales de la Salud	Ocupación	De las 50 adolescentes, 33 de ellas son amas de casa, 2 se encuentran empleadas por horas, 1 es empleada a tiempo completo, 5 trabajan independientemente en negocios como comidas rápidas, calzado, salón de belleza o floristería y 9 han decidido continuar con sus estudios.
		Búsqueda de trabajo	De las 12 que buscaron trabajo, solo 1 fue rechazada laboralmente por el embarazo; y de las 50 se observa que 38 de ellas no buscaron trabajo. A pesar de lo anterior va en aumento el número de dependientes económicamente que asciende a 41 y solo 9 de ellas son independientes.
		Educación	5 de las jóvenes se encuentran solo con una primaria incompleta, 7 de ellas han terminado la primaria, 21 se ubican con un bachillerato incompleto, 11 han logrado terminar el bachillerato, 4 están haciendo una tecnología pero aún no la han terminado y 2 se encuentran en la universidad realizando alguna carrera. De los anteriores resultados 34 de las maternas/gestantes se retiraron de sus estudios y 16 no lo hicieron. Las razones de retiro oscilan por voluntad propia,

17 – 19 Años Cantidad: 50 maternas/gestantes			porque no les gustaba el estudio en 16 de ellas, 8 por la situación económica de sus familias y 10 por el embarazo.	
	Régimen de salud		En el régimen contributivo se encuentra solo 1 adolescente, 35 del subsidiado, 1 en vinculados y 13 por el SISBEN.	
	Vivienda		40 De las adolescentes viven en casa de sus padres o en una casa para la pareja, 4 en apartamento y en un cuarto. En relación al material de la vivienda 47 de las jóvenes viven en residencia de ladrillo, 2 de madera o tabla y 1 en pañete. Para 20 de las familias la casa es propia, 25 viven en arriendo y 4 viven en moradas por préstamo de algún familiar.	
	Raciones de alimento diario		Solo 1 materna/gestante come dos raciones de alimento diario, para 18 son de tres alimentos, el alimento consumido de cuatro veces al día corresponde a 11 adolescentes, 20 de ellas consumen más de 5 raciones diarias.	
	Ejercicio realizado por semana		Por lo general el grupo etéreo de 17 – 19 años en 37 de las adolescentes no realiza ningún tipo de actividad física, 4 de ellas realizan por lo menos 1 vez a la semana ejercicio, 3 jóvenes dos veces por semana y 6 de tres a más veces por semana.	
	Salud Sexual y Reproductiva	Inicio de la vida sexual activa		1 empezó de los 10 – 12 años ha tener relaciones sexuales, 7 iniciaron a los 13 – 14 años, 11 alrededor de los 15 años, 30 entre los 16 – 17 años y 1 próximo 18 – 19años. En lo anterior se puede inferir que es la etapa entre los 15 y 16 años donde mayor curiosidad de tener una experiencia sexual hay.
		Padre del recién nacido		43 de los padres del recién nacido son pareja de la adolescente y se encuentra respondiendo por su nueva responsabilidad, 1 quedo embarazo de su padre quien la violó desde los 15 años y en 6 de los casos el padre es ahora la ex pareja de la materna/gestante. Como es de entereverse 49 casos se dieron por voluntad propia y solo 1 de las adolescentes se le obligo a tener relaciones.
		Planificación familiar		Han afirmado 44 adolescente haber tenido conocimiento de métodos de planificación familiar ya sea obtenido en el colegio, amigos o por padres y 6 no haber recibido algún tipo de enseñanza. A pesar de ser grande el numero de las que conocían solo 21 de ellas se encontraba planificando y 29 de ellas no. 10 de ellas planificaban con pastillas, 6 con inyección, 1 con el dispositivo T, 3 con condón y por ultimo 1 con otro método que se infiere era de creencias como el del ritmo, por ciclo menstrual o el basal.
		Deseaba tener el embarazo		El deseo de tener el embarazo en el momento de enterarse de él, fue solo para 28 de las adolescentes, el resto experimento angustia y deseo de no tenerlo.
		Intento abortar		A pesar de que el numero de no desear tener el bebe es alto solo 1 de ellas intento abortarlo, 4 lo pensaron y 45 piensan que abortar un bebe es pecado, ello puede deberse a la cantidad tan alta de jóvenes que llegan de veredas y municipios donde la religión es importante.
		ITS		De las 50 adolescentes en este rango etéreo solo 2 presentaron alguna infección de trasmisión sexual.
		Con quien vive		13 viven con el compañero, 5 con el compañero y

Familia	actualmente	sus hijos, 2 solo con los padres, 12 con padres y hermanos, 6 con un padre y hermanos, 9 con los suegros y 2 con otro familiar. Se encuentran viviendo por hogar de 2 – 3 para 17 adolescentes, de 4 – 5 para 16, de 6 – 7 para 10 y con 8 o más familiares para 7.
	Reacción de la familia por embarazo	La decepción en las familias por enterarse estuvo a cargo de 16 familias, 15 se comportaron comprensivos, 9 familias fueron tolerantes, 9 fueron amorosos y 1 familia abandono a su hija o al hecho de la casa.
	Reacción de la pareja por embarazo	24 parejas se han comportado amorosos, 5 han sido respetuosos, 14 han sido cariñosos y 7 han abandonado a su pareja sin responder por la crianza y parte económica del recién nacido.
	Significado del embarazo	36 manifiestan que su embarazo ha sido un estado agradable para ellas, en 4 adolescentes les ha sido indiferente haber quedado en embarazo o no, a 8 se les han presentado dificultades en familia, estudio y trabajo pero han ido sobrellevando la situación y para 2 les ha traído graves dificultades que les ha sido difícil de solucionar.
Controles Prenatales (C.P)	Realización de controles prenatales	45 de las maternas/gestantes tienen el carnet de controles al contrario de 5 de ellas que no lo portan, 6 se han realizado de 1 – 2 controles, 10 jóvenes de 3 – 4 C.P, 14 de 5 – 6 durante el embarazo, 12 adolescentes de 7 – 8 controles, 6 más de nueve controles y 1 no se ha tomado ninguno. Para esa fecha 5 se encontraban en el segundo trimestre del embarazo, 15 en el tercer trimestre y 30 en pos parto. Lo que nos indica que es poco probable encontrar adolescentes en los primeros meses de gestación en el hospital.
	Periodo de toma de C.P	39 de las adolescentes empezaron los controles en el primer trimestre de gestación, 8 en el segundo trimestre y 2 en el tercer trimestre. De las 50 adolescentes exceptuando a la que no se realizó ningún control prenatal 10 se realizaron su último control en el segundo trimestre de embarazo y 39 lo hicieron en el último trimestre.
	Número de hijos	Dentro del grupo etáreo de 17 – 19 años, 9 adolescentes es su segundo hijo, para 2 es el tercer hijo y para 39 es el primer hijo.
	IPS donde se tomaron los C.P	29 de las jóvenes se tomaron su primer control en el hospital, 6 lo hicieron en la clínica, 11 en un centro de salud y 3 en la EPS/ARS. El último control fue tomado en el hospital para 30 de las maternas/gestantes, 5 en la clínica, 11 en un centro de salud y 3 en la EPS/ARS. Lo que indica que el hospital tiene mayor captación en la atención de la mujer en embarazo que otras entidades de salud.
	Dificultad para tomar C.P	A pesar de todo se presentaron dificultades para la realización como lo fue la situación económica para 2 jóvenes, en 4 fue el acceso, para 11 fue el desconocimiento, en 1 la no búsqueda de atención medica, en 7 la documentación incompleta, para 5 la falta de tiempo de las actividades diarias realizadas por ellas y para 20 satisfactoriamente no se presento ninguna dificultad.
	Acompañamiento a C.P	De las 50 adolescentes en el acompañamiento no solo a los controles prenatales sino también en la toma de exámenes necesarios fueron acompañadas por su pareja 14 de ellas, 9 por los padres, 2 por amigos cercanos de la pareja, 23 de

		las jóvenes se acercaban solas a realizarse los controles y 2 de ellas por otra persona.
	Complicaciones de salud C.P	27 De las adolescentes no presentaron ninguna complicación de salud al contrario de 23 de ellas que si las padecieron, 31 de ellas sabia que hacer en caso de algún tipo de complicación y 19 de las maternas/gestantes no sabían a pesar que 40 de ellas recibieron la orientación por el profesional de la salud y solo 10 de ellas no, se puede inferir también a la poca atención colocada por la paciente en el momento de realización de los controles prenatales.
Morbilidad	Síntomas de alarma presentados en embarazo	Los síntomas de alarma más comunes presentados en este rango etáreo fueron aumento de la presión arterial, dolor de cabeza, ausencia de movimientos fetales, contracciones uterinas y salida de líquido no solo sangrado sino también flujo.

Fuente: Proyecto de investigación: Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente, departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

En el rango etáreo de 17 a 19 años se encuentran un total de 50 casos de embarazos en adolescentes, que para el período de recolección de información del 4 de noviembre al 4 de diciembre se lograron encuestar, las cuales presentaban características similares a los anteriores grupos como son en la ocupación y el estado civil, pero en educación avanzaron aún más, puesto que el 22% estaba con un bachillerato completo y el 8% está estudiando una tecnología y el 4% una carrera en una universidad. Debido a lo anterior el conocimiento de los métodos se encontraba con el 88% y al compararlos con la utilización, sólo el 42% se cuidaban en el momento de tener relaciones sexuales, las razones continúan siendo por el temor de los padres, el acceso a métodos de planificación familiar, descuido por parte de la pareja y la vanidad de no subir o bajar de peso de manera preocupante para la autoestima de las adolescentes, como se observa igualmente en los rangos etáreos de 13 a 14 años y de 15 a 16 años.

Los rangos etáreos de 15 a 16 años y de 17 a 19 años presentan el 93% de embarazo en adolescentes, las cuales residen en zona rural, al contrario del primer rango con un 6% pero los del rango etáreo de 13 a 14 años se dan en el área urbana, con una similitud en los tres y ha sido el nivel socioeconómico en el que el 68% es estrato uno y con beneficio de seguridad social de EPS/EPSS, ello ha sido positivo para la captación de los servicios de salud, la realización

de los controles prenatales y atención en complicaciones como en el parto, tanto por la entidad como en el hospital, el cual tiene el 54% de demanda por las adolescentes de 10 a 19 años. En este rango se presenta un 78% de adolescentes embarazadas de su primer hijo pero sin embargo hay 22% de maternas/gestantes que es su segundo o tercer hijo por lo tanto la reacción de sus familias y parejas ya no es de decepción o preocupación sino de apoyo, tolerancia y felicidad, pero manifestando el deseo de ya no tener más hijos y la esperanza de operarse rápidamente, para las que optan por esta opción los doctores ponen algunas complicaciones para realizarles la operación debido a su edad y al deseo que en un futuro puedan tener para tener más hijos.

Se observa que en la etapa de la adolescencia de 10 – 19 años se presenta algún conocimiento de los métodos de planificación familiar pero también la no utilización de ellos por razones explicadas anteriormente, de ello se debe cuestionar las formas de informar a los adolescentes en esta etapa de la vida y utilizar estrategias para que los adolescentes aprehendan lo necesario, no sólo para evitar un embarazo no deseado, aborto como también en la transmisión de alguna infección de transmisión sexual. El problema del embarazo en la adolescencia es que tiene factores de riesgos como son: la falta de oportunidades por edad, deficiente nivel de educación, ocupación informal, inicio de vida sexual activa a temprana edad, falta de información en la educación sexual desde la familia hacia los colegios, comunidad y entidades públicas que actúen en beneficio de programas de promoción y prevención para las poblaciones más vulnerables como son las adolescentes de los estratos uno y dos, con mayor probabilidad de quedar en embarazo a temprana edad tanto en la zona urbana como en la rural, prestando especial atención a la zona de los municipios y veredas cercanas a Santander con mayor demanda de servicios del HUS. La prevención de la violencia sexual e intrafamiliar debe hacer parte de las entidades de salud y educación sin desmeritar a la familia, para estar pendiente de los adolescentes no sólo mujeres sino también hombres que pueden ser víctimas de este tipo de violencia que desencadena en pensamientos y sentimientos de depresión y aislamiento, que pueden agudizarse cuando las menores quedan en embarazo.

5.8 ANALISIS ESTADISTICO

De acuerdo a los objetivos planteados para la investigación, referidos a la indagación de los determinantes sociales de la salud como factores de riesgo en el embarazo de adolescentes, a continuación se describen analíticamente los resultados obtenidos de la recolección de información, realizada en el tiempo estipulado para ello.

Gráfico 1. Determinantes Sociales de la Salud, Ocupación VS Edad

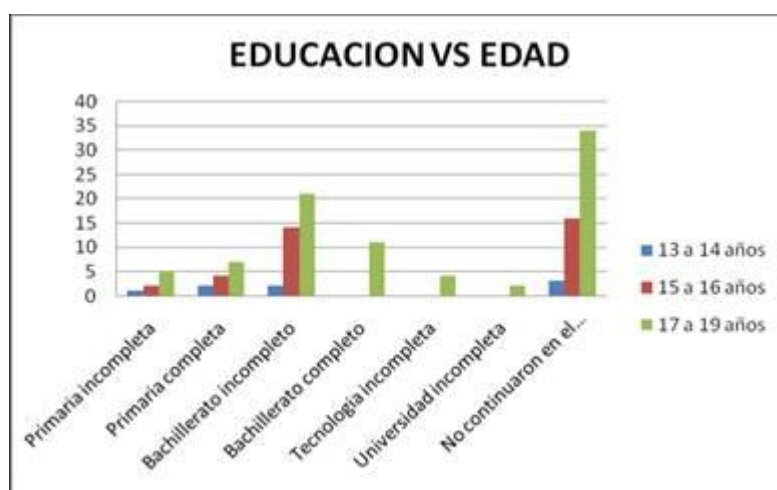


Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

Como se observa en el anterior gráfico, el 34% (17 a 19 años), el 14% (15 a 16 años) y el 3% (13 a 14 años) se encuentran siendo amas de casa ocupación establecida tras hacer una pausa en sus estudios y/o trabajos y se dedican al hogar ya sea en su casa o en la de sus suegros; por otro lado se encuentran que el 9% de las adolescentes de 17 a 19 años, el 4% (15-16 años) y el 3% (13-14 años) que deciden continuar con su estudio, no por determinación de ellas mismas sino en gran medida de la toma de decisiones de sus padres como de su pareja. Se puede analizar igualmente la dependencia económica en un 41% (17-19 años), 16% (15-16 años) y el 5% (13-14 años) de la

población por parte de la familia materna y/o paterna como de la pareja, es así como sólo el 9% (17-19 años) y el 4% (15-16 años) se encuentran siendo independientes económicamente, una de las razones del bajo nivel de independencia puede estar relacionado con la negación del trabajo por parte de los empleadores por el estado en el que se encuentran y la edad. Es así como se afirma la hipótesis H1 en la cual se establece que la ocupación de mayor establecimiento por parte de las adolescentes embarazadas y madres es el ser ama de casa.

