

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**EVALUACIÓN A TRAVÉS DE REGISTROS DE LA ATENCIÓN PRENATAL
PROPORCIONADA POR EL PROFESIONAL MATRONA/ÓN A LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LOS CENTROS DE SALUD
DE LA CIUDAD DE VALDIVIA, DURANTE EL AÑO 2003.**

Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al grado de LICENCIADA EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.

SANDRA CAROLINA ANGULO REISER

VALDIVIA – CHILE

2006

COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESORA PATROCINANTE

Nombre: Ximena Garate Firma:

PROFESORA COPATROCINANTE

Nombre: Irma Molina Firma:

PROFESORA INFORMANTE

Nombre: Liliana Martínez Firma:

FECHA APROBACIÓN:

ÍNDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
1.-INTRODUCCIÓN	3
2.-MARCO TEÓRICO	5
2.1.- <u>ADOLESCENCIA</u>	5
2.2.- <u>CLASIFICACIÓN EMBARAZO ADOLESCENTE</u>	5
2.2.1.- <u>Adolescencia temprana</u>	5
2.2.2.- <u>Adolescencia media</u>	5
2.2.3.- <u>Adolescencia tardía</u>	5
2.3.- <u>EMBARAZO EN ADOLESCENTE</u>	6
2.4.- <u>ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL ADOLESCENTE EMBARAZADA</u>	7
2.4.1.- <u>Características Atención Prenatal Integral</u>	8
2.4.2.- <u>Factores de riesgo embarazo adolescente</u>	9
2.4.3.- <u>Principios que deben guiar la atención del embarazo en la adolescencia</u>	12
2.5.- <u>CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.</u>	13
2.5.- <u>ATENCION PRENATAL</u>	15
2.6.- <u>PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE</u>	15
2.6.1.- <u>Líneas de acción</u>	16
2.6.2.- <u>Prioridades</u>	16
3.-MATERIAL Y MÉTODO	17
3.1.- <u>TIPO DE DISEÑO</u>	17
3.2.- <u>POBLACIÓN EN ESTUDIO</u>	17
3.2.1.- <u>Criterios de exclusión</u>	17
3.3.- <u>TAMAÑO Y SELECCIÓN MUESTRAL</u>	17
3.3.1.- <u>Tamaño de la muestra</u>	17
3.3.2.- <u>Selección muestral</u>	18

3.4.- <u>DEFINICIÓN DE VARIABLES</u>	18
3.5.- <u>REGISTRO DE LA INFORMACIÓN</u>	21
3.6.- <u>CONSTRUCCIÓN ÍNDICE DE ATENCIÓN PRENATAL INTEGRAL</u>	21
3.7.- <u>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</u>	22
4.-RESULTADOS	24
5.-DISCUSIÓN	39
6.-CONCLUSIÓN	42
7.-BIBLIOGRAFÍA	44

RESUMEN

En el presente estudio se realizó una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, transversal no experimental. El objetivo planteado fue evaluar a través de registros, la atención proporcionada por el profesional Matrona/ón a las adolescentes embarazadas en los CESFAM Angachilla, Las Animas, Gil de Castro y Consultorio Externo de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003.

La recolección de los datos, se obtuvo mediante la aplicación de 2 instrumentos: Perfil Biosociodemográfico e Índice de Calidad de Atención Prenatal Integral, a través de la revisión de los registros existentes en las fichas clínicas, tarjetas maternas y registro de actividades programadas, previa autorización de los Directores de los Centros de Salud y la realización de la prueba piloto. Los datos fueron analizados con el programa computacional EPI-INFO 2000 y Microsoft Excel 2000.

Los resultados obtenidos del Perfil Biosociodemográfico: la edad promedio de las adolescentes es de 17 años, con enseñanza media incompleta (50%), en su mayoría solteras (72,5%), de estas un 30% no cuenta con el apoyo del progenitor, el mayor porcentaje (60%) asume una actitud de aceptación frente a su embarazo.

La calificación de la atención prenatal mediante la revisión de registros, en los Centros de Salud con el ICAPI, describe a los CESFAM en Valdivia con un desempeño deficiente, muestra el menor porcentaje de realización: talleres o educaciones grupales focalizadas con un 8,12%, seguida en un 10% por la realización de visita domiciliaria. El mayor porcentaje de derivación (52,5%), lo registran los profesionales del área biológica.

En conclusión, según los registros existentes, la atención prenatal que se proporciona en los cuatro Centros de Salud, no es integral, está enfocada hacia los factores biológicos, dejando de lado los factores psicológicos y sociales.

El embarazo adolescente debe ser abordado desde un enfoque integral, ISSLER (2001) señala que la atención debe considerar los cambios propios de la edad y las características individuales de las adolescentes, que la diferencian de la mujer adulta. La intervención del profesional Matrona/ón es fundamental, sus tareas deben centrarse en ayudar a la adolescente a asumir su maternidad, favorecer la aceptación de su embarazo y detectar en forma oportuna situaciones que puedan afectar su salud integral, la de su futuro hijo, pareja y familia.

SUMMARY

The present study is an investigation of quantitative, descriptive, cross-sectional type non experimental. The objective is to evaluate the Models of prenatal attention provided by the Matrona/ón professional to the adolescents taken care of in the CESFAM Angachilla, You animate Them, Gil de Castro and External Doctor's office of the city of Valdivia, during year 2003.

The methodology used for the harvesting of the data, was the design of two measuring instruments: Profile Biosociodemográfico and Índice of Prenatal Quality of Integral Attention, that were applied, through the revision of clinical cards, maternales cards and registry of programmed activities, previous to the authorization of the Directors of the Centers of Health mentioned previously and the accomplishment of the test pilot. The data were analyzed with computacional program EPI-INFO 2000 and Microsoft Excel 2000.

Within the obtained results they emphasize: the age average of the adolescents who become pregnant to early age is of 17 years, on incomplete average education (50%), in its unmarried majority (72,5%), of these a 30% does not count on the support of the ancestor. The greater percentage of adolescents (60%) as opposed to assumes an attitude of acceptance its pregnancy.

The evaluation of the Model of prenatal attention provided by the Matrona/ón professional, by made activity, in the four Centers of Health in study, sample that the smaller percentage of accomplishment registers the focused accomplishment of Factories or group educations with a 8.12%, followed in single a 10% by the accomplishment of domiciliary visit. The greater percentage of derivation (52,5%), registers the professionals of the biological area.

In conclusion, the prenatal attention that is provided in the four Centers of Health integral nor is differentiated, is even provided with a marked biomedical model, considering the biological factors single, leaving of side the psychological and social factors.

It is for that reason that the adolescent pregnancy must be boarded from an integral approach, considering the changes own of the adolescence and the characteristics which they present/display in individual form the adolescents and that differentiate it from the adult woman. The intervention of the Matrona/ón professional is fundamental, nonsingle in offering an excellent attention of the pregnancy, childbirth and posparto, but also to help the adolescent to assume its maternity, to accept its pregnancy, detecting in oportune form situations that can affect the integral health of the adolescent, their future son, pair and family.

Palabras claves: Embarazo adolescente, Atención prenatal integral, calidad de atención prenatal.

1.- INTRODUCCIÓN

Cada año en Chile, aumentan las adolescentes que se ven enfrentadas a una maternidad prematura y no buscada. En 1990 los hijos de madres menores de edad constituían el 11% del total de nacidos vivos, hoy en día esta cifra se eleva al 16%. Este fenómeno se hace aún más evidente si observamos que la tasa de fecundidad de este grupo etáreo, entre 1980 y 1998, creció de 59 a 71 nacidos vivos por cada mil mujeres de esa edad. Así en los últimos años, nacen aproximadamente 40.000 niños hijos de madres de 10 a 19 años, constituyendo el embarazo adolescente un problema de salud pública (INE, 2000).

Cuando un embarazo ocurre en el período de la adolescencia, se presenta una doble exigencia en la vida de la adolescente; enfrenta los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la edad y además enfrenta el proceso de gestación y maternidad, lo que puede colocarla en situación de vulnerabilidad, afectando el buen desarrollo de las personas involucradas (MOLINA et. al., 2004).

Actualmente el embarazo en la adolescencia se observa a edades más tempranas, lo cual resulta altamente desfavorable desde el punto de vista sanitario, no solo por sus consecuencias sociales, sino por el enorme impacto en la salud de la madre adolescente, especialmente en los aspectos psicosociales. Este impacto negativo hace necesario formular normativas orientadas en forma diferenciada para las adolescentes embarazadas, de modo de disminuir los riesgos asociados, considerando como foco específico de intervención una dimensión integradora: La diada madre-adolescente-hijo (CUBA DE LA CRUZ et. al., 1992) (MOLNA et. al., 2004).

La intervención del personal de salud en esta situación, sobre todo el rol de la Matrona/ón juega un papel fundamental tanto en brindar una excelente atención prenatal, del parto y el post-parto, así como en la detección oportuna de situaciones que pueden afectar la salud integral de la joven, su futuro hijo, pareja y familia.