Gráfico 2. Determinantes Sociales de la Salud, Educación VS Edad



Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

De las 75 adolescentes maternas/gestantes, el 5% (17-19 años), el 2% (15-16 años) y el 1% (13-14 años) se encuentra con una primaria incompleta; el bachillerato incompleto con el 21% (17-19 años), el 14% (15-16 años) y el 2% (13-14 años) y los porcentajes de una educación alta, universidad (3% de 17-19 años) y tecnología (4% de 17-19 años). Es importante mostrar que las adolescentes que no continuaron con el estudio es específicamente del 34% (17-19 años), el 16% (15-16 años) y el 3% (13-14 años). Como se puede observar se comprueba la H2 en la cual se comprueba que las adolescentes en mayor frecuencia dejan no terminan su bachillerato, donde se manifiestan que las razones han sido por complicaciones medicas, la situación económica de

sus padres o el padre del recién nacido y por voluntad propia, ya que hay adolescentes que justifican su bajo nivel escolar con la falta de motivación por estudiar y prepararse, puesto que no es parte de su proyecto de vida personal.

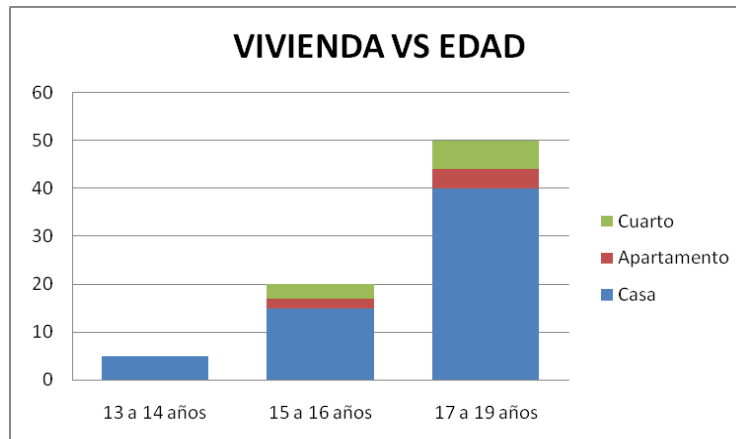
Gráfico 3. Determinantes Sociales de la Salud, Salud Vs edad



Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

De manera satisfactoria se evidencio que la H4 la seguridad social en las maternas/gestantes tiene un mayor número de pertenecientes al régimen subsidiado a través de EPS/EPSS en el 3% (13-14 años), el 10% (15-16 años) y el 33% (17-19 años); además se puede observar que en el SISBEN pertenecen el 6% (15-16 años) y el 12% (17-19 años). Los servicios de la salud son utilizados por los adolescentes cuando hay una urgencia pero hay un desconocimiento de otros servicios como son los de Promoción y Prevención (PYP) y en consecuencia no se les ha informado de los DSR que buscan la autonomía de los adolescentes en la toma de decisiones respecto a su sexualidad.

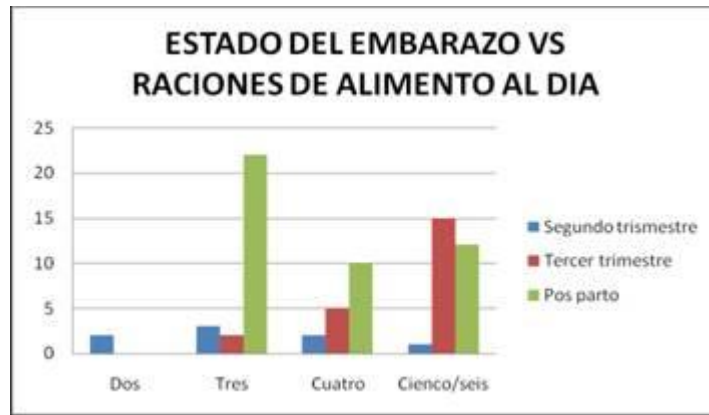
Gráfico 4. Determinantes Sociales de la Salud, Vivienda Vs edad



Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

De acuerdo a la edad de las adolescentes se presenta que un 5% (13-14 años), el 15% (15-16 años) y el 40% (17-19 años) residen en una casa, el 2% (15-16 años) y el 4% (17-19 años) en un apartamento y por último en un cuarto o habitación el 3% (15-16 años) y el 6% (17-19 años), lo que lleva a inferir que la mayoría vive en condiciones estables y cómodas frente al embarazo. La vivienda con mayor residencia para las adolescentes es la casa propia de los padres o suegros en las cuales se han ido a vivir los jóvenes tras de quedar en embarazo y asumir la responsabilidad de haber tenido un hijo a temprana edad, afirmando la H5; en este tipo de hogares se encuentra que el 35% es habitado de 4 a 5 personas y en menor proporción del 15% por más de 8 personas lo cual indica un nivel de hacinamiento por parte de la población muy difícil de llevar tanto por los jóvenes como por sus familias, sobrellevando más dificultades socioeconómicas y de oportunidades para cada uno de los integrantes de la familia.

Gráfico 5. Determinantes Sociales de la Salud, Nutrición VS Estado del embarazo



Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

Las raciones diarias consumidas por las mujeres embarazadas oscilan entre cinco y seis para el 1% (segundo trimestre), el 15% (tercer trimestre) y el 12% (pos parto); las adolescentes que consumen por lo menos tres raciones diarias es del 3% (segundo trimestre), el 2% (tercer trimestre) y el 22% (pos parto). Lo cual ha de observarse que las adolescentes a pesar de los cambios biosociales enfrentados, satisfacen sus necesidades de alimentación, más sin embargo ello no dice la calidad de alimentos que está consumiendo la adolescente embarazada y madre adolescentes que le aporte un adecuado desarrollo en la gestación y nacimiento del recién nacido.

Gráfico 6. Determinantes Sociales de la Salud, Ejercicio realizado Vs edad

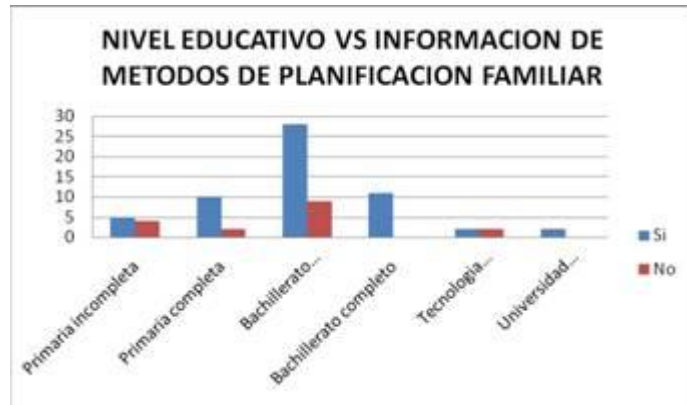


Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

El estilo de vida saludable de acuerdo a la actividad física en las adolescentes para esta etapa de la vida realizada semanalmente demuestra no ser de relevancia para ellas, puesto que sólo el 6% (17-19 años), el 2% (15-16 años) y el 1% (13-14 años) de las maternas/gestantes son conscientes de la importancia de hacer alguna actividad física ya que beneficia la evolución menos complicada al momento del parto.

En los anteriores gráficos se ha mostrado los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados en la investigación, pero debido a que su carácter es de analizarlos como factores de riesgos psicosociales se han tomado una serie de datos para observar la incidencia en esta etapa de la vida como es la adolescencia, concibiéndolo desde su realidad en un factor de riesgo y logrando identificar factores protectores que ayuden a enriquecer el ejercicio de la investigación como la intervención profesional en Trabajo Social. Por tal motivo, a continuación se mostraran los resultados encontrados y sustentados debidamente.

Gráfico 7. Determinantes Sociales de la Salud, Educación vs Factor de Riesgo Psicosocial, acceso a información de métodos de planificación familiar.



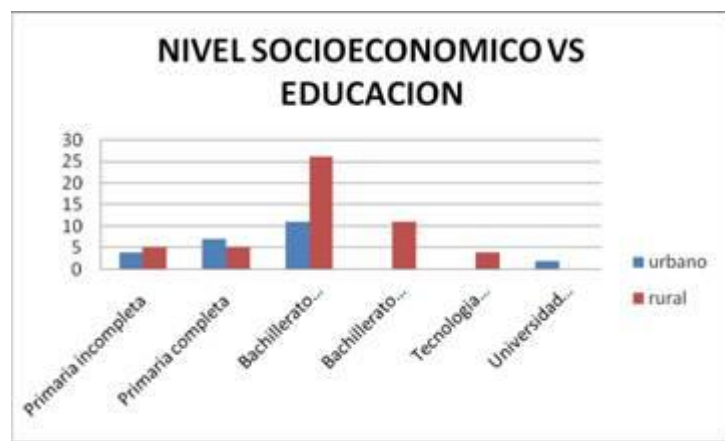
Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

El 5% (primaria incompleta) de las adolescentes manifestaron haber recibido alguna asesoría de planificación familiar en el colegio o escuela, pero el 4% (primaria incompleta) no tenía información de los MPF; el 28% (bachillerato incompleto) si recibieron información de planificación y el 8% (bachillerato incompleto) no tenían conocimiento de MPF; el 2% (tecnología y universidad) conocían de los MPF y el 2% (tecnología y universidad) no tenían información de los MPF. A pesar de haber porcentajes altos en conocimiento continúan habiendo adolescentes desinformadas en planificación lo cual conlleva a que no haya un establecimiento adecuado de su sexualidad y acarrea incidencia de embarazos en las adolescentes como se plantea en la H4.

En la primaria incompleta había algún tipo de información sobre los métodos de planificación familiar y de ellas sólo el 24% utilizaban algún tipo de planificación familiar, las cuales se cuidaban de vez en cuando con inyecciones y pastillas y de utilizar el condón en el momento de la relación. Debido a los anteriores resultados se indagó sobre las razones de no utilizar los métodos a pesar de haber conocimiento, las maternas/gestantes respondieron sentir temor porque sus padres descubrieran que ya habían tenido relaciones sexuales, el miedo a subir de peso y las creencias falsas de que los métodos son peligrosos y provocan malformaciones en el feto, conjeturas que dejan entrever la responsabilidad que no sólo tienen los colegios y centros de salud en informar sobre la educación sexual y reproductiva sino también de los padres frente a

sus hijos, en el reconocimiento de las necesidades que experimentan en la adolescencia, como es el tema de sexualidad y todo lo que gira en torno de ella, para lo cual se podría inferir que si la apertura de diálogo de padres e hijos se trasladará también a este tema tal vez se obtendría tasas menores de fecundidad por lo menos en esta etapa de la vida que pone en riesgo la salud y proyecto de vida de los adolescentes.

Gráfico 8. Determinante Social de la Salud, Educación vs Factor de Riesgo Psicosocial, estrato socioeconómico



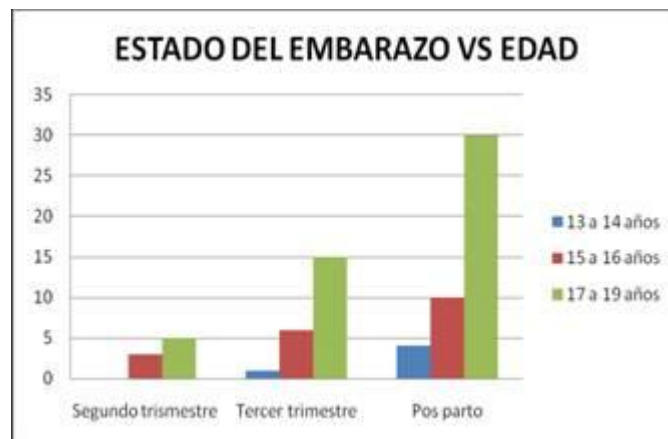
Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

La relación entre el nivel socioeconómico y la educación es relevante en términos de oportunidades y realidades, el acontecimiento de un embarazo adolescente se da en gran medida en la zona rural como se puede observar en el gráfico, así mismo el 5% (primaria incompleta), el 5% (primaria completa), el 26% (bachillerato incompleto), el 11% (bachillerato completo) y el 4% (tecnología) residen en zona rural a comparación de los porcentajes encontrados en la zona urbana en la cual el 4% (primaria incompleta), el 7% (primaria completa), el 11% (bachillerato incompleto) y el 2% (universidad).

El embarazo de las adolescentes en la familia urbana es en primera instancia afrontado por la decepción, hecho que va aceptándose a lo largo de la

gestación de la adolescente, por el contrario en zona urbana se encuentra una mayor tolerancia en el embarazo adolescente. En la zona urbana el embarazo alcanza a presentarse en un 30% en el término de un mes; como se observa el 70% de la población demandante del HUS se encuentra ubicada en lo rural, donde se remiten personas de veredas o municipios cercanos y a veces de fincas. El gráfico muestra como la población de la zona rural alcanza a llegar a una tecnología incompleta y con la concentración del 50% en el bachillerato incompleto, en este resultado se asemeja a la zona urbana, aunque es de menor proporción en la última se encontró mayor disponibilidad de las adolescentes a aspirar a una universidad o al menos una tecnología.

Gráfico 9. Factor de Riesgo Psicosocial, edad gestacional VS Edad



Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

Como se observa en el gráfico el 3% (15-16 años) y el 5% (17-19 años) se encuentran en el segundo trimestre de embarazo; el 1% (13-14 años), el 6% (15-16 años) y el 15% (17-19 años) porcentajes referidos al tercer trimestre de gestación y por último el 4% (13-14 años), el 6% (15-16 años) y el 30% (17-19 años) se contactaron en hospitalización, donde ya eran madres adolescentes.

Se ha decidido analizar la edad gestacional frente a la edad en que se encuentra la adolescente en el embarazo para observar tanto en qué edad tienen sus hijos como el número de ellos, como se describió anteriormente la materna/gestante tiene vida sexual activa con mayor frecuencia desde sus quince años dando lugar a que la edad gestacional se presente en mayor frecuencia entre el tercer trimestre y momento de contacto en pos parto en el piso de hospitalización; también se encontró que para el 86% de las adolescentes es su primer hijo y para el 16% es su segundo o tercer hijo, caso preocupante en las últimas donde se presume que su edad de inicio está por debajo de los 15 años y donde no existe una conciencia de derecho del distanciamiento entre los hijos, para poder dedicar el tiempo necesario y mínimo a cada uno de ellos y dar mayor oportunidad de afecto de los padres con el primer hijo.

Gráfico 10. Factor de Riesgo Psicosocial, inicio de vida sexual activa.



Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

En el gráfico se puede observar que el inicio de las relaciones sexuales por consentimiento propio fue del 2% (10-12 años), el 20% (13-14 años), el 17% (15 años) y el 31% (16-17 años); por el contrario el inicio de las relaciones sexuales en contra de la voluntad de las adolescentes fue para el 1% (10-12

años), el 1% (13-14 años), el 1% (15 años), el 1% (16-17 años) y el 1% (18-19 años).

El anterior gráfico muestra resultados no sólo del inicio de la vida sexual activa sino también de los casos reportados por violación sexual en un 6% presentados en el HUS hechos cometidos por un desconocido, vecino, pareja y el padre de la adolescente, situación preocupante en especial por que el 80% de los casos se presentaron en municipios cercanos a Santander, se infiere que se debe hacer concientización y sensibilización frente a esta problemática para hacer justicia y evitar abandono de recién nacidos por situaciones adversas como la vivida por la madre, frente a esta situación es relevante mencionar que se realizó en el transcurso de la recolección de información la notificación de los casos de violencia sexual e intrafamiliar por medio del profesional de la salud y el equipo psicosocial con el debido proceso de vigilancia epidemiológica. Por otro lado el 42% de maternas/gestantes han decidido iniciar su vida sexual alrededor de los 16 años, de lo que debe hacerse entrever que la población con mayor demanda de servicios se encuentra en esta edad y aún así es una edad muy temprana en la que se hallan mayores complicaciones de alto riesgo, debido a que el cuerpo no está preparado para el cambio que enfrenta con un embarazo adolescente.

De acuerdo a los resultados obtenidos se ha establecido que los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente son la educación y la salud, puesto que al haber índices bajos de educación y más aún de programas en el sector educativo coherentes a las necesidades propias de cada grupo etáreo, en especial el citado para la investigación, dejan vislumbrar que las estrategias de información, comunicación y educación no han logrado impactar a las y los adolescentes en la utilización adecuada de métodos de planificación familiar para no sólo evitar el embarazo en las mujeres de este grupo sino también el contagio de alguna infección de transmisión sexual (ITS), que puede no sólo afectar la salud de la materna/gestante sino también el feto, provocando malformaciones y

complicaciones en el nacimiento que pueden llegar a la muerte del feto o el recién nacido.

El Determinante Social de la Salud que corresponde a la variable de la salud, se encuentra interrelacionado con la variable de la educación, puesto que al presentarse la pausa en el estudio ya sea por situaciones socioeconómicas de la familia, por voluntad propia de la adolescentes o por el embarazo, no se lleva un adecuado proceso de atención por el personal capacitado que oriente a la adolescente en SSR, acarreando la captación tardía de servicio de salud materna como son los controles prenatales, los cuales ayudan a la detección de alteraciones en el feto y en la salud de la gestante, además de los cursos profilácticos que enseñan a la madre y la educan para el momento del parto.

Como se logra observar en el cuadro de resultados, el nivel educativo alcanzado por la mayoría de las adolescentes comprende un bachillerato incompleto con presencia de información por lo menos en los espacios entre las clases sobre la planificación familiar, aún así se puede resaltar que no sólo la comunicación de estrategias de salud sexual y reproductiva en el colegio/escuela son asertivas para disminuir los índices de embarazos sino también la educación por parte de los padres de familia o responsables de las menores, ya que al tener la información, el acceso a los métodos pero el miedo y temor a ser descubiertas por sus padres las adolescentes toman la decisión de no planificar, para no ser sorprendidas, tomando riesgos de quedar en embarazo, perder un bebé, practicarse un aborto o ser contagiadas con alguna ITS. Lo anterior puede ser prevenido y tener resultados más favorecedores para las adolescentes como sus familias si se entiende que la educación sexual no es promover la irresponsabilidad con el sexo sino de vivir la sexualidad sanamente teniendo la compromiso e información para ejercer los derechos sexuales y reproductivos que lograrían acercar a los jóvenes con mayor tranquilidad a las instituciones especializadas y los programas de Promoción y Prevención (PYP) de las EPS/EPSS.

La concientización de la comunidad en lo descrito anteriormente lograría resultados positivos pero se debe analizar la población a la cual el HUS oferta

sus servicios, con un 71% que corresponde a municipios de Santander o cercanos al departamento y de veredas donde las condiciones de vida son muy limitadas para las familias y presentan problemas no sólo de control de natalidad, calidad de educación sino que conllevan crianzas de padres donde el embarazo en su hija de 14 años es doloroso pero llevadero porque ellas han pasado por lo mismo, la salida de las adolescentes con la padre del recién nacido es símbolo de responsabilidad y el futuro que ella decidió, situaciones como estas nos llevan a casos de adolescentes de 19 años con tres hijos a su cargo y con el común denominador de tener ocupación de ama de casas en un 67%, no sólo las que residen en veredas y municipio sino también en Bucaramanga.

Debido a los resultados obtenidos en la recolección de información y análisis se construyó una ruta de atención con adolescentes embarazadas y madres que solicitan los servicios de consulta externa y hospitalización del HUS, con el fin de organizar el equipo psicosocial como dar a conocer el proceso adecuado a llevar a cabo con el rango etáreo de 10 – 19 años que presentan estas características, para trabajar en 5 ejes fundamentales a la hora de atender a las maternas/gestantes, los cuales son planificación familiar, pautas de crianza, derecho de alimentos, manejo del duelo en adolescentes que pierden el recién nacido y detección de violencia sexual y/o intrafamiliar. Por lo tanto se debe aclarar que se realizaron dos rutas de atención la primera para hospitalización y la segunda para consulta externa, debido a la diferencia de personal profesional de la salud que trabaja en cada uno de los pisos como problemáticas que en consulta externa no se dan, respecto a hospitalización, quien abarca más campo de acción profesional y trabajo psicosocial. Cada ruta contará con su descripción en específico de actividades, personal a realizarlas y el proceso a llevar a cabo en el momento de ingreso de las adolescentes embarazadas y madres con el fin de ser continuado no sólo por la trabajadora social sino también por un profesional de la salud, médicos y/o enfermeras.

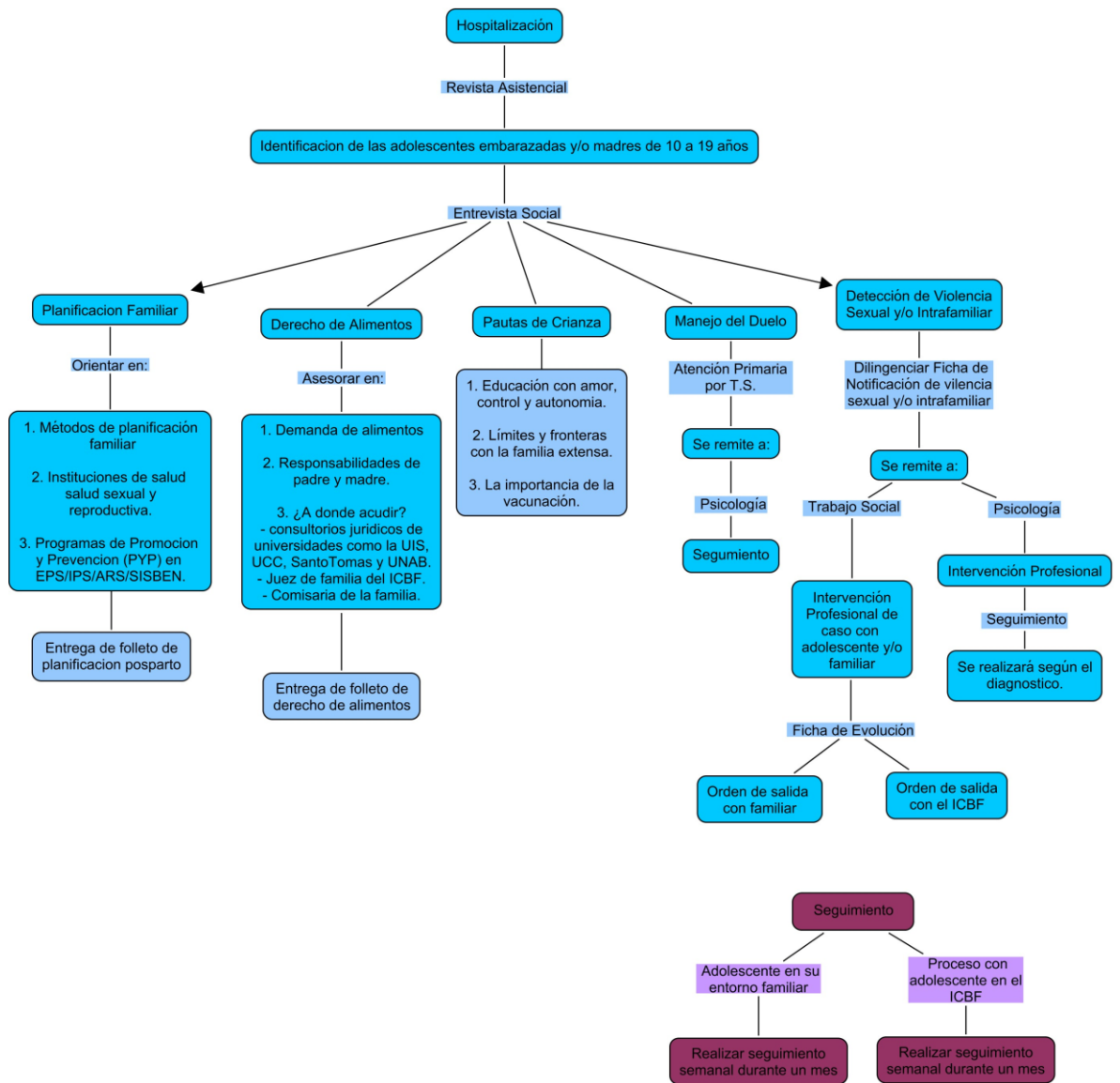
Cuadro 11. Descripción de la ruta de atención de hospitalización

Actividad	Descripción de actividad	Responsable
Revista asistencial	Es la acción que se realiza con el fin de conocer el total de las maternas/gestantes que ingresan a hospitalización y en especial identificar las adolescentes embarazadas y madres entre los 10 a 19 años, para realizar intervención profesional con base en las necesidades que presente la población.	Trabajo social
Entrevista social	Consiste en la aplicación de una entrevista a la adolescente materna gestante enfocada a visualizar la situación en la cual ella vive, el conocimiento de métodos de planificación familiar, el apoyo que poseen por parte de la pareja y la familia, descubrir casos de violencia sexual e intrafamiliar, atender los casos de aborto espontáneo o inducido como las pautas de crianza que se deben tener en cuenta y la importancia de la vacunación. El análisis de la comunicación gestual durante la entrevista es una oportunidad para ahondar en frases inconclusas o gestos incoherentes con lo manifestado en la realización de la conversación, por lo que se recomienda profundizar más allá de las preguntas ya elaboradas. A continuación se describirán de manera específica los 5 ejes.	Trabajo social
Planificación familiar	Se debe dar una orientación sobre los métodos de planificación familiar, aclarando los mitos y creencias que se tienen de ellos, informar de los programas de promoción y prevención PYP, en EPS/ARS/IPS/SISBEN de las adolescentes reforzando en que son servicios gratuitos tanto en la asignación de la cita como el mismo método. Por último se debe orientar sobre el periodo intergenesico de por lo menos 5 años entre un embarazo y otro. Es importante que en la asesoría se informe a la adolescente como a su pareja sobre lo relevante de disfrutar la sexualidad sanamente, no solo en la comunicación de los métodos sino también en la manera adecuada de utilizarlos para evitar un embarazo o una ITS, que acentúan el retraso del proyecto de vida personal y de pareja, creando conflictos de pareja y con los hijos. Para una mejor captación de la asesoría se dará un folleto con los temas tratados.	Trabajo social y/o Psicología
Pautas de crianza	Dentro del tema de pautas de crianza se debe asesorar a las adolescentes en la importancia de educar con amor, control pero dando autonomía al niño en el que no solamente se le corrija en malas actitudes sino también que se le felicite en las buenas acciones que realiza; las adolescentes que ingresan al HUS manifiestan que el presente embarazo es el primero para ellas, dado lo anterior su inexperiencia en el cuidado de los hijos refuerza la influencia de la familia extensa, para los cuales es necesario colocar límites y fronteras en el cuidado y aún más en la corrección de los niños con el fin de no perder el respeto ante los hijos. Las formas de corregir la desobediencia debe ser una negociación de los gustos de los niños frente a lo que debe hacer y no golpear en momentos de cólera que provocaban daño para padre e hijo y sentimientos de rabia y baja autoestima en los menores. No se debe olvidar de informar a las adolescentes sobre la vacunación de sus hijos para evitar morbimortalidad en los primeros años de vida, tener en cuenta los meses y años y en que debe aplicar las vacunas, no solo en la niñez sino también en la adolescencia.	Trabajo social y/o Psicología
Derecho de alimentos	Se asesorará sobre la importancia de reconocer los deberes y en especial los derechos de los padres con los hijos, ello tratara en específico con las madres solteras sin discriminar las adolescentes en un unión libre, informar sobre la demanda de alimentos, en qué consisten los alimentos a dar a un hijo y a donde se deberá acudir, como es a consultorios jurídicos de universidades como la UIS, SANTO TOMAS, UCC y UNAB, pero también podrán acudir a los jueces de familia del ICBF y a la comisaria de familia de su respectivo municipio, para ello se dará un plegable que refiere a la asesoría dada en la entrevista social. El desconocimiento por parte de las madres adolescentes de la responsabilidad del padre en la crianza de los hijos, refuerza la ausencia de la figura paterna en la vida de un niño/niña que incide en asumir toda la responsabilidad la madre como la familia de la adolescente.	Trabajo social y/o Derecho

Manejo del duelo	Debido a que una de las consecuencias de tener relaciones sexuales a temprana edad es el aborto, espontáneo o inducido en la adolescencia, se debe dar una atención primaria en el conocimiento de la situación para luego ser remitido a psicología, en el que se brinde un seguimiento de la adolescente.	Trabajo social y/o Psicología
Detección de violencia sexual y/o intrafamiliar	En esta actividad intervienen actores de áreas como la medicina, trabajo social y psicología, con actividades específicas para cada uno, por ello se debe informar que el doctor a cargo de la atención y evolución de una paciente es quien debe hacer el diligenciamiento de notificación de violencia sexual y/o intrafamiliar, remitidos a trabajo social para una intervención de caso con la adolescente y/o familiar en la que se realiza la ficha de evolución ya sea para dar orden de salida con un familiar responsable de la adolescente o dar la salida con el ICBF. Antes de que la paciente salga de hospitalización se da una intervención por psicología, en la que se determinara su seguimiento por el profesional. La notificación de los casos de violación sexual e intrafamiliar como de las menores de 16 años lleva a la reivindicación de sus derechos como de no dejar que estos casos sigan pasando desapercibidos por el profesional de la salud como la comunidad en general, donde se ha aceptado que una adolescente menor de edad que se va a vivir con alguien mayor a ella es normal porque es una ley de la vida y no se analiza el retraso de oportunidades a que ella es víctima al tomar esta decisión ya sea por voluntad propia o forzada por la situación vivida en su entorno familiar.	Medicina, Trabajo social y Psicología
Propuesta de la trabajadora social en formación En el seguimiento diario que se ha llevado a cabo con las adolescentes maternas/gestantes en hospitalización se da la necesidad de hacer un seguimiento desde trabajo social después de la salida de la adolescente, ya sea con familiar o el ICBF, en el que se dé una atención al caso de las maternas/gestantes tanto en su entorno familiar como el proceso de adaptación de la joven al instituto de bienestar familiar.		