En nuestro país, existe un programa de salud de embarazo adolescente en el marco de los Programas Estatales de Salud, este se encuentra suspendido y sólo se aplicó su plan piloto en 1992. (FUENTE et. al., 1995).

Actualmente sólo algunos establecimientos de salud han desarrollado programas informales para la atención de la adolescente embarazada, proporcionando un enfoque de integralidad en la atención prenatal, sin embargo, la gran mayoría se rige por el Programa de Salud del Adolescente cuyo eje principal de actividades programáticas esta centrado en la prevención del embarazo adolescente, considerando sólo en uno de sus objetivos, el proporcionar atención integral a la adolescente que ya esta embarazada.

El embarazo en la adolescencia debe ser manejado por un equipo interdisciplinario, para brindar una adecuada atención obstétrica, psicológica, social y educativa, fomentando una conducta más responsable y madura, para que la adolescente que se ha convertido en madre tome una actitud positiva frente a su nueva condición de vida (RIVERA et. al., 2003).

La Hipótesis propuesta en este estudio es:

La atención prenatal según lo registros realizados por el profesional Matrona/ón no es aplicada en forma integral a las adolescentes embarazadas.

Los Objetivos de esta investigación son:

-Objetivo General:

Evaluar a través de los registros realizados por el profesional Matrona/ón, la atención prenatal proporcionada a las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en los CESFAM Angachilla, Gil de Castro, Las Animas y Consultorio Externo de Valdivia durante el año 2003.

-Objetivos específicos:

Describir el perfil biosociodemográfico de las adolescentes embarazadas que recibieron atención prenatal en los consultorios de Valdivia durante el año 2003.

Aplicar un Índice de Calidad de Atención prenatal integral para adolescentes embarazadas.

Describir la atención prenatal proporcionada por el profesional Matrona/ón a las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en los CESFAM Angachilla, Gil de Castro, Las Animas y Consultorio Externo de Valdivia.

Calificar a través de los registros realizados por el profesional Matrona/ón, la atención prenatal proporcionada a las madres adolescentes.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto (ROUTI et. al., 1992).

La adolescencia, según la OMS, se define como el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica de su grupo de origen, fijando sus límites entre los 10 y 19 años (COLL, 1997).

2.2.- CLASIFICACIÓN DE ADOLESCENCIA

Según las edades, la adolescencia se divide en tres etapas:

2.2.1- Temprana (10 a 13 años)

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

2.2.2- Media (14 a 16 años)

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

2.2.3- Tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente en el momento de su vida que está transitando, no madura a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (ISSLER, 2001).

La evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos (RIVERO et. al., 2002).

2.3.- EMBARAZO EN ADOLESCENTE

El embarazo adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente, por lo que no debe ser considerado solo en términos del presente, sino también del futuro, por las complicaciones que acarrea (ISSLER, 2001).

En Chile, las cifras muestran un aumento en el embarazo en niñas menores de 17 años. Así, a pesar de que la tasa de fecundidad global en nuestro país, para las mujeres de 20 años y menos ha disminuido, para el grupo de mujeres menores de 15 años la tasa específica de fecundidad por mil ha aumentado de un 1.6 en 1980 a un 2.2 en 1998 (INE, 2000).

En nuestra región se manifiesta una tendencia similar a la nacional, con una disminución en la tasa de fecundidad en mujeres entre 19 y 20 años, sin embargo en la menores de 15 años estas cifras van en aumento, siendo la tasa de fecundidad mas elevada que el promedio nacional, correspondiendo a 3,5 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fecunda menor de 15 años.

En estas adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, si no más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione (BELITZKY et. al., 1995).

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente (MOLINA, 1998).

Experiencias al respecto, señalan que el embarazo en adolescentes es un hecho que sobrepasa los factores meramente biológicos, por lo que se requiere proporcionar una atención médica integral, en un ambiente adaptado a la psicología y problemática de la adolescente embarazada (MOLINA, 1990).

2.4.-MODELO DE SALUD INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

El concepto de salud integral del adolescente y el joven, se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención, este encuadre exige tener en cuenta no solo los factores biológicos, sino también los estilos de vida, el ambiente físico y cultural y la oferta y organización de los servicios. El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud, estimulando la detección del riesgo o factores protectores derivados de las cuatro áreas y poniendo en marcha medidas que privilegien las actividades anticipatorias (OPS, 1995).

La atención integral comprende el abordaje de la situación a nivel individual, familiar y comunitario en los diferentes momentos: gestación, parto, y después del parto y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal. Debido a esto está involucrado no solo el aspecto salud, sino el aspecto educativo, laboral y de formación para la vida.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática, sin embargo, el considerarlo un problema limita su análisis. Exige aplicar medidas terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de las adolescentes (ISSLER, 2001).

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño (MOLINA et. al, 2004).

La repercusión social y económica, así como la sobrecarga familiar que significa hacerle frente a esta situación, en muchos casos conlleva a que la adolescente oculte su estado hasta momentos en los cuales ya se han producido a veces, consecuencias desfavorables para el binomio madre-hijo.

El momento de la captación refleja la madurez materna para comenzar a enfrentar de manera sana el embarazo desde muy temprano, siendo deseable que la mujer sea captada antes de las 12 semanas, esta es una variable que refleja de manera indirecta, la aceptación del embarazo tanto por parte de la adolescente como de sus familiares. Se ha demostrado que las complicaciones asociadas con la gestación en madre adolescente están más ligadas a la falta de atención en el momento preciso por captaciones tardías, que a factores de índole biológico (SAÉZ et. al., 2001).

La adolescente se ve enfrentada a un cambio biográfico drástico, pasa bruscamente de niña dependiente a madre con obligaciones (igualmente dependiente) sin tener espacio tiempo para crecer como persona y madurar ante la obligación de sumir un rol materno sin haber completado las tareas propias de la adolescencia (HAMEL, 1992).

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse algunas características que la diferencian de la mujer adulta (ISSLER, 2001).

-La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea.

-No ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo.

-Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos, lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

-Tienen temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

-Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención del adolescente y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad, promoviendo la participación de su pareja y familia, brindando atención y seguimiento en espacio diferente al de atención prenatal (ISSLER, 2001).

El objetivo del equipo de salud debe estar centrado en ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo, fortalecer los vínculos familiares, conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución y brindar atención perinatal integral (COLL, 1997).

2.4.1.-Características de la Atención Prenatal Integral del embarazo, maternidad y paternidad adolescente (C.S.S, 2000).

-Intersectorialidad: Es preciso el trabajo conjunto de todos los sectores, a todos los niveles: los que formulan las políticas tanto en los organismos gubernamentales como no gubernamentales así como los ejecutores, utilizando el trabajo multidisciplinario, la coordinación y la formulación de programas compartidos y complementarios (C.S.S, 2000).

Las nuevas responsabilidades que asume la adolescente, requieren de apoyo. Es fundamental promover que las mismas sean compartidas con las demás personas que la rodean, con especial énfasis en las personas más cercanas, sean estas su pareja o su familia.

- Interdisciplinaridad: La atención integral a la adolescente embarazada y madre, su pareja y su familia, solo es posible si parte del esfuerzo complementario y coherente de diferentes disciplinas en salud. Por ello el trabajo en equipos interdisciplinarios es fundamental y debe concretarse en espacios de discusión de casos y formación permanente (C.S.S, 2000).

-Enfoque de riesgo: La atención integral según ISSLER (2001), esta basada en el enfoque de riesgo que es una estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

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

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

Hay algunos factores de riesgo que son más frecuentes e importantes, que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian. El enfoque de riesgo se caracteriza por ser: anticipatorio, permitiendo aplicar medidas preventivas e integral, abarcando aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo (ISSLER, 2001).

Para proporcionar una atención integral, se debe partir de que el embarazo en la adolescencia no es en sí mismo un problema, más bien el problema reside en las condiciones en que dicho embarazo acontece. Es necesario contextualizar y reconocer los factores de riesgo que presenta la adolescente para poder priorizar las acciones y ofrecer una atención conforme a las necesidades particulares de cada adolescente (C.S.S, 2000).

2.4.2.-Factores de Riesgo Embarazo en Adolescente.

-Edad: Las niñas y adolescentes que estarán en situaciones de más desventaja son aquellas menores de 15 años, por las condiciones de riesgo biológico y social que implica un embarazo tan temprano y las exigencias emocionales en un momento de maduración como la infancia y la preadolescencia. Además por las situaciones de abuso, que son frecuentes en los embarazos en esta edad.

-Situación económica: Aquellas niñas y adolescentes en condiciones de pobreza, deben ser contempladas en forma diferenciada, ya que además de las demandas particulares de su estado, la adolescente deberá enfrentar una inadecuada alimentación, condiciones de vivienda inapropiadas, presiones familiares por la “carga” que implica un nuevo miembro que viene a desestabilizar la escasa economía familiar y la dificultad para el acceso a los servicios de salud por su condición de no asegurada.

-Situaciones de abandono o violencia: La adolescente que se ve abandonada por su pareja a raíz del embarazo o aquellas cuyo embarazo es producto de abuso o violación, también enfrentan riesgo de vivir el embarazo como una experiencia dolorosa y traumática. Las adolescentes que no cuentan con apoyo familiar, enfrentan el rechazo y, en ocasiones, el abandono que las pone en altísimo riesgo tanto a ellas como a su futuro hijo. A su vez, la falta de apoyo comunitario por estigmatización y prejuicios sociales y otras condiciones ligadas al género, producen en la adolescente inseguridad y autorechazo que la pueden llevar al aislamiento.

-Acceso a servicios de salud: El acceso a los servicios de salud en forma oportuna, ágil y adecuada a las necesidades de esta población puede estar también ausente, lo que implica un riesgo alto para el bienestar de la adolescente y su futuro hijo.

-Discapacidades: Una adolescente embarazada o madre que presenta algún tipo de enfermedad o discapacidad crónica estará más expuesta a riesgos en su desarrollo integral y, además, tendrá necesidades que exceden los recursos y capacidades, tanto propias como de su familia.

-Condiciones de vida o riesgos ambientales: Algunas condiciones de vida como el hacinamiento, las precarias condiciones de instalaciones sanitarias y alcantarillados, al igual que algunas condiciones laborales y de posibilidades reales de estudio y capacitación, como la exposición a agroquímicos y otras sustancias tóxicas durante el embarazo, pueden volver vulnerable la salud de la madre adolescente (C.S.S, 2000).

Por la razón expuesta, el enfoque de riesgo es especialmente importante en la atención de los jóvenes, ya que permite estudiar los factores asociados a los principales problemas del grupo y diseñar estrategias de intervención apropiadas para evitar su aparición o bien los daños a que se asocian, contribuyendo a una distribución más equitativa de los recursos (C.S.S, 2000).

Según señala la OPS en el año 2000 en conjunto con el CENEP (Centro de estudios de población) la atención prenatal integral de la embarazada adolescente debe considerar:

-Desarrollo de grupos de aprendizaje para la maternidad/paternidad o educación individual: rol de padres, comunicación, afectividad, anticoncepción, empoderamiento para toma de decisiones, promoción del desarrollo integral del niño.

-Preparación para reinserción en el medio familiar social y laboral.

-Incluir a la pareja en la consulta, dialogando sobre sus miedos sobre la paternidad.

-Reuniones en grupos de aprendizaje (mensuales) con padres, madres y eventualmente abuelas.

El embarazo a temprana edad trae consigo problemas psicosociales por frustración de actividades, aceptación o no del hijo, quién se hará cargo de él, la posibilidad de un bloqueo de la imagen materna ante un núcleo familiar que no acepta y rechaza a las adolescentes embarazadas, por lo tanto debemos implantar un programa social con metas inmediatas que permitan la continuación de los estudios o permanencia en el trabajo y la orientación necesaria para superar los problemas surgidos de la gestación, buscando la buena salud del binomio madre-hijo y tener una vida familiar estable, esto se logrará mediante una buena comunicación intrafamiliar, educación a la comunidad, orientación sobre la sexualidad, y uso adecuado de los anticonceptivos; todo ello mediante servicios específicos de atención y con una adecuada protección jurídica (SAÉZ et. al., 2001).

ISSLER en el año 2001, señaló que es fundamental utilizar en la atención de la adolescente formas de atención participativas tales como talleres o reuniones de grupo, donde participe la pareja o familiares cercanos, debido a que estos tendrán necesidades específicas de educación que requerirán un trabajo conjunto para la satisfacción de estas.

Otra característica importante de la Atención Prenatal Integral es la realización de la visita domiciliaria que es una modalidad aplicada en diversos países como parte de los programas de apoyo a la familia, en donde la adolescente embarazada recibe servicios de apoyo en su propio hogar a través de un agente visitador previamente definido. Estos agentes suelen ser profesionales del equipo multidisciplinario o personas capacitadas. Dentro de su labor, suelen ofrecer información, apoyo y ayuda práctica a la familia razón por la cual desempeña diversos roles, amigo, profesor, modelo entre otros.

La visita domiciliaria, genera y valida un espacio propio para la vivencia de la maternidad. Desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje social (MUÑOZ et. al., 2001), los visitadores constituyen un modelo que refuerza a través de su conducta el comportamiento que se quiere promover en la madre con respecto a su hijo. Una experiencia en nuestro país es el Programa de Apoyo a la Paternidad Adolescente, desarrollado por la Vicaria Pastoral Social del Arzobispado de Santiago a partir de 1992. Dicho programa plantea como objetivo favorecer el desarrollo integral de los hijos de madres adolescentes, así como también la participación de sus padres en espacios de fortalecimiento de la autoestima, habilidades sociales y soporte social. Dentro de la evaluación de los resultados se encuentran un mayor logro en el compromiso materno y paterno con el niño.

Otra experiencia desarrollada en nuestro país son la visita domiciliarias a madres adolescentes y sus hijos cuyo objetivo es el fortalecimiento del vínculo madre adolescente - hijo y a través de ello revalorar lo positivo de la situación, lamentablemente no se cuenta con la evaluación de este programa (MUÑOZ et. al., 2001).

En la atención prenatal, los profesionales de la salud deben partir de la situación concreta de cada adolescente, teniendo en cuenta principios que deben guiar esta atención integral, de manera que en base a las necesidades detectadas, se definan las intervenciones adecuadas. No se debe abordar a la adolescente aislada, sino en su contexto familiar y comunitario, lo que implica intervenciones diferenciadas según se trate de un abordaje individual, familiar o grupal.

2.4.3-Principios que deben guiar la atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia (C.S.S, 2000)

- Una atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia debe promover el desarrollo integral de las personas involucradas.
- Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas y madres y a los adolescentes padres como personas en su integridad que necesitan oportunidades para seguir desarrollando sus capacidades.
- La atención de la adolescente embarazada y madre y de los adolescentes padres debe promover su fortalecimiento para que puedan enfrentar la vida de forma digna y cuenten con instrumentos para lidiar con situaciones de alto riesgo y evitar consecuencias potencialmente peligrosas.
- Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas y madres y a los adolescentes padres como sujetos con derechos y responsabilidades.
- Las y los adolescentes tienen derecho a ser tratadas(os) con respeto y sin prejuicios, en una atmósfera de privacidad y confidencialidad.
- Se debe promover y respetar la participación activa y protagónica de las adolescentes embarazadas y madres y de los padres adolescentes en las diversas etapas de su atención.
- Se deben superar posiciones adulto centristas en las cuales se interpreta la realidad de los y las adolescentes desde el mundo adulto y se le niegan sus capacidades de opinar y de tomar decisiones sobre su propia vida. Esto implica evitar relaciones verticales, opresivas y excluyentes, donde los adultos y adultas toman las decisiones por ellos y ellas y establecen una relación de dependencia como norma a seguir.
- La atención debe contribuir a superar las condiciones desventajosas de adolescentes embarazadas y madres y de adolescentes padres al abogar por mejores condiciones de vida que permitan romper el ciclo del empobrecimiento de este sector poblacional.
- La atención debe estar centrada en los procesos y necesidades de esta población en sus diferentes momentos, desde el embarazo hasta la asunción de la maternidad y la paternidad y de sus obligaciones, ofreciendo oportunidades factibles para el desarrollo de ellos y ellas y de sus bebés.

- Se debe garantizar la continuidad en la atención, la cual deberá centrarse en los momentos de necesidades particulares de esta población y no en las necesidades y procesos institucionales.
- Se debe dar una atención oportuna, humanizada y solidaria a las adolescentes embarazadas y madres, a su pareja (no importa la edad que ésta tenga), a su familia y, especialmente, a los adolescentes padres, atención que les permita fortalecerse con el apoyo de los servicios de salud.

2.5.-CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Tradicionalmente, la calidad se ha definido a nivel clínico, en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente. Actualmente, la calidad de la atención es percibida en forma multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados (CRELL et. al., 2001).

El proceso de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios se orienta a mejorar constantemente y en forma gradual la estructura, el proceso y los resultados en salud. Todo lo mencionado hace posible la creación de políticas públicas aplicables a cada contexto para alcanzar niveles cada vez más aceptables de calidad (CONTRERAS et. al., 2001).

En un estudio de Calidad de Atención que se realizó en el Hospital Kennedy de Bogotá, entre julio de 1999 y enero del 2000 (RIVERA, 2003), donde se evaluó integralmente el programa de control prenatal se concluyó que la calidad del servicio prestado debe elevarse mediante la estandarización de protocolos de evaluación y manejo, educación continua a los profesionales tratantes y optimización de los recursos con los que cuenta el programa, con el fin de propiciar la actuación protagónica de las pacientes en la toma de decisiones que favorezcan su salud, preparar a la pareja para una gestación segura, dentro de un contexto de atención humanizada, a la cual se reciba educación, orientación, información, tratamiento y atención integral, respetando valores, conocimientos y prácticas culturales propias de las usuarias del programa.