Fuente: Resultado del Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2010.

Figura 1. Ruta de Atención de Hospitalización con Adolescentes embarazadas y/o Madres.



Fuente: Resultado del Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

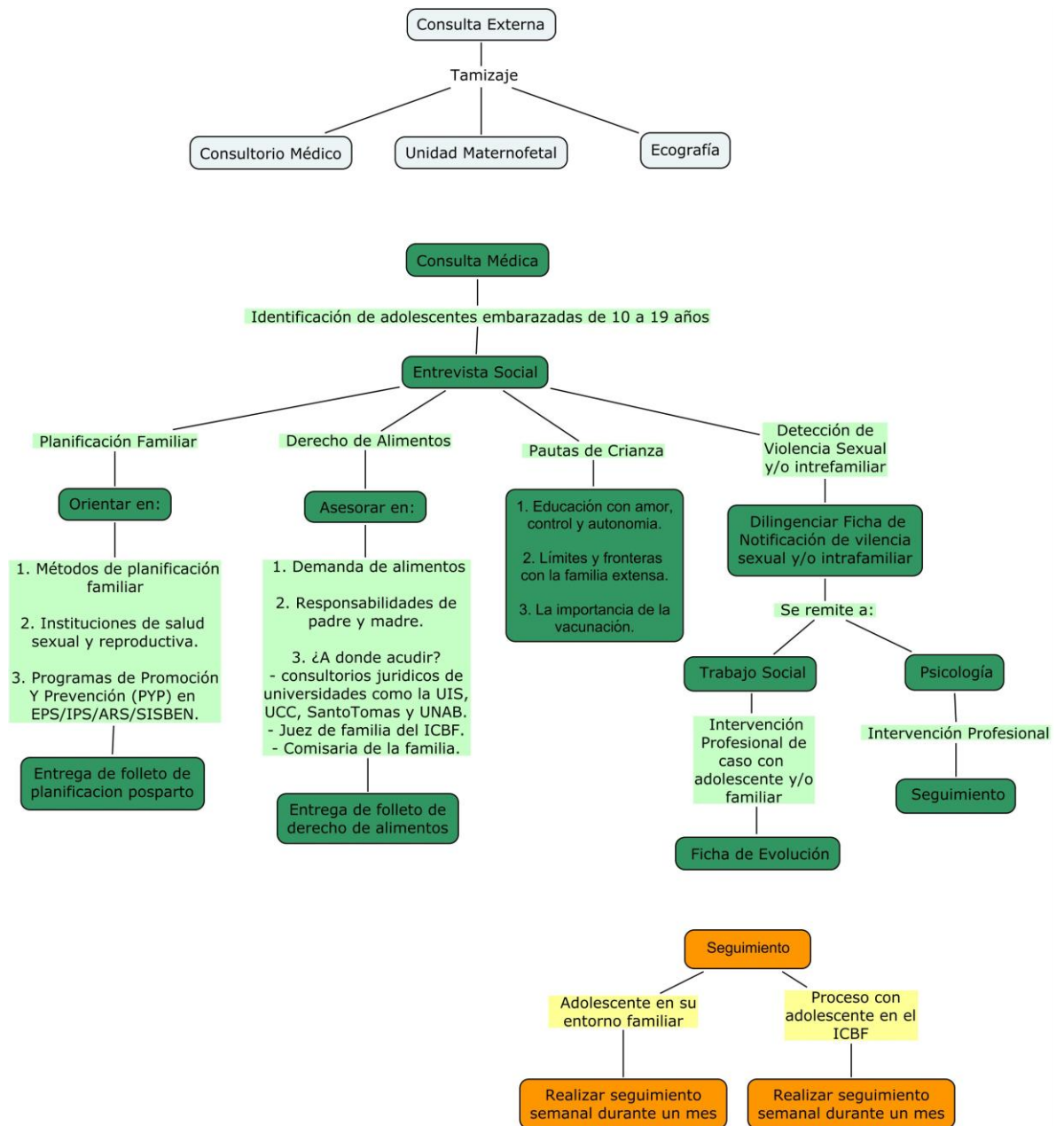
Cuadro 12. Descripción de la ruta de atención de consulta externa

Actividad	Descripción de actividad	Responsable
Tamizaje en consulta	Es la acción que se realiza con el fin de conocer el total de las maternas/gestantes que ingresan a consulta externa y en especial identificar las adolescentes embarazadas entre los 10 a 19 años, para realizar intervención profesional con base en las necesidades que presente la población.	Trabajo social
Entrevista social	Consiste en la aplicación de una entrevista a la adolescente gestante enfocada a visualizar la situación en la cual ella vive, el conocimiento de métodos de planificación familiar, el apoyo que poseen por parte de la pareja y la familia, descubrir casos de violencia sexual e intrafamiliar como las pautas de crianza que se deben tener en cuenta y la importancia de la vacunación. El análisis de la comunicación gestual durante la entrevista es una oportunidad para ahondar en frases inconclusas o gestos incoherentes con lo manifestado en la realización de la conversación, por lo que se recomienda profundizar más allá de las preguntas ya elaboradas. A continuación se describirán de manera específica los 4 ejes a trabajar.	Trabajo social
Planificación familiar	Se debe dar una orientación sobre los métodos de planificación familiar, aclarando los mitos y creencias que se tienen de ellos, informar de los programas de promoción y prevención PYP, en EPS/ARS/IPS/SISBEN de las adolescentes reforzando en que son servicios gratuitos tanto en la asignación de la cita como el mismo método. Por último se debe orientar sobre el periodo intergenesico de por lo menos 5 años entre un embarazo y otro. Es importante que en la asesoría se informe a la adolescente como a su pareja sobre lo relevante de disfrutar la sexualidad sanamente, no solo en la comunicación de los métodos sino también en la manera adecuada de utilizarlos para evitar un embarazo o una ITS, que acentúan el retraso del proyecto de vida personal y de pareja, creando conflictos de pareja y con los hijos. Para una mejor captación de la asesoría se dará un folleto con los temas tratados.	Trabajo social y/o Psicología
Pautas de crianza	Dentro del tema de pautas de crianza se debe asesorar a las adolescentes en la importancia de educar con amor, control pero dando autonomía al niño en el que no solamente se le corrija en malas actitudes sino también que se le felicite en las buenas acciones que realiza; las adolescentes que ingresan al HUS manifiestan que el presente embarazo es el primero para ellas, dado lo anterior su inexperiencia en el cuidado de los hijos refuerza la influencia de la familia extensa, para los cuales es necesario colocar límites y fronteras en el cuidado y aún más en la corrección de los niños con el fin de no perder el respeto ante los hijos. Las formas de corregir la desobediencia debe ser una negociación de los gustos de los niños frente a lo que debe hacer y no golpear en momentos de cólera que provocaban daño para padre e hijo y sentimientos de rabia y baja autoestima en los menores. No se debe olvidar de informar a las adolescentes sobre la vacunación de sus hijos para evitar morbimortalidad en los primeros años de vida, tener en cuenta los meses y años y en que debe aplicar las vacunas, no solo en la niñez sino también en la adolescencia.	Trabajo social y/o Psicología
Derecho de alimentos	Se asesorará sobre la importancia de reconocer los deberes y en especial los derechos de los padres con los hijos, ello tratara en específico con las madres solteras sin discriminar las adolescentes en un unión libre, informar sobre la demanda de alimentos, en qué consisten los alimentos a dar a un hijo y a donde se deberá acudir, como es a consultorios jurídicos de universidades como la UIS, SANTO TOMAS, UCC y UNAB, pero también podrán acudir a los jueces de familia del ICBF y a la comisaria de familia de su respectivo municipio, para ello se dará un plegable que refiere a la asesoría dada en la entrevista social. El desconocimiento por parte de las madres adolescentes de la responsabilidad del padre en la crianza de los hijos, refuerza la ausencia de la figura paterna en la vida de un niño/niña que incide en asumir toda la responsabilidad la madre como la familia de la adolescente.	Trabajo social y/o Derecho

Detección de violencia sexual y/o intrafamiliar	En esta actividad intervienen actores de áreas como la medicina, trabajo social y psicología, con actividades específicas para cada uno, por ello se debe informar que el doctor a cargo de la atención y evolución de una paciente es quien debe hacer el diligenciamiento de notificación de violencia sexual y/o intrafamiliar, remitidos a trabajo social para una intervención de caso con la adolescente y/o familiar en la que se realiza la ficha de evolución para dar cumplimiento con el código de infancia y adolescencia. Por medio de la trabajadora social se anexa una cita por valoración de psicología, en la que se determinara su seguimiento por el profesional de la salud como la comunidad en general, donde se ha aceptado que una adolescente menor de edad que se va a vivir con alguien mayor a ella es normal porque es una ley de la vida y no se analiza el retraso de oportunidades a que ella es víctima al tomar esta decisión ya sea por voluntad propia o forzada por la situación vivida en su entorno familiar.	Medicina, Trabajo social y Psicología
	<p style="text-align: center;">Propuesta de la trabajadora social en formación</p> <p>En el seguimiento diario que se ha llevado a cabo con las adolescentes maternas/gestantes en hospitalización se da la necesidad de hacer un seguimiento desde trabajo social después de la salida de la adolescente, ya sea con familiar o el ICBF, en el que se dé una atención al caso de las maternas/gestantes tanto en su entorno familiar como el proceso de adaptación de la joven al instituto de bienestar familiar.</p>	

Fuente: Resultado del Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

Figura 2. Ruta de Atención de Consulta Externa con Adolescentes embarazadas.



Fuente: Resultado del Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto. Proyecto de investigación de los Determinantes Sociales de la Salud más relevantes en el embarazo adolescente. Departamento de Ginecología en el HUS, 2010.

6. EVALUACIÓN

Realizar atención con adolescentes embarazadas y madres fue un trabajo importante para la experiencia personal, profesional y de alerta en el HUS. La presencia constante de jóvenes gestantes/maternas en el día a día, motivó el estudio de la problemática embarazo en las adolescentes, la cual fue impulsada como investigación a nivel de trabajo social y acogida como intervención profesional en el proceso de práctica, con la dificultad de no tener el tiempo requerido para asesorar permanentemente al grupo poblacional.

La práctica realizada en el semestre fue enriquecedora personalmente, por que se logró tener contacto con una institución externa a la universidad, ya que el primer proceso fue en la academia, por ello el comienzo fue inquietante y un poco angustioso, debido a la inexperiencia de trabajar con un jefe que midiera a la estudiante por trabajo realizado, y la preocupación de no encasillar a la practicante en la investigación social y en temas referidos al interés de la salud, lo que dio lugar a la búsqueda de la asesoría y acompañamiento por la trabajadora social, que correspondía al departamento de ginecobstetricia; contar con el apoyo y confianza en el trabajo de los casos de vigilancia epidemiológica por parte de la profesional, fue lo que dio lugar al enganche con la intervención profesional que brindó la experiencia de trabajar con adolescentes, que con cada vivencia personal retroalimentaba el quehacer de la practicante.

El obtener el reconocimiento como practicante de trabajo social en hospitalización, fue en medida más difícil que en consulta externa, los profesionales de la salud son un poco ásperos en el trato con los pacientes, pero aún así, ello motivaba a que las adolescentes y sus familiares cercanos se sintieran apoyados por una persona que demostraba interés por su situación. El anterior reconocimiento a veces manifestado por los familiares y visitantes impulsaba la entrega de la practicante y la satisfacción de que se estaba yendo por buen camino. Aunque el trabajo en salud es un poco pesado como

asistencial y operativo en trabajo social, también es cierto que se vive más de cerca las situaciones de las personas no sólo por el contacto con los individuos sino también por la comunicación de los profesionales de la salud y los empleados del hospital, en el conocimiento de las escenarios difíciles de la población, lo cual daba a conocer las circunstancias de pacientes y familiares, que a pesar de no ser adolescentes de 10 a 19 años, se les brindaba atención en especial para la clasificación en el régimen de vinculados como el asesoramiento para ser remitidos a un hogar de paso cuando eran personas de otras residencias lejanas a Bucaramanga.

La importancia dada por el departamento de ginecobstetricia a la investigación no opacó la realización de la práctica que permitiera la intervención, en si el campo como es asimilado por el profesional de la salud es para una persona de octavo semestre, pero el interés y habilidad del practicante o la practicante por conocer sus diferentes posibilidades de trabajo en la subgerencia de la Mujer hacen un excelente espacio para la experiencia profesional, además de que se vive un ambiente agradable por parte de los empleados del HUS y se cuenta con el espacio físico de trabajo en buenas condiciones para la realización del trabajo.