Además se concluye que en los ítems que evaluaron las actividades educativas, se encontraron discordancias que merecen atención en cuanto a la planeación que hacen los coordinadores, la realización de los profesionales y la percepción final de las mismas por parte de las usuarias, llamó la atención la poca importancia dada al compañero o a la familia de la paciente durante la prestación del servicio, desconociéndose el papel de todos los miembros de la familia de la gestante en el proceso, pese a que se evidenció, por ejemplo, que los esposos, compañeros y familiares suelen ser con mucha frecuencia quienes estimulan a las pacientes a asistir al programa, en especial a las de menor edad y escolaridad.

La elevada proporción de gestantes adolescentes entre las usuarias del programa (37,6%) obliga a planear estrategias especiales para ellas, puesto que el embarazo en una adolescente debe ser considerado siempre de alto riesgo, no sólo por la falta de desarrollo de su sistema reproductivo sino por las características de su comportamiento y los cambios vitales característicos de la edad que atraviesan. El riesgo es aún mayor cuando la futura madre no se encuentra legalmente casada, tiene dos o más hijos, no vive en zona urbana, es de bajos ingresos y tiene poca educación formal. Aunque no se ha observado que las gestantes adolescentes difieran de las adultas en cuanto a sus pautas de búsqueda oportuna y continuidad en los controles prenatales, su situación especial de alto riesgo debe hacerlas una prioridad para las acciones de seguimiento domiciliario, que en general deben ser reforzadas dentro del programa.

En una publicación realizada por la Organización mundial de salud (OMS), donde se evalúa la capacidad técnica de los servicios de atención prenatal, señala que la ficha clínica perinatal no esta siendo utilizada por los trabajadores de la salud para los fines que fue diseñada, ya que no se toman decisiones basadas en las instrucciones impresas en la ficha. Parece ser que se usa más como un registro rutinario y obligatorio que como una ayuda para tomar decisiones sobre las conductas a ser tomadas durante el control prenatal, especialmente en las situaciones de riesgo, por lo que sugiere hacer talleres locales sobre su utilización y procesamiento computarizado.

Las estrategias educacionales siempre han ocupado un lugar importante entre las herramientas técnicas con las que se enfrentan los problemas referidos a la calidad de atención en salud de la población. A la educación se le adscribe en los servicios de salud un alto valor de uso ligado a la importancia crucial del conocimiento y de la tecnología. Se podría afirmar, que en la mayoría de casos, ante problemas en el proceso de producción de la atención de salud, se plantean de entrada acciones educacionales (cursos, talleres seminarios). En otras palabras, en el sector salud siempre ha existido la capacitación permanente como actividad educativa, no sólo aquella dirigida a formar personal (en facultades y escuelas) sino en los propios servicios, orientada a mejorar la competencia del personal en activo, llamada comúnmente capacitación del personal de salud (CONTRERAS, et. a., 2001).

2.6.-ATENCIÓN PRENATAL

Se define como un conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo.

El objetivo es:

- Proporcionar una atención integral
- Vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal.
- Identificar los factores de riesgo biosicosocial para derivación oportuna.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Preparación física y psicológica para el parto.
- Promoción salud reproductiva y planificación familiar.

BARRERA et. al., en una publicación del Centro de Diagnóstico e Investigación perinatal (CEDIP) realizada en el año 2003, define el control prenatal como un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

La atención prenatal debe ser integral e interdisciplinaria. Existen estudios que demuestran que programas que proveen adecuado cuidado nutricional, psicosocial y educacional disminuyen el riesgo asociado a este tipo de embarazos, especialmente en menores de 15 años (ROMERO, 2004).

Durante el período prenatal la madre está especialmente sensible y receptiva a la comunicación verbal y no verbal, lo que facilita la pesquisa de problemas de la esfera psicosocial y la entrega de contenidos educativos a la madre adolescente, al padre y a los miembros de las familias de origen, cuando ellos acompañan el proceso (ROMERO, 2004).

2.7.-PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Este Programa de carácter nacional obedece a la definición programática del sector Salud, es integral, multidisciplinario, intersectorial e innovador, en una orientación fundamentalmente preventiva y de promoción de hábitos de vida saludables. Además, incorpora el trabajo en red como una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas (MINSAL, 2002).

El principal objetivo del Programa Nacional del Adolescente es contribuir al máximo estado de salud biopsicosocial de la población de adolescentes y jóvenes chilenos, enmarcado este bienestar en la promoción del desarrollo humano (MINSAL, 2002).

2.6.1.-Líneas de acción del programa nacional de Salud del Adolescente

- Promocionar estilos de vida saludable, aumentando progresivamente la actividad de autocuidado.
- Desarrollar actividades de promoción y prevención de salud del adolescente, mediante fórmulas intersectoriales y comunitarias.
- Identificar y contribuir a modificar los factores que inciden en los principales problemas de salud-enfermedad de los adolescentes.
- Proporcionar una atención integrada y con enfoque de riesgo.
- Brindar capacitación continua en salud del adolescente a los profesionales (MINSAL, 2002).

2.6.2.-Prioridades

- Enfrentar el embarazo no deseado en adolescentes, priorizando la atención de este grupo etéreo y mediante interconsultas con unidades educativas de fomento.
- Facilitar la reinserción escolar y laboral post parto.
- Identificar y contribuir a modificar los factores que inciden en los principales problemas de salud-enfermedad de los adolescentes.
- Realizar exámenes de salud integral del adolescente, que consideren tanto los aspectos biomédicos como factores psicosociales asociados al riesgo (MINSAL, 2002).

3.- MATERIAL Y MÉTODO.

El presente estudio se aplica en los Centros de Salud Angachilla, Gil de Castro, Las Animas y Consultorio Externo de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003; se realiza una visita a los cuatro Centros de Salud para obtener el total de adolescentes embarazadas atendidas por el profesional Matrona/ón durante el periodo prenatal. Posteriormente se concerta una entrevista con los Directores, para explicar los objetivos de la investigación, así como el carácter de confidencialidad de los datos que se extraigan, solicitando su autorización para acceder a los datos existentes en las fichas clínicas, tarjetas maternas y registro de actividades programadas. Luego con la autorización se procede a la aplicación de los instrumentos adjuntos en los anexos 1 y 2.

3.1.-TIPO DE DISEÑO

Se realiza una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, transversal no experimental.

3.2.-POBLACIÓN EN ESTUDIO

Fichas de adolescentes embarazadas que recibieron atención prenatal por la/el profesional Matrona/ón durante el año 2003, en los CESFAM Angachilla, Gil de Castro, Las Animas y Consultorio Externo de Valdivia.

3.2.1.-Criterios de exclusión

-Adolescentes embarazadas multíparas

-Adolescentes embarazadas que no se controlaron todo su embarazo en el mismo Centro de Salud.

3.3.-TAMAÑO Y SELECCIÓN MUESTRAL

3.3.1.-Tamaño de la muestra

Para la caracterización de la población de adolescentes embarazadas en Valdivia, se propone una muestra de tipo probabilística, para un porcentaje de confianza de 90%, con un plan de selección aleatoria simple de 160 fichas de adolescentes embarazadas, lo que corresponde a un 42.21% del total de las fichas de adolescentes embarazadas de los cuatro Centros de Salud, en el periodo de estudio.

El tamaño de la muestra n° , fue obtenido por medio de la siguiente expresión.

Expresión 1

$$n^{\circ} = k^2 \frac{S^2}{E^2}$$

Donde:

$$k = 1,96 \quad E = 0,05$$

3.3.2.-Selección muestral

La selección aleatoria es equiproporcional por Centro de Salud, de las fichas que participan en la investigación, se obtiene sistemáticamente del archivo por orden alfabético con intervalo 4, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución numérica del total de la población y muestra seleccionada de las fichas de adolescentes embarazadas atendidas por el profesional Matrona/ón, por Centro de Salud.

Centro de Salud	Total Población	Muestra
CESFAM Angachilla	128	40
CESFAM Gil de Castro	157	40
CESFAM Las Animas	48	40
Consultorio Externo	46	40
Total	379	160

3.4.-DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE REGISTROS.

Las variables biosociodemográficas obtenidas mediante la revisión de las tarjetas maternas de las adolescentes embarazadas, se listan en la Tabla 2.

Tabla 2. Variables biosociodemográficas en el estudio, de adolescentes embarazadas atendidas por el profesional Matrona/ón en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003.

Nombre de la Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad de la Adolescente.	Años de vida cumplidos, determinada en intervalos.	-Entre 10-13 años (Adolescente precoz) -Entre 14-16 años (Adolescente media) -Entre 17-19 años (Adolescente tardía)
Escolaridad.	Grado de instrucción que posee la adolescente.	-Básica incompleta: No haber cursado la enseñanza básica en forma completa. -Básica completa: Haber cursado estudios hasta 8vo básico. -Media incompleta: No haber cursado la enseñanza media en forma completa. -Media completa: Haber cursado estudios hasta 4to medio. -Sin escolaridad: Sin estudios.
Estado Civil	Condición marital de la adolescente	-Soltera, nunca se ha casado. -Casada, quien ha contraído matrimonio legalmente válido y vive en la actualidad con su pareja. -Conviviente, quien tiene una pareja estable con la que cohabita, pero que no ha contraído matrimonio civil.
Hábitos nocivos	Consumo de elementos dañinos y perjudiciales para la salud	-Tabaco. -Alcohol. -Drogas. -Automedicación. -Ninguno.
Deseo de embarazo.	Grado de aceptación de la adolescente de su embarazo.	-Embarazo aceptado. -Embarazo no deseado. -Embarazo deseado.
Uso previo de métodos anticonceptivos	Uso previo al embarazo de algún método de regulación de fecundidad	-Anticonceptivos orales. -Preservativos. -Ninguno.
Estado nutricional gestacional.	Relación entre el peso y la talla. Índice de masa corporal.(IMC)	-< 20 IMC (Bajo peso). -Entre 20-24,9 IMC (Normal) -Entre 24,9-29,9 IMC (Sobrepeso) ->30 IMC (Obesidad)
Deserción escolar	Adolescente que abandona sus estudios a causa del embarazo.	-Si. -No.
Acompañamiento en el proceso grávido puerperal.	Compañía de alguna red de apoyo en el proceso grávido puerperal.	-Acompañada de la pareja. -Acompañada de su madre. -Acompañada de otro familiar. -Sin compañía.
Episodio de Violencia intrafamiliar.	Dentro de la familia de la adolescente uno de sus miembros comete un acto de abuso físico, psicológico o sexual contra la adolescente.	-Si -No

Las variables del registro de la información para el Índice de Calidad de atención prenatal integral listadas en la tabla 3, son obtenidas mediante la revisión de los registros realizados por el profesional matrona/ón en las fichas clínicas, tarjetas maternas y registro de actividades programadas.

Tabla 3. Variables para calificación de la Atención Integral en adolescentes embarazadas atendidas por el profesional Matrona/ón en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003.

Código de la variable	Nombre de la variable	Definición nominal	Definición operacional
I1	Ingresada precozmente a control prenatal.	Inicio de control prenatal antes de las 12 semanas de gestación.	-Si. -No.
I2	Visita domiciliaria realizada.	Actividad realizada por el profesional Matrona/ón para evaluar las condiciones del entorno personal y familiar, y la factibilidad de modificar factores de riesgo biosicosocial.	-Si realiza. -No realiza.
I3	Contenidos educativos focalizados entregados.	El profesional Matrona/ón proporciona contenidos educativos en forma diferenciada y focalizada según las necesidades de la adolescente.	-Si educa -No educa
I4	Adolescente oportunamente derivada.	El profesional Matrona/ón refiere en forma eficaz y efectiva a un equipo multidisciplinario compuesto por medico, psicólogo, asistente social, nutricionista y dentista, según las necesidades de la adolescente.	-Si deriva -No deriva.
I5	Talleres o educaciones grupales focalizadas realizadas.	Realización de sesiones educativas preventivas a grupos focalizados de adolescentes embarazadas y sus familias.	-Si realiza -No realiza
I6	Factores de riesgo Biosicosociales que presenta la adolescente considerados.	Estrategia que utiliza el profesional Matrona/ón teniendo en cuenta los factores protectores y de riesgo biosicosocial que presenta la adolescente para implementar medidas preventivas adecuadas y oportunas para evitar un daño.	-Si considera. -No considera.
I7	Redes de apoyo existentes coordinadas.	El profesional Matrona/ón coordina con personas que le dan soporte afectivo, social y económico, a la adolescente, de manera que sean un apoyo en su proceso grávido puerperal.	-Si coordina -No coordina

3.5.-REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.

Para aplicar el Perfil Biosociodemográfico e Índice de Calidad de Atención Prenatal Integral (ICAPI), adjuntos en el anexo 1 y 2 respectivamente, se hará una revisión completa de los registros existentes en las fichas clínicas, tarjetas maternas y registro de actividades programadas de las adolescentes embarazadas seleccionadas, realizados por el profesional Matrona/ón en cada Centro de Salud, durante el año 2003.

Previo a su aplicación se realiza una prueba piloto a un grupo reducido de la muestra a estudiar (20 fichas de adolescentes embarazadas), sobre la base de esta prueba piloto el instrumento de medición preliminar se modifica, ajusta y mejora, con el fin de lograr la validez y confiabilidad.

3.6.-CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL INTEGRAL (ICAPI).

Para la construcción del ICAPI, se utiliza un referente teórico de los autores ISSLER (2001), MUÑOZ (2001) y Manual de atención integral del embarazo maternidad y paternidad en la adolescencia (2000) de la Caja Costarricense de Seguro Social, quienes se mencionan en el marco teórico, con su fundamento respectivo. Los autores mencionados señalan características y las acciones que debe realizar el profesional a cargo de otorgar esta atención para proporcionar una atención prenatal integral de calidad.

Se selecciono de cada uno de ellos aquellas acciones que son aplicables a nuestra población en estudio, incluidas en el ICAPI, que deben ser realizadas por el/la profesional Matrona/ón en la atención de la adolescente embarazada.

A cada una de las actividades se les asigna un puntaje, dependiendo de la realización o no de esta por parte del profesional Matrona/ón, como se detalla a continuación.

ACTIVIDAD	SI =1	NO=0
1.- Ingreso a Control Prenatal precoz.		
2.- Realiza de visita domiciliaria.		
3.- Proporciona contenidos educativos focalizados.		
4.-Realiza derivación oportuna a equipo multidisciplinario.		
5.-Coordina con redes de apoyo existentes.		
6.-Aplica el enfoque de riesgo biosicosocial.		
7.-Realiza talleres o educaciones grupales.		

Para el cálculo de ICAPI con el que se evalúa la atención según criterio mostrado en la Tabla 4, se utiliza la expresión 2:

Expresión 2

$$\text{ICAPI} = \left(\frac{\sum_{i=1}^j I_i}{j} \right) 100$$

Donde

j = Número total de actividades.

I_i = Puntaje de actividad realizada si se cumple la condición de i-esima.

Tabla 4. Criterios de calificación de la Calidad de atención prenatal integral en adolescentes embarazadas, atendidas por el profesional Matrona/ón en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003.

Indicador	Valor ICAPI	Calificación
Calidad de Atención prenatal integral.	Mayor a un 75%	OPTIMA
	Entre un 50 y 75%	REGULAR
	Menor a un 50%	DEFICIENTE

3.7.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

El procesamiento de datos se apoya con el programa EPI-INFO 2000 y Microsoft Excel 2000.

La presentación de los datos para la descripción biosociodemográfica se realiza mediante gráficos y tablas de distribución de frecuencia global para la ciudad de Valdivia. La atención prenatal proporcionado por el profesional Matrona/ón a las adolescentes embarazadas a través de la revisión de registros, según la aplicación del ICAPI, se realiza mediante gráficos por Centro de Salud y un resumen global para la ciudad de Valdivia.

3.7.1.- Perfil Biosociodemográfico.

Construcción del Perfil Biosociodemográfico de la población de estudio, en base a la frecuencia de la característica registrada, resumidos en tabla general. Se destacan los aspectos relevantes con presentaciones gráficas por edad, estado civil, escolaridad, estado nutricional, deserción escolar y episodios de violencia intrafamiliar.

Las posibles relaciones entre condiciones de deseo de embarazo y características de las adolescentes como: hábitos nocivos, estado civil, además de la relación entre la condición del uso previo al embarazo de métodos anticonceptivos y la edad, escolaridad de las adolescentes, se detectan por el análisis del valor CHI-Cuadrado de independencia, considerando la existencia de una posible relación si el p-valor es inferior a 0,05.

Expresión 3 (Ji Cuadrado)

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

O_{ij} es la frecuencia observada en cada celda ij.

E_{ij} es la frecuencia esperada en cada celda ij.

3.7.2.- Calidad de atención prenatal integral.

La Calidad de atención se basa en la calificación del ICAPI (Índice de Calidad de Atención Prenatal Integral) destacándose las condiciones del comportamiento en la población por centro de salud en estudio, según programa aplicado en Valdivia.

3.7.3.- Relación entre variables del perfil biosociodemográfico y el ICAPI.

A partir del perfil construido se detectan los factores de riesgo que presentan las adolescentes y se estudia si se relacionan con las intervenciones adecuadas que debiera aplicar el profesional Matrona/ón según la realización de actividades durante la atención prenatal, de manera de satisfacer las necesidades biosicosociales que presenta la adolescente, que forma parte de la atención prenatal integral y cuya evaluación se ve reflejada en los resultados del ICAPI.