La búsqueda de un enfoque teórico-conceptual que respondiera al trabajo a realizar con las pacientes conllevó a la indagación de modelos de intervención profesional que permitieran la interacción con el equipo de profesionales en el HUS, así como de estrategias que respondieran a la problemática en el hospital. Aunque se conocieron referentes interesantes como es el de trabajo psicosocial clínico, que responde a una labor más consciente del quehacer profesional en el área de la salud, se analizó la inexperiencia del manejo en esta misma, dentro de la carrera de trabajo social en la universidad. Por lo anterior se investigó en otros referentes teóricos entre los cuales se halló el enfoque psicosocial el cual cumplía con las expectativas a realizar en el proceso de práctica, aunque su contextualización se debió hacer a través de un rastreo de los documentos actuales que manejaban este referente, puesto que de acuerdo a la teoría en sí misma son ortodoxos pero aún direccionan el

quehacer al contextualizarlo a las condiciones de trabajo que se realiza. Los documentos investigados en torno a trabajo psicosocial permitieron vislumbrar el establecimiento de herramientas en el contexto social como apoyo de los procesos de investigación alrededor de los determinantes sociales de la salud como de la vigilancia epidemiológica.

Las herramientas construidas para la realización de la práctica fueron el cuestionario y la entrevista social, importantes para la caracterización de la población como el contacto diario con las adolescentes embarazadas y madres. La construcción de las herramientas no fue fácil, debido a las constantes correcciones que debieron hacerse no solo por los supervisores, sino también al realizar el seguimiento con las pacientes, donde se encontraban respuestas no concebidas en las preguntas, ello implicaba el cambio para hacer más asertivos en la comunicación con las jóvenes y la información que se quería indagar. La metodología utilizada con las adolescentes fue el contacto diario a través de la escucha e interacción participativa entre la practicante y la población a intervención profesional, fue enriquecedor manejar este método ya que por medio de ello se logró conocer la realidad en la que vive el grupo poblacional y los cambios que han tenido que pasar por enfrentar a temprana edad un embarazo, el cual es llevado con dificultades biosicosociales que en ocasiones limitan su estancia en la educación como la estadía en sus hogares maternos.

El establecimiento de la propuesta se logró establecer en el proceso de la práctica, puesto que se realizaron las guías de atención a las adolescentes en las áreas de hospitalización y consulta externa que fueron provechosas al ejecutarlas, pero al conocer el modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) se orientó hacia la institucionalización de una consulta diferenciada con el grupo poblacional que contara con el reconocimiento de los profesionales de la salud, el personal administrativo del HUS y las adolescentes para su atención integral. La puesta en marcha de la propuesta, da a conocer la importancia que exige en la asesoría de las jóvenes al momento de ser captadas por el hospital, ya que al ser en su mayoría

población rural, es poco probable que sean demandantes de servicios de PYP en las residencias en las que se encuentran, por ello la importancia de orientarlas en el HUS y ser informadas de los servicios en torno a salud sexual y reproductiva existentes en las EPS/EPSS para que ellas logren beneficiarse de los productos creados en cada institución. En el capítulo séptimo se observa la propuesta metodológica mencionada.

7. IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DIFERENCIADA AMIGABLE PARA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES QUE INGRESAN POR CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN EN EL HUS

7.1 JUSTIFICACIÓN

Las adolescentes, la pareja y la familia demandan de los servicios de la mujer y la infancia en el HUS por medio de la consulta externa y hospitalización, dado que es una población que ingresa solicitando atención para su controles, realización de exámenes, parto y pos parto. La atención de las jóvenes no tiene un especial manejo según su edad y sus necesidades, y al encontrarse en embarazo son tratadas por el personal administrativo como profesional como una mujer más en estado de gestación.

Mediante el modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) adoptado como estrategia en la atención de este grupo poblacional por parte del Ministerio de Protección Social, se busca dar una mejor calidad en el contacto con las adolescentes embarazadas y madres a través de la consulta diferenciada con énfasis en la salud sexual y reproductiva con el fin de realizar un trabajo interdisciplinario e intersectorial en el que se siga la ruta de atención realizada en la práctica de intervención con la población.

El trabajo interdisciplinario es referido hacia la remisión por parte de los médicos como enfermeras, por ser las primeras personas en dar atención a las adolescentes, para así lograr no solo el conocimiento de la existencia de un profesional calificado para atenderlas a ellas sino también a sus parejas adolescentes, así como realizar una labor orientada en brindar un servicio sin discriminación alguna, a dar accesibilidad y seguimiento por medio de la contrarreferencia con los centros de salud cercanos a la residencia de las adolescentes, disponibilidad de todos los beneficios de la salud así como de la

estrategia propuesta y del derecho a recibir información apoyada en la política de salud sexual y reproductiva.

Debido a que el 70% de las adolescentes residen en las veredas y municipios de Santander, es preciso manejar un trabajo extramural en la atención, en las que el profesional debe ser asertivo en identificar las necesidades de la joven para así orientarla y dar continuidad intersectorialmente para no perder una oportunidad de intervención con la adolescente. Es relevante que la consulta diferenciada adoptada como propuesta para el HUS cuente con los recursos físicos como económicos para dar un servicio con calidad y apoyo de los profesionales de la salud, los administrativos como las adolescentes, quienes retroalimentaran la existencia de la consulta y la demanda inducida por otros adolescentes.

El establecimiento de la consulta diferenciada como realidad en el hospital, da un control mayor del grupo poblacional en medida de atención y reconocimiento de los mismos como sujetos de derechos, los cuales por la etapa en la cual se encuentran demandan la atención de un profesional con calidad, que tenga cualidades como el respeto, la escucha, la confidencialidad y la calidez necesarias para el contacto coherente con los adolescentes, convirtiéndose en un apoyo para identificar los factores protectores presentes en cada uno de ellos con el fin de disminuir los riesgos de quedar de nuevo en embarazo siendo jóvenes y ser contagiados de una ITS. Para la captación de la población es preciso realizar una intervención en los horarios cotidianos de los demás profesionales a fin de cubrir el ingreso de los adolescentes en los diferentes servicios y dar remisión con el equipo psicosocial para la atención integral y aprovechamiento de los jóvenes en el momento oportuno para no encontrarse con oportunidades fallidas, que pueden repercutir en dificultades futuras para el grupo poblacional.

Debe entenderse que la asignación del profesional a cargo de la consulta diferenciada para las adolescentes no solo exige la capacitación integral de la misma, sino también la inducción al personal administrativo desde el ingreso del adolescente al hospital, puesto que se debe dar a entender la importancia

de los jóvenes para la institución así como la existencia de un servicio al cual pueden dirigirse cuando lo requieran con fines de ser orientados en salud holísticamente como en salud sexual y reproductiva para adquirir aprendizajes que los asesoren a cuidar de sí mismos su salud desde las conductas saludables con su cuerpo y el de su pareja.

La finalidad primordial son las adolescentes embarazadas y madres que ingresan al HUS, pero como se ha justificado se aspira que la consulta diferenciada cumpla con los requisitos de calidad y apropiación de los adolescentes para la atención de los y las adolescentes que solicitan los diferentes servicios del hospital, puesto que ello daría paso a la construcción de la unidad amigable para el grupo poblacional con el fin de reducir los riesgos a los cuales están sujetos los jóvenes.

7.2 OBJETIVOS

7.2.1 Objetivo General

- Implementar la consulta diferenciada con las adolescentes embarazadas y madres de consulta externa y hospitalización en el HUS con el fin de atender integralmente a la población con énfasis en las necesidades de salud sexual y reproductiva sentidas.

7.2.2 Objetivos Específicos

- Reformar las guías de atención para las adolescentes embarazadas y madres en consulta externa y hospitalización para complementarlas con la consulta diferenciada como estrategia de atención específica con el grupo poblacional.
- Ubicar el espacio físico y las herramientas necesarias con las cuales se atenderá a las adolescentes embarazadas y madres para el conocimiento de la consulta diferenciada por parte de los profesionales de la salud, los administrativos y los jóvenes logrando la

institucionalización a nivel interno y externo del servicio prestado a las maternas/gestantes.

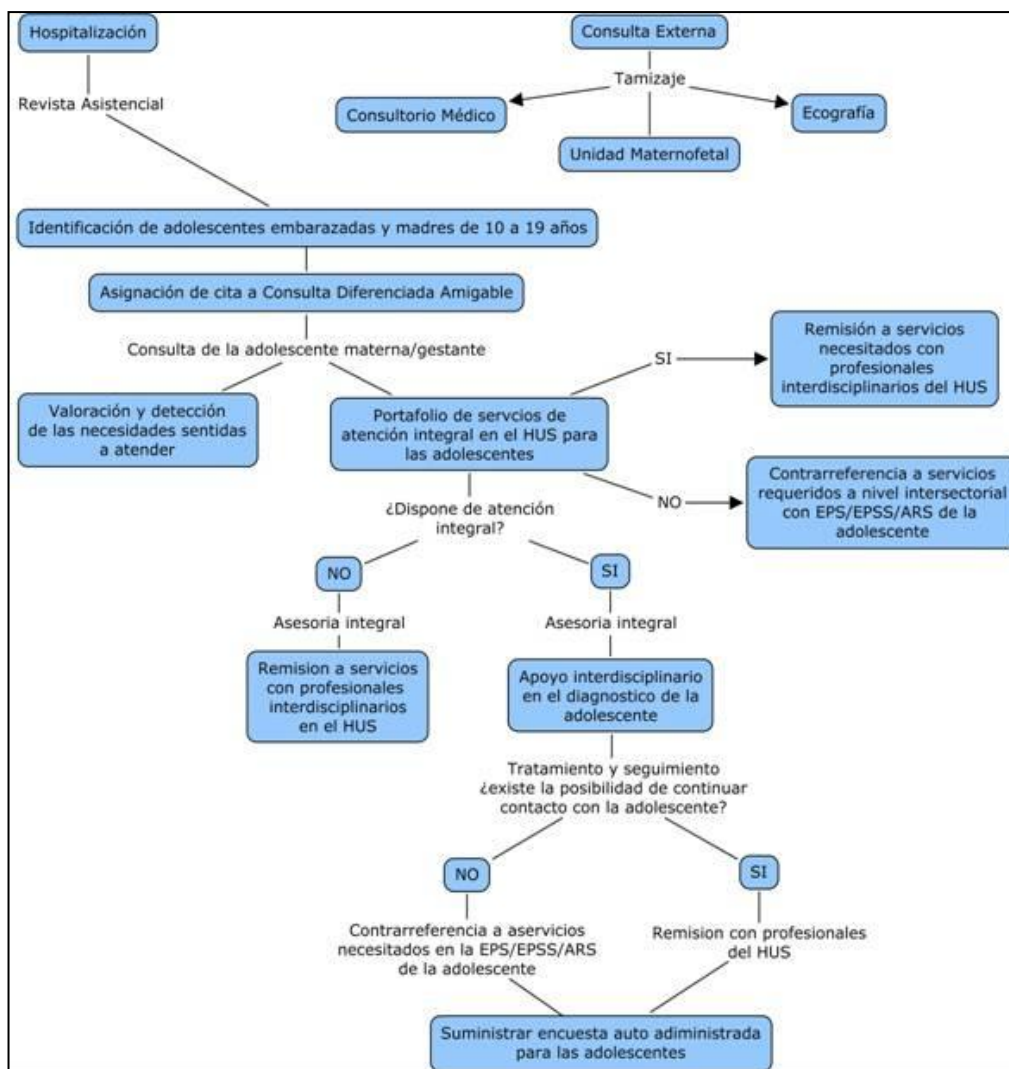
- Construir el portafolio de servicios utilizado para la atención de las adolescentes embarazadas y madres en los servicios existentes en el HUS con el fin de identificar las prestaciones que serán remitidas a los profesionales interdisciplinarios así como las contrarreferencias establecidas a nivel intersectorial con las EPS/EPSS.
- Capacitar al personal administrativo, de servicios generales, vigilantes y profesionales de la salud del servicio de la mujer y la infancia del HUS en la atención integral con las adolescentes con el fin de sensibilizar a las primeras personas en tener contacto con las jóvenes y así ser orientadas en la consulta diferenciada para el grupo poblacional.
- Seleccionar al profesional capacitado en la atención con adolescentes y política de la salud sexual y reproductiva para la vigilancia del grupo poblacional siguiendo con los procesos de registro, seguimiento, remisión y contrarremisión necesarios en la atención integral con los jóvenes a nivel interdisciplinario e intersectorial.
- Reportar a la Secretaria de la Salud de Santander (SSS) la implementación de la consulta diferenciada con las adolescentes en el HUS con el fin de establecer al hospital como una institución con atención de calidad para los jóvenes, la cual sigue los parámetros y se compromete a enviar a la SSS los documentos de reporte, seguimiento y evaluación llevados a cabo de la estrategia con los adolescentes.

7.3 GUÍA DE ATENCIÓN CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN REMITIDAS A LA CONSULTA DIFERENCIADA AMIGABLE

La complementariedad que se realiza mediante las guías de atención en consulta externa y hospitalización, en el proceso de intervención de la práctica, y la consulta diferenciada amigable, implementada a través del modelo de

SSAAJ, se utilizará como estrategia de contacto, diagnóstico, seguimiento y apoyo en las necesidades sentidas de las adolescentes maternas/gestantes en salud sexual y reproductiva a fin de disminuir los riesgos latentes en el grupo poblacional asesorando a las jóvenes por medio de la consulta diferenciada y apoyar los factores protectores que sean identificados en el proceso de atención a nivel interdisciplinario e intersectorial. A continuación se explican las entradas establecidas en la figura 3, correspondientes a la propuesta metodológica.

Figura 3. Guía de la Consulta Diferenciada Amigable (CDA) para las adolescentes que ingresan por hospitalización y consulta externa al HUS con énfasis en salud sexual y reproductiva.



Fuente: Propuesta de implementación de la consulta diferenciada amigable para las adolescentes embarazadas y madres que ingresan por consulta externa y hospitalización en el HUS, departamento de Ginecología y Obstetricia en el HUS, 2011.

Al observar la figura 3 se podrá analizar de forma coherente el transcurso de contacto, difusión de información sobre la existencia de la consulta diferenciada amigable con las adolescentes y el proceso a seguir para atender las necesidades del grupo poblacional de acuerdo al portafolio de servicios construido en el HUS mediante el profesional interdisciplinario e intersectorial requerido para brindar atención integral a las mismas.

- Áreas de contacto inicial con las maternas/gestantes.