Para estudiar la existencia de posibles relaciones entre la calidad del servicio y las condiciones de riesgo, se aplica el análisis de independencia, según expresión 3.

4.- RESULTADOS

4.1.-PERFÍL BIOSOCIODEMOGRÁFICO

Luego de la realización de la prueba piloto se realiza una reducción de las variables: Procedencia y Tipo de familia pertenecientes al Perfil Biosociodemográfico, la primera variable no mostraba mayor variación, debido a que la población que se atiende en los cuatro Centros de Salud es netamente perteneciente al área urbana, la segunda variable, no se encontraba registrada en el 100% de las fichas clínicas y tarjetas maternas.

A continuación se dan a conocer los resultados obtenidos, en relación al primer objetivo específico planteado. Los datos fueron obtenidos tras la revisión de los registros existentes en las tarjetas maternas, fichas clínicas y registro de actividades programadas en los cuatro Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, y se resumen en la Tabla 5.

Tabla 5. Perfil Biosociodemográfico de las adolescentes embarazadas atendidas por el profesional Matrona/ón, en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003.

Variable	Categoría y/o Rango	Nº	%
Edad	Menores de 15 años	46	28,75
	Mayores de 15 años	114	71,25
Escolaridad	Menor o igual a 8 años	52	32,5
	Mayor a 8 años	108	67,5
Estado civil	Soltera	116	72,5
	Casada y/o conviviente	44	27,5
Hábitos nocivos	Si	36	22,5
Deseo de embarazo	Embarazo no deseado	44	27,5
	Embarazo aceptado y/o deseado	116	72,5
Uso previo de Anticonceptivos	No	110	68,75
Estado Nutricional Gestacional	Alterado	72	45
	Normal	88	55
Deserción escolar durante el embarazo	Si	10	6,25
Acompañamiento en el proceso grávido puerperal	No	98	61,25
Episodio de Violencia Intrafamiliar	Si	18	11,25

De las 160 tarjetas maternas de adolescentes revisadas, de los cuatro Centros de Salud, 2 tienen entre 10 y 13 años, 60 tienen entre 14 y 16 años y 98 entre 17 y 19 años, predominando este rango de edad que corresponde al 61% del total de la población en estudio.

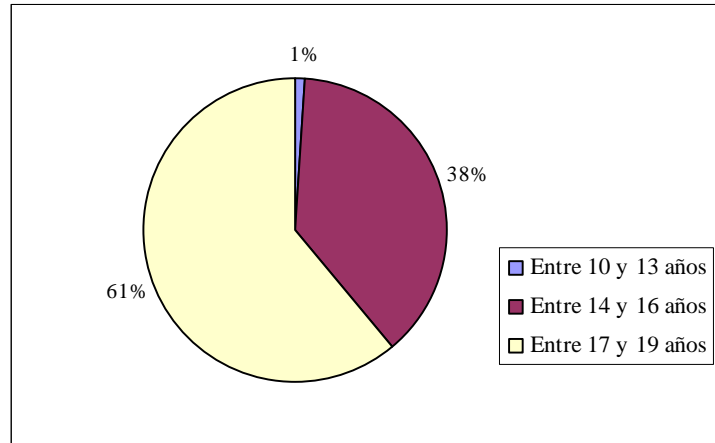


Gráfico 1. Distribución porcentual de las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003, según intervalo de edad.

Del gráfico 2 se observa que más de la mitad de la población en estudio (72,5%) corresponde a adolescentes embarazadas solteras, un 23,75% con estado civil conviviente, y un porcentaje menor (3,75%) c casadas.

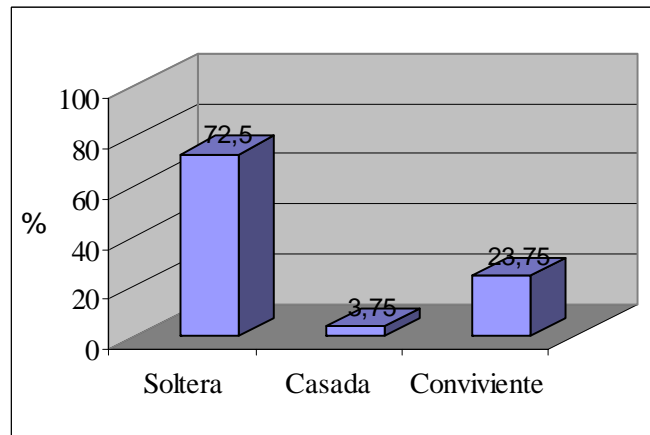


Gráfico 2. Distribución porcentual de las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003, según estado civil.

En relación al nivel de escolaridad, el 9% de las adolescentes tiene enseñanza básica incompleta, de este porcentaje el 90% de las adolescentes desertó del sistema escolar previo al embarazo, quedando con un nivel de escolaridad bastante bajo, si consideramos que la mayoría de ellas tiene 19 años. El mayor porcentaje está dado por aquellas adolescentes que tienen enseñanza media incompleta (50%), que corresponde a la mitad de las adolescentes estudiadas.

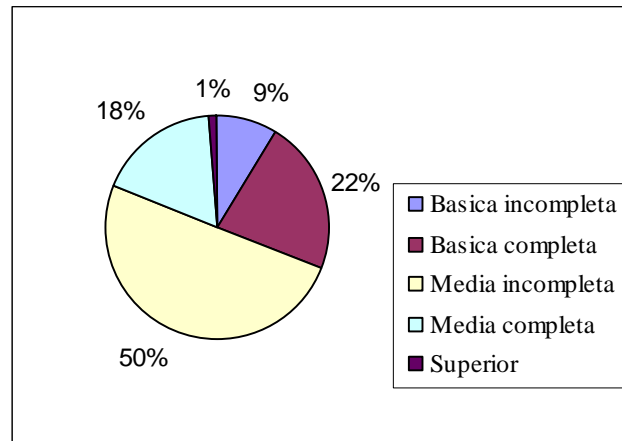


Gráfico 3. Distribución porcentual de las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003, según nivel de escolaridad.

En relación al tipo de embarazo y la presencia de hábitos nocivos, el 22,5% de las adolescentes tiene hábitos nocivos, de estas el mayor porcentaje (11,25%) son embarazos no deseados, registrándose en este tipo de embarazo, 19 adolescentes que fumaban y 2 adolescentes que consumían alcohol en forma ocasional.

Tabla 6. Deseo de embarazo de las adolescentes atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, según hábitos nocivos, durante el año 2003.

Hábitos nocivos	Deseo de Embarazo						Total	
	Aceptado		Deseado		No deseado		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Alcohol	-	-	-	-	2	1,25	2	1,25
Tabaco	14	8,75	2	1,25	18	11,25	34	21,25
Ninguno	82	51,25	18	11,25	24	15	124	77,5
Total	96	60	20	12,5	44	27,5	160	100

Chi cuadrado **gl** **Probabilidad**
 18,5920 4 0,03592

De la tabla 6 se desprende que el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado por las adolescentes con enseñanza media incompleta con un 12,5%, seguido de un 7,5% por adolescentes con enseñanza básica completa. Por otro lado, en igual porcentaje (1,25%), el anticonceptivo oral es utilizado por adolescentes con enseñanza media incompleta, completa y superior.

Tabla 6. Uso previo de método anticonceptivos en las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud en estudio, según escolaridad, durante el año 2003.

Uso previo de Método Anticonceptivo	Escolaridad										Total	
	Básica incompleta		Básica completa		Media incompleta		Media completa		Superior			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%
Anticonceptivos orales	-	-	-	-	2	1,25	2	1,25	2	1,25	6	3,75
Preservativos	4	2,5	12	7,5	20	12,5	8	5	-	-	44	27,5
Ninguno	12	7,5	24	15	58	36,25	16	10	-	-	110	68,75
Total	16	10	36	22,5	80	50	26	16,25	2	1,25	160	100

Chi cuadrado **gl** **Probabilidad**
 16,265 4 0,03275

En relación a las características biológicas de la población en estudio, el 47% de las adolescentes ingreso a control prenatal con un estado nutricional alterado, de este porcentaje el 70% logro alcanzar un estado nutricional normal hacia el final del embarazo, mientras que el 30% restante se mantuvo con un estado nutricional alterado.

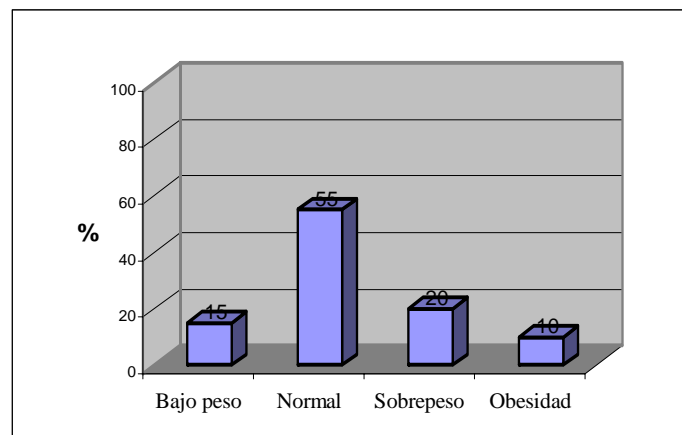


Gráfico 4. Distribución porcentual de las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, en el año 2003, según estado nutricional.