Los dos espacios por los cuales se logra hacer contacto asertivo con las adolescentes es la consulta externa, para la cual es necesaria hacer un tamizaje en el consultorio médico, la unidad maternofetal y ecografía, en donde las jóvenes son atendidas por un profesional de la salud a través de la consulta médica; la segunda área es la hospitalización ubicada en el quinto piso, donde se hallan con mayor disponibilidad las adolescentes ya que son asistidas por el parto y algún tipo de complicación pos parto, el conocimiento de la llegada de las jóvenes se realiza por medio de la revista asistencial, en los anteriores campos se realiza una identificación de las adolescentes embarazadas y madres en el rango etáreo de 10 a 19 años.

- Asignación de cita a las adolescentes por consulta diferenciada amigable.

La asignación de la cita se realizará por medio de la revista asistencial y el tamizaje llevado a cabo por un profesional de la salud o equipo psicosocial quienes tendrán la responsabilidad de reportar al personal a cargo del ingreso de las adolescentes a las dos áreas. Al momento de recibir la consulta diferenciada amigable el profesional capacitado en adolescencia y la política de salud sexual y reproductiva efectuará la valoración e identificación de las necesidades sentidas en la atención a las jóvenes.

- Portafolio de servicios de atención integral en el HUS para adolescentes.

La construcción del portafolio de servicios así como la oferta de los mismos a fin de brindar una atención integral a las adolescentes maternas y gestantes cuenta con la priorización de los productos que el HUS está en capacidad de infraestructura como personal de asesorar a las jóvenes, para lo cual se hará la remisión a los profesionales interdisciplinarios capacitados en orientar según las necesidades del grupo poblacional; por otra parte la contrarreferencia se manejará como apoyo intersectorial de las EPS/EPSS a las cuales las adolescentes sean afiliadas, sean cercanas a su residencia, ya que el 70% de las jóvenes llegan remitidas para atender el parto o la complicación del pos

parto presentada, y como fin último la continuación de la adolescente en los requerimientos de atención integral para reducir los riesgos biosicosociales y potenciar los factores protectores en salud sexual y reproductiva que demanda el grupo poblacional.

Los servicios brindados por el hospital serán las consultas por medicina y enfermería por primera vez y de control necesarias, la asesoría en planificación familiar, realización de las pruebas de VIH, nutrición, orientación en ITS y oferta de los métodos anticonceptivos cubiertos en el POS. Los anteriores serán manejados por los profesionales de la salud y el equipo psicosocial, debido a que temáticas importantes en salud sexual y reproductiva no abarcan la consulta diferenciada, de todas maneras serán manejadas en el contacto con las adolescentes como son la asesoría en los derechos sexuales y reproductivos así como la orientación y detección de casos de violencia sexual e intrafamiliar, trabajados en el proceso de práctica. Aquellos servicios que serán ejecutados por contrarremisión son la consulta de odontología, en el cual las adolescentes pueden acceder a profilaxis oral, sellantes, control de placa bacteriana y detartraje, puesto que no se encuentra en los productos ofrecidos por el HUS.

Para alcanzar la calidad y sostenibilidad de la consulta diferenciada amigable, estrategia de apoyo como atención en las adolescentes, se aplicará la encuesta auto administrada para adolescentes y jóvenes del modelo de SSAAJ, en las cuales las adolescentes calificarán los servicios prestados, la atención por parte de los profesionales de la salud y psicosocial, de la accesibilidad, la participación de las jóvenes y realizan aportes de mejora. A continuación se muestra la guía a implementar como propuesta metodológica y de intervención profesional.

Cuadro 13. Descripción de la guía de la Consulta Diferenciada Amigable (CDA) para las adolescentes que ingresan por hospitalización y consulta externa al HUS con énfasis en salud sexual y reproductiva.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLES
Revista asistencial y tamizaje	Es la acción que se realiza con el fin de conocer el total de las maternas/gestantes que ingresan a hospitalización y consulta externa para la identificación de las adolescentes embarazadas y madres entre los 10 a 19 años, para ser remitidas a la CDA.	Medicina, Enfermería, Trabajo social y Psicología.
Asignación de cita a Consulta Diferenciada Amigable (CDA)	Dadas las condiciones en que se da la presencia de las adolescentes en el hospital, sería la asignación y orientación al espacio físico de encuentro con el profesional a cargo de la CDA. Donde se espera la asistencia del grupo poblacional, su pareja y familia.	Medicina, Enfermería, Trabajo social y Psicología.
Valoración y detección de las necesidades sentidas por la adolescente	En la valoración a través de la entrevista y escucha con las adolescentes, el profesional podrá detectar la necesidad del adolescente para asesorarlo y remitirlo hacia el servicio que responda a la falencia de la joven, según sea necesario.	Profesional capacitado en adolescencia y salud sexual y reproductiva.
Portafolio de servicios de atención integral en el HUS para las jóvenes	En el portafolio de servicios se contendrán las consultas por medicina, enfermería, la asesoría en planificación familiar, realización de las pruebas de VIH, nutrición, orientación en ITS y oferta de los métodos anticonceptivos cubiertos en el POS. Así como también el manejo del duelo, asesoría en derecho de alimentos, pautas de crianza y reporte de los casos de violencia sexual e intrafamiliar, planteados en las guías de trabajo durante la práctica, para dar continuidad al proceso.	Profesional capacitado en adolescencia y salud sexual y reproductiva, Medicina, Enfermería, Trabajo social, Psicología y nutricionista.
Remisión a servicios interdisciplinarios en el HUS	La remisión al equipo interdisciplinario de la salud como psicosocial, será necesario para la atención integral de la adolescente con el fin de dar accesibilidad y orientación en temáticas que afecten a la joven y su entorno psicoafectivo.	Profesional capacitado en adolescencia y salud sexual y reproductiva.
Contrarremision a servicios intersectoriales en las EPS/EPSS/ARS	Debido al porcentaje de adolescentes que ingresan remitidas de otros hospitales y centros de salud para ser atendidas por el tiempo necesario, se hace relevante la contrarremision a las EPS/EPSS del grupo poblacional para dar mayor información y seguimiento a los casos de las adolescentes, estableciendo responsabilidades intersectoriales que las beneficien.	Profesional capacitado en adolescencia y salud sexual y reproductiva, EPS/EPSS/ARS.
Encuesta auto administrada a	La encuesta auto administrada a las adolescentes a posterior de la consulta logrará percibir los alcances,	Adolescentes que ingresan a la

las adolescentes	debilidades y fortalezas que las jóvenes identifican alrededor de la atención, el personal administrativo, profesional como responsable de la consulta durante el proceso de seguimiento con el grupo poblacional, lo que dará la oportunidad de ir mejorando según lo manifestado por las beneficiarias.	consulta diferenciada amigable.
-------------------------	---	---------------------------------

Fuente: Propuesta de implementación de la consulta diferenciada amigable para las adolescentes embarazadas y madres que ingresan por consulta externa y hospitalización en el HUS, departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2011.

La herramienta metodológica está basada en las guías de atención propuestas en la segunda práctica y el modelo de SSAAJ, es por ello que para llevar a cabo la consulta diferenciada es necesario que el profesional de la salud, equipo psicosocial y personal administrativo sea capacitado en la sensibilización de la población adolescente como sujetos de derechos y demandantes de la atención integral para la disminución de los riesgos biosicosociales presentes en la etapa de la adolescencia por la cual experimentan.

Con el fin de que la consulta diferenciada amigable trascienda del papel a la realidad se necesita del compromiso de los profesionales, la comunidad y las adolescentes en institucionalizar los servicios como relevantes para adquirir conductas saludables en su cotidiano vivir.

7.4 APORTES DE LA PROPUESTA

La propuesta aporta a las personas inmersas en la orientación de las adolescentes, puesto que al adoptar conductas sensibilizadas para el grupo poblacional se logra sentido de responsabilidad y deber en la atención integral de las jóvenes. De acuerdo al profesional de la salud y equipo psicosocial hay interés de trabajo comprometido en procesos asertivos en el diagnóstico, asesoría y seguimiento de las adolescentes, donde se presten los servicios requeridos, alcanzando la calidad y resultados a largo plazo esperados, desde lo intersectorial como interdisciplinario en la orientación holística de la población, concebida con mayores riesgos biosicosociales al tener un embarazo a temprana edad.

La organización dada en el HUS alrededor de la adolescencia la caracterizaría como una entidad de salud de tercer nivel preocupada en la atención de las adolescentes a través del portafolio de servicios adaptado e implementado como estrategia a beneficio del grupo poblacional, más aún cuando las instituciones responsables han sido las de primer y segundo nivel.

Pero el aporte con mayor valor será la atención integral que pueda ser recibida por las adolescentes embarazadas y madres, en las cuales se les asesora para continuar con proyectos de vida que beneficien su calidad de vida y conductas saludables en salud sexual y reproductiva que disminuyan los riesgos sentidos por las mismas, reconociéndose como sujetos de derechos y responsables de su salud.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a la vigilancia epidemiológica realizada en el HUS en el período de noviembre a febrero de 2010, fue relevante la asesoría a los internos en el diligenciamiento de la ficha epidemiológica para la detección de los casos de violencia sexual como también de las menores de 16 años que se encuentran en embarazo o ingresan a tener su hijo. El problema percibido por la practicante en el reporte de embarazo en adolescentes es debido al deficiente conocimiento que tienen los internos en la atención y diligenciamiento de casos de violencia sexual e intrafamiliar, lo cual conlleva a inferir que las actividades de capacitación realizadas antes de pasar por la rotación por ginecología no cuentan con un suficiente espacio de inducción en VSI en las maternas y gestantes que ingresan por hospitalización y consulta externa.
- La realización de la investigación da como producto una base de datos estadísticos alrededor de la población adolescente de 10 a 19 años para el establecimiento de nuevas estrategias y trabajos prácticos, que podrían ser utilizados por los estudiantes en práctica de trabajo social, psicología, medicina y nutrición para beneficio de la población de las maternas y gestantes, el departamento de ginecobstetricia y de experiencia personal en el equipo interdisciplinario.
- El seguimiento diario con adolescentes permiten la visualización de las problemáticas que giran en torno a las adolescentes embarazadas y madres como son las dificultades familiares, la deserción escolar, el acceso a salud y conocimiento de los servicios de salud en general, no sólo la atención por consulta médica y/o urgencia; la situación socioeconómica y cultural que llevan a una joven a salir de su casa en busca de un mejor proyecto de vida que mejore su calidad de vida y por ende la de su hijo.

- El contacto cotidiano con la población adolescente de bajos recursos que ingresa al HUS, deja entrever no solo la responsabilidad del hospital al tener por uno o máximo dos días a una persona sino también de las estrategias intra institucionales para asesorar a la adolescentes en la búsqueda de un nuevo proyecto de vida más allá de la reproducción a temprana edad, como también en la educación desde el primero de bachillerato en la zona urbana y desde primaria en la zona rural donde la población estudia con un rango de edad más alto a comparación de la urbana.
- El 78% de las adolescentes embarazadas y madres manifestaron haber recibido información en el colegio sobre planificación familiar y sólo el 41% utilizaron un método anticonceptivo o condón, para lo cual durante la entrevista social realizada a cada una de ellas se manifestó el por qué creían haber quedado en embarazo y sus razones daban a entender que el personal que les suministraba la información no logró captar la atención de los adolescentes para entender los métodos anticonceptivos a elegir, sus consecuencias y como debían utilizarlos correctamente.
- La comunicación de estrategias de salud sexual y reproductiva en el colegio/escuela/familia son asertivas para disminuir los índices de embarazos en las adolescentes, puesto que al tener la información necesaria, el acceso a los métodos de planificación familiar pero el miedo y temor a ser descubiertas por sus padres las adolescentes toman la decisión de no planificar, para no ser sorprendidas, tomando riesgos de quedar en embarazo, perder un bebé, practicarse un aborto o ser contagiadas con alguna ITS. Lo anterior puede ser prevenido y tener resultados más favorecedores para las adolescentes como sus familias si se entiende que la educación sexual no es promover la irresponsabilidad con el sexo sino de vivir la sexualidad saludablemente teniendo la información precisa para ejercer los derechos sexuales y reproductivos que lograrían acercar a los jóvenes con mayor tranquilidad

a las instituciones especializadas como los programas de PYP de las EPS/EPSS.

- El establecimiento de estrategias asociadas a la asesoría de las adolescentes por parte del profesional de la salud al momento de ingreso y durante la estancia en el HUS son necesarias para la orientación en temas de gran interés para las jóvenes, en las cuales se sientan importantes y responsables en su nuevo rol asumido.
- El compromiso de los profesionales no debe limitarse solo a la atención sino en brindar al paciente un adecuado trato, en el que se busque la vigilancia de sus necesidades de las cuales derivan el trabajo específico del equipo psicosocial favoreciendo así la atención oportuna en situaciones de crisis producto de un estresor como es ser víctima de una violación sexual y/o intrafamiliar y la pérdida de un embarazo producto de un aborto inducido o espontáneo. Además de ello es importante prestar especial escucha a las adolescentes dando asesoría en planificación familiar para evitar un nuevo embarazo que retrase el proyecto de vida de la paciente, la orientación en pautas de crianza y conocimiento de los derechos de alimentos que pueden conllevar como consecuencia el no aseguramiento de la calidad de vida de los recién nacidos.

RECOMENDACIONES

- Se hace necesario que la rotación por ginecología cuente con una inducción especial en violencia sexual e intrafamiliar por parte de los profesionales de la salud, donde no sólo se les oriente en el Código de Infancia y Adolescencia sino también del cumplimiento en el diligenciamiento de la ficha de notificación de violencia sexual, intrafamiliar y de género, en las adolescentes de 10 a 19 años, sino también en las maternas en general, donde se promueva la indagación de los hechos de ocurrencia del embarazo y se dé un trabajo interdisciplinario entre el área de la salud y el equipo psicosocial. Ello se recomienda puesto que en los 20 casos presentados durante el periodo de la practicante, ni uno de los internos que se pidió ejecutar la ficha de reporte sabía cómo hacerlo y presentaron problema para el diligenciamiento de la ficha epidemiológica.
- Se recomienda a los planteles educativos a nivel nacional indagar en las necesidades del adolescente de acuerdo la etapa de desarrollo en la que se encuentre, para así responder a sus inquietudes en SSR mediante una persona capacitada, que sea agradable y confiable para ellos y no colocar esta responsabilidad en manos de los docentes, quienes no están preparados para dar este tipo de asesoría a los alumnos.
- Se recomienda que en las citas médicas se remita a los adolescentes a los programas de PYP de su correspondiente EPS/EPSS y centros de salud con el fin de informar a los pacientes sobre la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivos para que los jóvenes establezcan una sexualidad con responsabilidad y las instituciones de salud capten mayor ingreso de adolescentes al servicio de promoción y prevención.