En el gráfico 5 se observa que el CESFAM Angachilla registra el mayor número de adolescentes con episodios de violencia intrafamiliar (17,5%). Alrededor de un 12% del total de la población en estudio ha sido víctima de violencia intrafamiliar en algún momento de su vida. La mayoría de las agresiones (75%) son de tipo física, registrándose 2 agresiones de tipo sexual en adolescentes de 13 años, cuyo embarazo fue producto de violación por parte de la pareja de su progenitora.

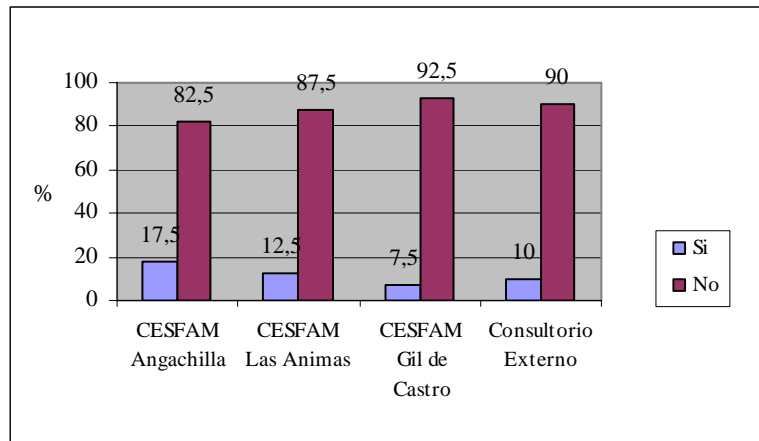


Gráfico 5. Distribución porcentual de las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003, según presencia de episodios de violencia intrafamiliar.

Los datos presentados en el gráfico 6 corresponden a aquellas adolescentes que desertaron del sistema escolar a causa del embarazo, en total se producen 13 deserciones durante el embarazo lo que corresponde a un 8,12% del total de la población en estudio, registrando el CESFAM Angachilla el mayor número de deserciones (4).

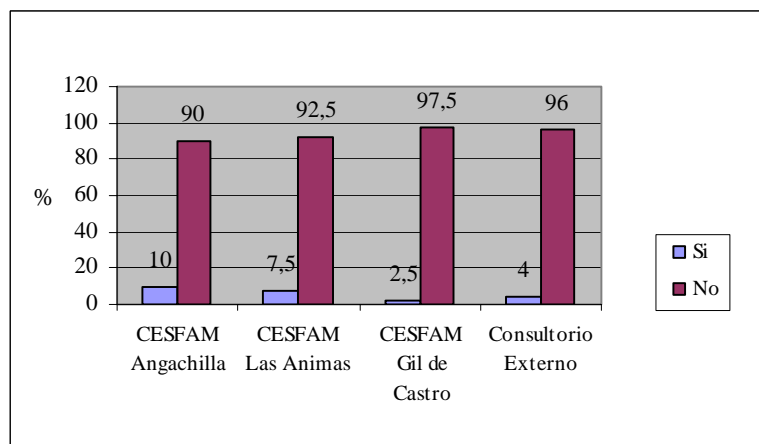


Gráfico 6. Distribución porcentual de las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud en estudio, durante el año 2003, según deserción escolar durante el embarazo.

En la tabla 7 se observa, que el mayor porcentaje de embarazos no deseados (20%), se presenta en adolescentes solteras que no cuentan con el apoyo del progenitor, sin embargo un porcentaje importante de estas adolescentes (48,75%) acepta su embarazo hacia el final de la gestación.

Tabla 7. Deseo de embarazo de las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, según escolaridad, durante el año 2003.

Estado civil	Tipo de Embarazo						Total	
	Aceptado		Deseado		No deseado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	78	48,75	6	3,75	32	20	116	72,5
Casada	2	1,25	4	2,5	-	-	6	3,75
Conviviente	16	10	10	6,25	12	7,5	38	23,75
Total	96	60	20	12,5	44	27,5	160	100

Chi cuadrado **gl** **Probabilidad**
 14,1779 4 0,03825

4.2.- CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL INTEGRAL

Para la obtención de la calificación final del ÍCAPI, se suma la calificación individual obtenida en la atención de cada adolescente embarazada por el profesional Matrona/ón por Centro de Salud, obteniendo la frecuencia de la calidad de atención definida anteriormente con los criterios de Óptima, regular, deficiente, según el porcentaje de realización de actividades, que incluye las actividades que debiera realizar el profesional Matrona/ón, en base al referente teórico revisado para proporcionar una atención prenatal integral de calidad.

En relación a la evaluación del ICAPII aplicado en los cuatro centros de salud en estudio, se observa que el mayor porcentaje de nivel Optimo de atención, lo registró el CESFAM Angachilla con un 12,5%, por el contrario podemos observar que en tres de los cuatro centros de salud el mayor porcentaje de atenciones son proporcionadas con un ICAPI evaluado como deficiente, solo el CESFAM Gil de Castro registra como mayor porcentaje (55%), un nivel de atención regular.

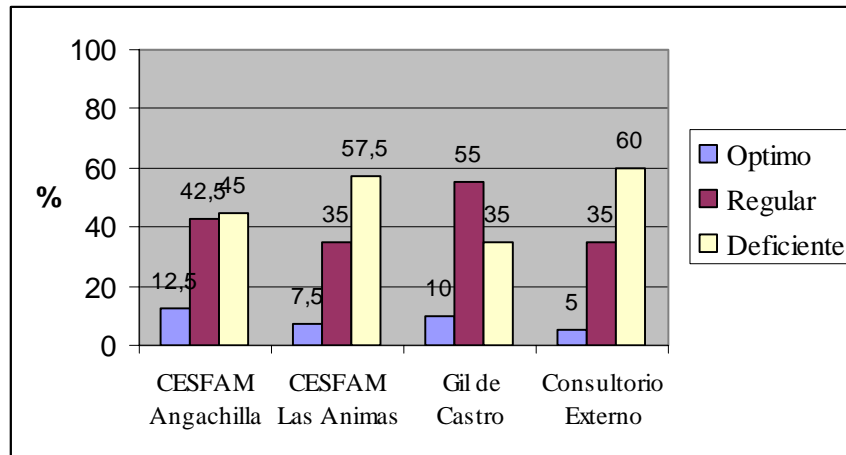


Gráfico 7. Distribución porcentual de la calidad de atención prenatal integral proporcionada por el profesional Matrona/ón a las adolescentes embarazadas por Centro de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003, según ICAPI.

A continuación se presenta la distribución porcentual por actividad evaluada a través de los registros en el ICAPI, que describe la atención proporcionada por el profesional Matrona/ón a las adolescentes embarazadas atendidas en los Centro de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el periodo prenatal.

Según se muestra en el gráfico 8, más de la mitad de las adolescentes de la población en estudio del CESFAM Gil de Castro y Consultorio Externo ingresan a control prenatal en forma tardía, el CESFAM Angachilla es el que registra el mayor porcentaje de ingreso precoz a control prenatal con un 57,5%.

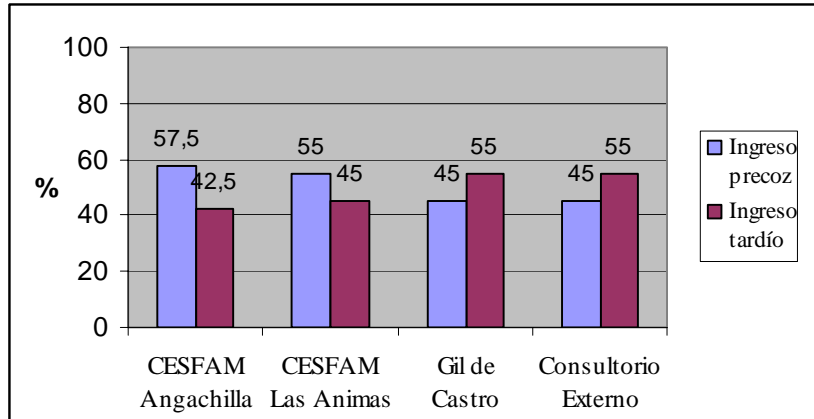


Gráfico 8. Distribución porcentual de adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, por el profesional Matrona/ón, durante el año 2003, según ingreso precoz a control prenatal.