- La adopción de la propuesta requiere de la capacitación del personal administrativo, el profesional de salud y equipo psicosocial para brindar el respeto y confianza que espera el adolescente al dirigirse a la consulta diferenciada amigable, con ello se logra que los jóvenes acudan de forma espontánea al servicio y se sientan acogidos por la persona responsable de la estrategia como del personal en general del HUS.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, Jorge. Epidemiología, conceptos, usos y perspectivas. Artículo de revisión. Rev. Perú. Epidemiol. Vol. 13 Nº 1 de abril de 2009. Consultado el 25 de abril de 2011. Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2009_v13_n01/AR1_Vol13_No1_2009_Concepto_de_epidemiologia.pdf
- Anicama, José. Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva. Capítulo 4. Documento PDF.
- Congreso de la república de Colombia. Ley 100 de 1993. Preámbulo. Bogotá. Diciembre, 1993. Documento PDF.
- Bordignon, Nelson Antonio. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson: el diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de investigación, julio-diciembre año/vol.2, numero 002. Documento PDF. 2005.
- Correa, Carolina Rivas; Gómez, Diana Alexandra; Ovalle, Karol Enith; Orozco María Yoana; Jaramillo, Luis Guillermo. Sentido de la madre en edad escolar. Hacia la promoción de la salud. Vol. 9, págs. 107 – 117, Manizales. Noviembre de 2004. ISSN 0121 – 7577.
- Donovan, Patrick; Oñate, Ximena; Bravo, Gonzalo; Rivera, M. Teresa. Niñez y juventud en situación de riesgo: la gestión social del riesgo. Revisión bibliográfica. Última Década Nº28, cidpa Valparaíso, julio 2008. pp. 51-78.
- Echevarría, Marcela. Periódico EL PULSO. Liquidado Hospital Ramón González Valencia para convertirlo en Hospital Universitario de Santander. Edición No. 78 de marzo/2005. Medellín, Colombia. (consultado en internet) 18 de Noviembre de 2010. <http://www.periodicoelpulso.com/html/mar05/general/general-04.htm>

- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Tomado de: PROFAMILIA. Antecedentes.
- Equitas, recomendaciones para un trabajo con enfoque psicosocial en desaparición forzada y otras graves violaciones de los derechos humanos. Colombia. Abril, 2010
- Figueroa, Giuliana Teresa Aborccó. La fecundidad y su relación con variables socioeconómicas, demográficas y educativas aplicando el modelo de regresión Poisson. Lima, Perú. 2005.
- Frenz, Patricia. Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. Ministerio de la salud. Chile. Consultado el 12 de marzo de 2011. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>.
- Hernández, Roberto Sampieri; Fernández, Carlos Collado; Baptista, Pilar Lucio. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México. 1997.
- HUS. Cartilla institucional. Colombia, 2006
- Hospital Universitario de Santander. Modelo de Hospital Público Universitario del País. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional.
- Jadue, L. tomado de: Klarian, José Vergara; Moreira, Nora Insulza. “Visión Espacial de los Determinantes Sociales de Salud de la Región de Valparaíso de Chile”. 2007.

- Klarian, José Vergara; Moreira, Nora Insulza. “Visión Espacial de los Determinantes Sociales de Salud de la Región de Valparaíso de Chile”. 2007.
- Marrugo, Martha Flórez; Padilla, Carmen Buzón. EMBARAZO EN ADOLESCENTES ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. Documento PDF.
- Ministerio de protección social, Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Segunda edición. Diciembre, 2008. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de la protección social. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Colombia.
- Ministerio de salud. Dirección general de promoción y prevención. Guía de atención a la mujer maltratada. República de Colombia. (Consultado en línea) 20 de enero de 2011. Disponible en: <http://www.clae.info/downloads/NormasAE/GAIAtenciondelamujermaltratadaColom.pdf>
- Nolazco, María Lorena; Rodríguez, Laura Yudith. Morbilidad Materna En Gestantes Adolescentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - Nº 156 – abril de 2006. Argentina.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (Consultado en línea) 14 de Octubre de 2010. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>
- OPS/OMS. Descubriendo las voces de las adolescentes. Unidad de salud del niño y el adolescente. Área salud familiar y comunitaria. Draft-noviembre, 2006. Consultado el 12 de marzo de 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>

- Porras, Diana Yulieth Ardila. “proyecto reivindico mi sexualidad” en los y las adolescentes de la red social de apoyo pertenecientes a una institución educativa del municipio de San Gil. Trabajo de grado. Bucaramanga, Colombia. Mayo, 2010.
- Presidencia de la república – MPS. Ley 1438 de 2011. 19 de enero. Bogotá, Colombia. Documento PDF.
- PROFAMILIA. Derechos sexuales y reproductivos: al alcance de todos. Material de la institución.
- República de Colombia. Conpes social del 91. “metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015”. Bogotá, 14 de marzo de 2005.
- República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Informe de gestión del Ministerio de Protección Social 2002-2010. Documento PDF.
- Rueda, Néstor José Gómez. Universidad Santo Tomas. Memoria histórica y nuevos retos del Hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga, 2003.
- República de Colombia. Ministerio de protección social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. Febrero de 2003. Documento PDF.
- Ruiz M. Factores de riesgo para la salud maternoinfantil, Colombia 1990. Santiago de Chile: Demographic and Health Surveys/Centro Latinoamericano de Demografía, Taller de planificación familiar; 1992.
- Sanamente. Adolescencia. (Consultado en línea) 5 de marzo de 2011. Disponible en: http://www.sanamente.com.ar/e_adolescencia.html

- Secretaria de la Salud. Dirección general de salud reproductiva. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Segunda edición. México. 2002. Documento PDF.
- UNFPA. Ministerio de protección social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Segunda edición. Diciembre, 2008. Bogotá, Colombia.
- Villar, Luis Ángel Centeno. Un año después en el ejercicio de la dirección científica universitaria, un balance alentador. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional.
- Wilkinson, Richard; Marmot, Michael. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. Política de salud para todos (Health for all). Europa. Consultado el 6 de marzo de 2011. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>

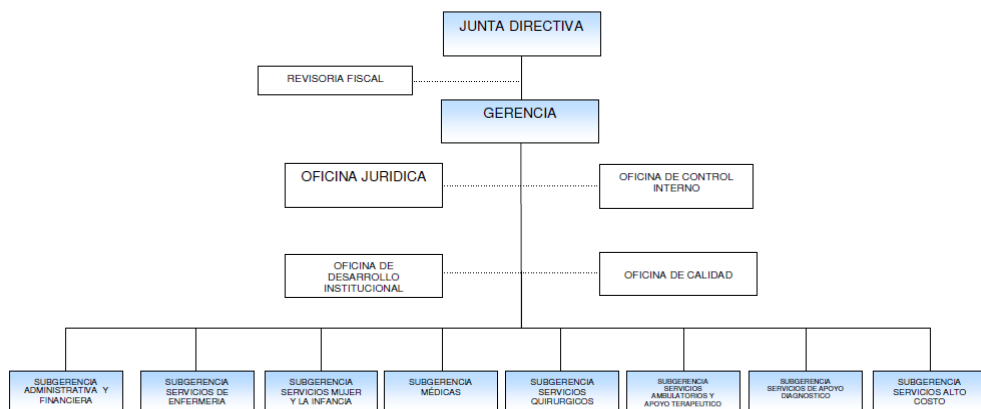
ANEXOS

Anexo A. Organigrama del Hospital Universitario de Santander (HUS)



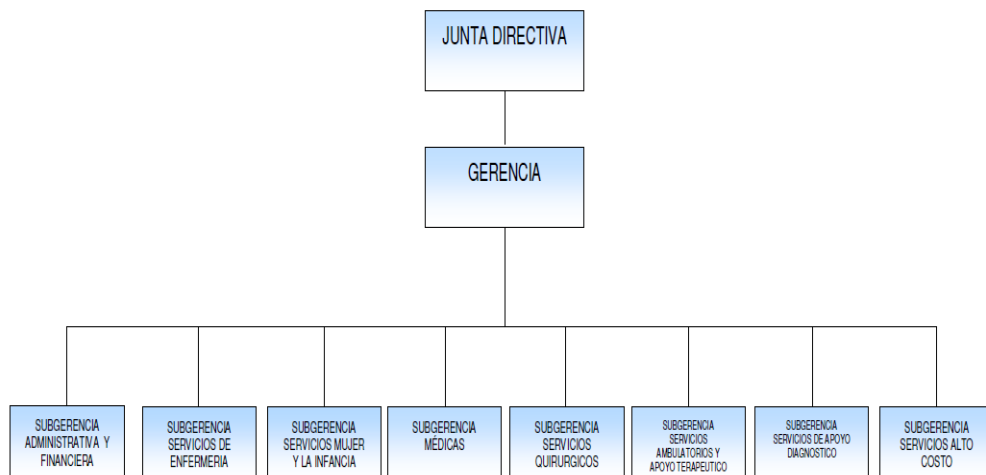
**ORGANIGRAMAS
ESTRUCTURA ORGANICA**
(Aprobados mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 010
de Mayo 05 de 2006).

ORGANIGRAMA GENERAL



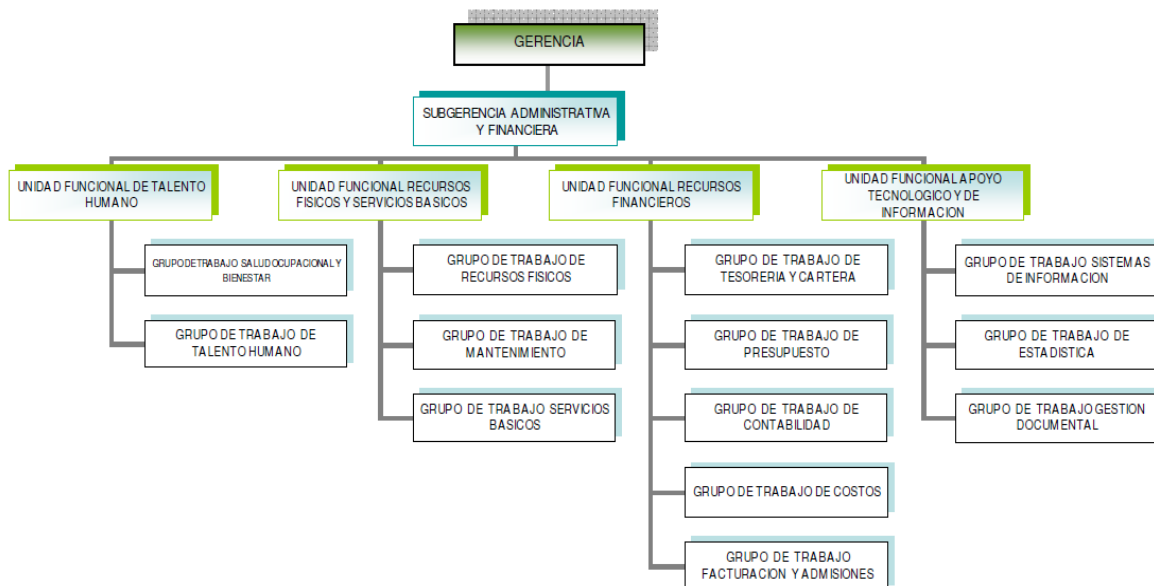
Fuente: documento institucional del HUS.

AREA DE DIRECCIÓN

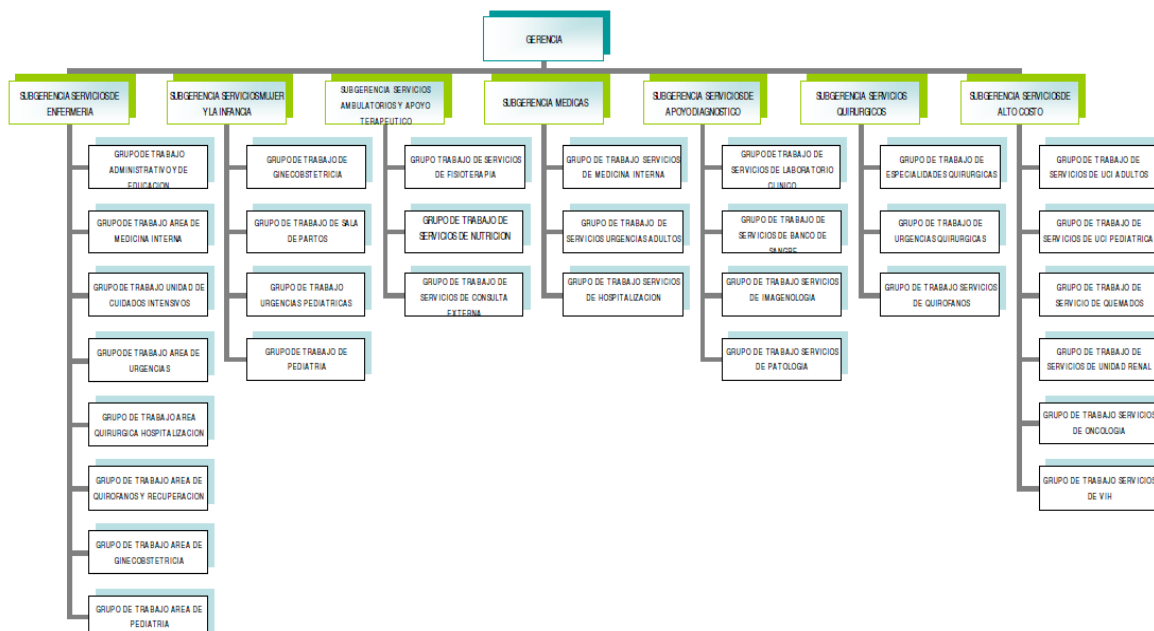


Fuente: documento institucional del HUS.

AREA DE APOYO ADMINISTRATIVO

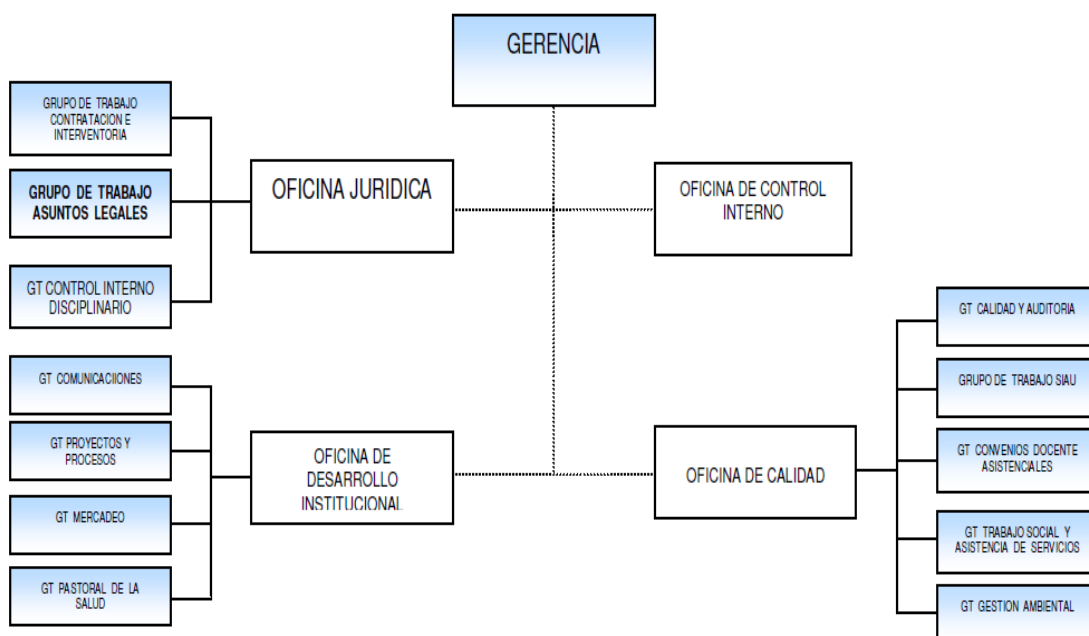


AREA FUNCIONAL DE ATENCIÓN AL USUARIO.





Fuente: documento institucional del HUS.

OFICINAS ASESORAS



Fuente: documento institucional del HUS.

Anexo B. Entrevista Social con adolescentes embarazadas y madres.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center">ENTREVISTA SOCIAL CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES</p>	 <p>Universidad Industrial de Santander</p>
Nombre:		
Área de contacto en el HUS:		
Edad:		
Estado civil:		
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?:		
¿Qué relación tiene con el padre del bebe?:		
¿Edad de la pareja o del padre del bebe?:		
¿La relación sexual fue por consentimiento propio?:		
<hr/> <hr/>		
¿Tenía conocimiento de métodos de planificación familiar?:		
<hr/> <hr/>		
¿Con que método planificaba?:		
¿Con quién vive actualmente?:		
<hr/> <hr/>		
¿Cuál es su familia de origen?		
<hr/>		
Familiograma		
<hr/>		
¿Quién la apoya en los gastos del embarazo?:		
<hr/> <hr/> <hr/>		
¿Considera que la responsabilidad de tener un hijo recae solo sobre la madre?		
<hr/>		
¿Cómo se comporta su familia con usted después del embarazo?:		
<hr/> <hr/>		
¿La relación con su pareja ha sido de amor, comprensión y respeto para con usted como su bebe?:		
<hr/> <hr/> <hr/>		
OBSERVACIONES:		
<hr/> <hr/> <hr/>		

Fuente: entrevista social con adolescentes embarazadas y madres. Proceso de planeación en el departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

La presente ficha de contacto es una de las estrategias utilizadas para la realización del proceso de práctica de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander (UIS) a cargo de la estudiante Mileydi Bayona Contreras. La herramienta se encuentra supervisada y apoyada por el personal profesional en el área de salud del Hospital Universitario de Santander (HUS) y la supervisora de

prácticas de la estudiante. Si usted desea colaborar con la realización de la ficha de contacto, favor llenar los siguientes espacios con su firma y fecha. GRACIAS.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Anexo C. Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto



Buenos días (tardes):

El presente cuestionario es una de las estrategias utilizadas para la realización de intervención profesional de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander (UIS) a cargo de la estudiante Mileydi Bayona Contreras. Para lo cual se requerirá de su colaboración. Sus respuestas serán analizadas con total discreción con el fin de realizar un trabajo guiado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La siguiente herramienta se encuentra supervisada y apoyada por el personal profesional en el área de salud del Hospital Universitario de Santander. A continuación responder con una X la respuesta que considere es su opción. Siga las instrucciones de la encuesta si la pregunta no aplica a su caso por favor no la responda y continúe con la encuesta. Gracias.

Nombre: _____ Área: _____

1. ¿En qué edad se encuentra? 1) 10 - 12 años__ 2) 13 – 14 años__ 3) 15 – 16 años__ 4) 17 – 19 años__	2. ¿Estado civil actual? 1) Soltera__ 2)Unión estable__ 3) Casada__ 4) Otro__
3. ¿Lugar de nacimiento? 1) Bucaramanga__ 2) Floridablanca__ 3)Girón__ 4) Piedecuesta__ 5)Otro__	4. ¿Lugar de residencia? 1) Bucaramanga__ 2)Floridablanca__ 3)Girón__ 4)Piedecuesta__ 5)Otro__
5. ¿Área de vivienda? 1) Rural__ 2) Urbana__	6. ¿Cuál es el estrato socio – económico? 1) 1__ 2) 2__ 3) 3__ 4) 4__ 5) 5__
7. ¿Cuál es la ocupación actual? 1)Desocupada__ 2)Desempleada__ 3)Ama de casa__ 4)Empleada por horas__ 5)Empleada a tiempo completo__ 6)Trabaja independiente__ 7)Estudiante	8. ¿Ha buscado trabajo? 1)Si__ 2)No__ *Si su respuesta es NO favor pasar a la pregunta 12. *Si su respuesta es SI favor pasar a la pregunta 9.
10. ¿Fue despedida de su trabajo u ocupación? 1) Si__ 2) No__ *Si su respuesta es NO favor pasar a la pregunta 12. *Si su respuesta es SI favor pasar a la pregunta 11.	9. ¿Le ha sido negado el trabajo por su embarazo? 1)Si__ 2)No__ *Si su respuesta es NO favor pasar a la pregunta 10. *Si su respuesta es SI favor pasar a la pregunta 12.
12. ¿Es dependiente o independiente económicamente? 1)Dependiente__ 2)Independiente__	11. ¿La razón de su despido fue por el embarazo? 1)Si__ 2)No__ 3)No se
14. ¿Se retiro de sus estudios? 1) Si__ 2)No__ *Si su respuesta es NO favor pasar a la pregunta 16. *Si su respuesta es SI favor pasar a la pregunta 15.	13. ¿Máximo nivel educativo alcanzado? 1)Primaria incompleta__ 2)Primaria completa__ 3)Bachillerato incompleto__ 4)Bachillerato Completo__ 5)Técnico/tecnología incompleta__ 6)Técnico/tecnología completa__ 7)Universidad incompleta__ 8)Universidad Completa__ 9)Otro__
15. ¿Por qué razón se retiro del estudio? 1)Voluntad propia__	16. ¿A qué régimen de salud pertenece? 1)Contributivo__ 2) Subsidiado__

2)Reglas de la institución___ 3)Decisión de los padres o pareja___ 4)Situación económica___ 5) Por el embarazo___	3) vinculados___ 4) Particular___ 5) SISBEN___
17. ¿En qué tipo de vivienda vive? 1)Casa___ 2)Apartamento___ 3)Cuarto___ 4)Otro___	18. ¿En qué material está construida su vivienda? 1)Ladrillo___ 2)Madera___ 3)Pañete___
19. ¿Tenencia de la vivienda? 1)Propia___ 2)Arrendada___ 3)Amortización___ 4)préstamo familiar___ 5)Administran la vivienda___	20. ¿Cuántas raciones de alimento consume al día? 1)Una___ 2)Dos___ 3)Tres___ 4)Cuatro___ 5)Cinco/seis___
21. ¿Cuántas veces realiza ejercicio en la semana? 1)Ninguna___ 2)1 vez a la semana___ 3)2 veces por semana___ 4)3 o más veces por semana___	23. ¿De quién quedo embarazada? 1)Pareja___ 2)Amigo___ 3)Familiar cercano (padre, hermano, primo o tío)___ 4)Familiar lejano (padrino o abuelo)___ 5)De un desconocido___ 6) Ex pareja___
22. ¿A qué edad inicio su vida sexual activa? 1) 10 – 12 años___ 2) 13 – 14 años___ 3)15 años___ 4)16 – 17 años___ 5)18 – 19 años___	24. ¿La relación sexual fue consentida? 1)Si___ 2)No___
27. ¿Qué método anticonceptivo está utilizando? 1)Pastillas___ 2)Inyecciones___ 3) Dispositivo “T”___ 4)Condón___ 5)Píldora del día después___ 6)Otro___	25. ¿Tenia conocimiento a cerca de los métodos de planificación familiar? 1)Si___ 2)No___
30. ¿Alguna vez se ha contagiado de una infección de trasmisión sexual? 1) Si___ ¿Cuál?_____ 2)No___	26. ¿Estaba planificando? 1)Si___ 2)No___ *Si su respuesta es NO favor pasar a la pregunta 28. *Si su respuesta es SI favor pasar a la pregunta 27.
32. ¿Cuántas personas viven con usted? 1)2 - 3___ 2) 4 – 5___ 3)6 – 7___ 4) 8___	28. ¿Deseaba tener este embarazo? 1)Si___ 2)No___
34. ¿Qué cambios ha tenido su pareja después de saber del embarazo? 1)Amoroso___ 2)Respetuoso___ 3)Cariñoso___ 4)Agresivo___ 5)Indiferente___ 6)Ofensivo___ 7) Abandono	29. ¿Intento abortar? 1)Si___ 2)Lo pensé___ 3) No___
36. ¿Tiene usted el carnet de controles prenatales? 1) Si___ 2) No___	31. ¿Con quién vive actualmente? 1)Compañero ___ 2)Compañero e hijos 3)Padres___ 4)Padres y hermanos___ 5)Un padre y hermanos___ 6)Abuelos___ 7)Tíos___ 8) Suegros___ 9)Otro familiar___
37. ¿Cuántas veces se ha hecho un control prenatal, examen o ecografía? 1)1- 2___ 2)3 – 4___ 3) 5 – 6___ 4)7 – 8___ 5) Mayor a 9___ 6) Ninguno___ 7)No me acuerdo___	33. ¿Cómo se comporto su familia al enterarse de su embarazo? 1)Violenta___ 2)Decepcionada___ 3)Comprensiva___ 4) Tolerante___ 5)Amorosa___ 6) Abandono___
39. ¿En qué mes se encontraba cuando inicio el control prenatal? 1)Primer Trimestre___ 2)Segundo trimestre___ 3) Tercer trimestre___ ¿Qué mes?_____ 4) No me acuerdo___	35. ¿El embarazo actual para usted significa? 1) El embarazo le parece un estado agradable, es parte de su plan de vida.___ 2) El embarazo es indiferente, no piensa que cambie su vida.___ 3) El embarazo le produce algunas dificultades familiares y laborales o educativas pero que puede manejar.___ 4) El embarazo le ha traído graves dificultades en la familia como en el trabajo o estudio.___
41. ¿Cuántos hijos han tenido? Sin mencionar el presente embarazo. 1) uno___ 2) dos___ 3) Más de tres___ 4)primer hijo___	38. ¿En que mes del embarazo se encuentra? (si ya tuvo el bebé indicar) 1)Primer Trimestre___ 2)Segundo trimestre___ 3) Tercer trimestre___ ¿Qué mes?_____ 4) Pos parto___
43. ¿En que IPS se tomo último control prenatal? 1)Hospital___ 2)Clínica___ 3) Centro de Salud___ 4) médico particular___ 5)EPS/ARS___	40. ¿En qué mes se encontraba en su último control prenatal? 1)Primer Trimestre___ 2)Segundo trimestre___ 3) Tercer trimestre___ ¿Qué mes?_____ 4) N o me acuerdo___
	42. ¿En que IPS se tomo el primer control prenatal? 1)Hospital___ 2)Clínica___ 3) Centro de Salud___ 4) médico particular___ 5) EPS/ARS___
	44. ¿Qué dificultades ha tenido para la realización de los controles prenatales? 1) Económica propia___ 2) Acceso___

45. ¿Quién la acompaña a los controles prenatales? 1)Compañero__ 2)Padres__ 3)Hermanos__ 4) Amigos__ 5) Va sola__ 6)Otro__	3) Desconocimiento__ 4) No busco atención medica__ 5) Documentación incompleta__ 6) falta de tiempo__ 7)Ninguno__
46. ¿Ha tenido complicaciones en los controles prenatales o embarazo? 1) Si__ 2) No__ ¿Cuál? _____	47. ¿Sabe que debe hacer en caso de complicaciones en el embarazo? 1)Si__ 2)No__
48. ¿Ha recibido orientación en sus controles prenatales con respecto a cuándo debe consultar por complicaciones? 1) Si__ 2) No__	49. De los siguientes síntomas de alarma durante el embarazo ¿cuales ha presentado? 1) Aumento de la presión arterial__ 2) Dolor de cabeza 3) Ardor en la boca del estomago__ 4) Hinchazón__ 5) Disminución marcada o ausencia de movimientos fetales__ 6) Contracciones uterinas__ 7) Salida de líquido (sangrado/flujo) 8) Síntomas urinarios__ 9) Ninguno__ Otro__

Fuente: Cuestionario de investigación: conociendo las adolescentes en el embarazo y pos parto, en el departamento de Ginecobstetricia en el HUS, 2010.

¡¡¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!

Anexo D. Documentos de evidencia del trabajo realizado en el HUS en Hospitalización y Consulta externa.

Las siguientes imágenes fueron captadas con consentimiento informado de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes, además de contar con el apoyo del Departamento de Ginecobstetricia.

Imagen 1. Entrevista social: habitación 523 A



Fuente: tomadas en la ejecución de la intervención profesional en consulta externa y hospitalización en el HUS.

Imagen 2. Entrevista social: habitación 522 B



Fuente: tomadas en la ejecución de la intervención profesional en consulta externa y hospitalización en el HUS.

Imagen 3. Entrevista social: habitación 525 C



Fuente: tomadas en la ejecución de la intervención profesional en consulta externa y hospitalización en el HUS.

Imagen 4. Entrevista social: consultorio 5



Fuente: tomadas en la ejecución de la intervención profesional en consulta externa y hospitalización en el HUS.