El menor porcentaje de realización de visitas domiciliarias registradas (5%), corresponde al CESFAM Angachilla y Gil de Castro, con dos visitas efectivas. Por otra parte de las visitas domiciliarias realizadas en el Consultorio Externo (8) que corresponden al mayor porcentaje (20%), el 100% de estas fueron realizadas por las/los alumnas/os de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile.

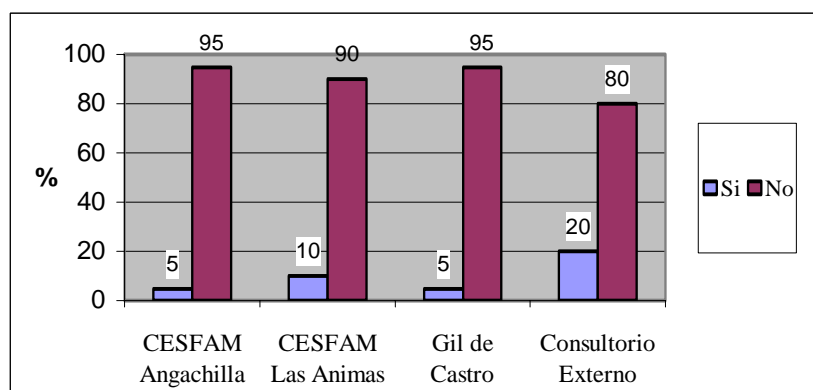


Gráfico 9. Distribución porcentual de adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, por el profesional Matrona/ón, durante el año 2003, según realización de visita domiciliaria.

El Consultorio Externo de Valdivia, no registraba la realización de talleres dentro de sus actividades. El mayor porcentaje de registro lo presenta el CESFAM Angachilla con un 20% de adolescentes que participaron en talleres.

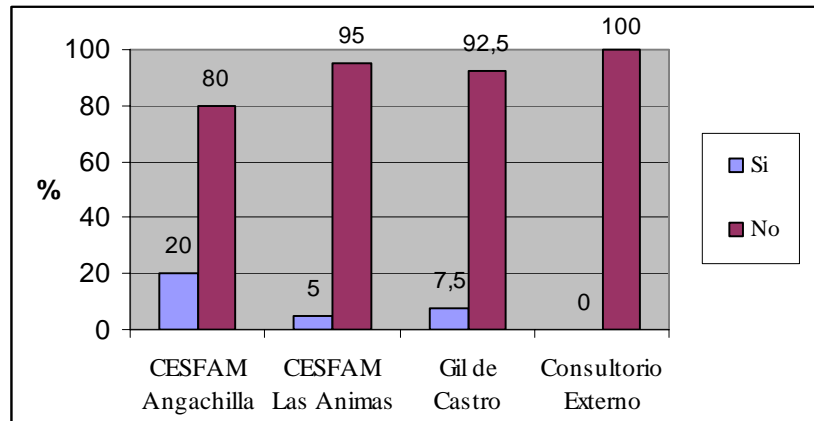


Gráfico 10. Distribución porcentual de adolescentes embarazadas por Centro de Salud de la ciudad de Valdivia, atendidas por el profesional Matrona/ón, durante el año 2003, según realización de talleres a grupos focalizados.

Los CESFAM Angachilla y Las Animas derivaron de manera oportuna en igual porcentaje (72,5%) a profesionales del equipo multidisciplinario existentes en los Centros de Salud, registrando el menor número de derivaciones el Consultorio Externo con un 60%.

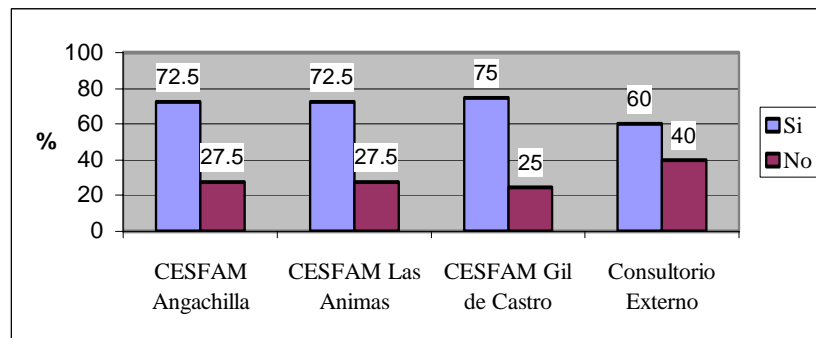


Gráfico 11. Distribución porcentual de adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, por el profesional Matrona/ón, durante el año 2003, según realización de derivación oportuna a equipo multidisciplinario.

En el gráfico 12 se observa que los mayores porcentajes de derivaciones se realizan a los profesionales del área biológica, siendo mayor la derivación a medico con un 52,5%, mientras que en los profesionales del área psicosocial el porcentaje de derivación es de un 17,5% para el psicólogo y solo un 5% para la Asistente social.

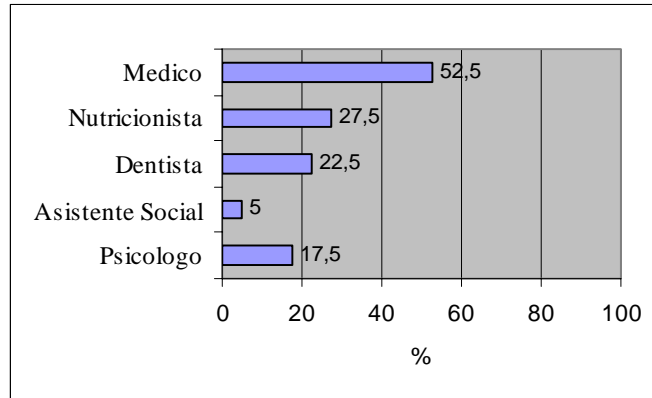


Gráfico 12. Distribución porcentual de adolescentes embarazadas derivadas oportunamente a equipo multidisciplinario por el profesional Matrona/ón, en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003, según profesional.

Según el estudio realizado, el enfoque de riesgo, fue aplicado en mayor número (17) por el Consultorio Externo con un 42,5%, seguido en un 40% por el CESFAM Gil de Castro, el menor porcentaje corresponde al CESFAM Angachilla (17,5%).

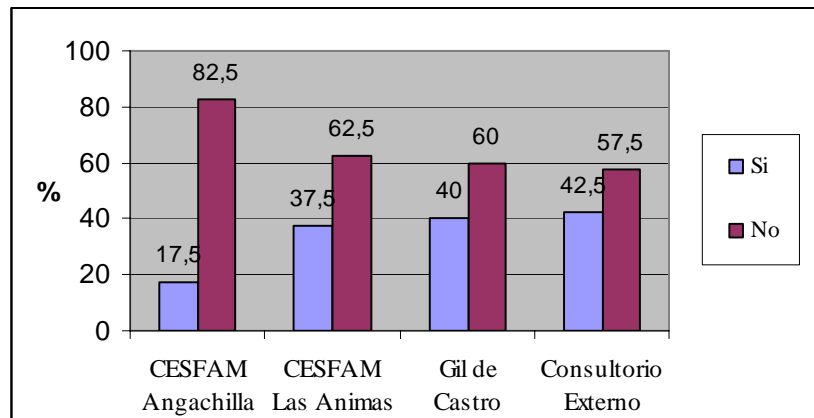


Gráfico 13. Distribución porcentual de adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, por el profesional Matrona/ón, durante el año 2003, según la realización de la aplicación del enfoque de riesgo.

En relación a la coordinación que realiza el profesional Matrona/ón con las redes de apoyo de la adolescente, el mayor porcentaje de coordinaciones (32,5%) se realizó en el Consultorio Externo, seguidas en un porcentaje cercano de un 30% por el CESFAM Las Animas, la diferencia entre cada centro de salud es de un 2,5%.

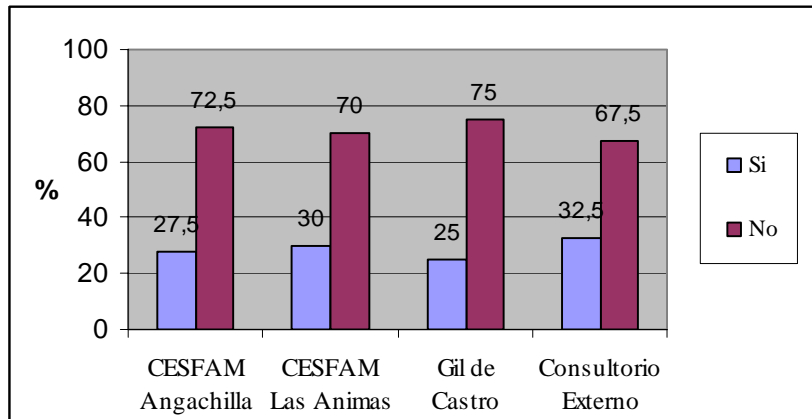


Gráfico 14. Distribución porcentual de adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, por el profesional Matrona/ón, durante el año 2003, según realización de la coordinación con redes de apoyo existentes.

En el gráfico 15 se observa que los CESFAM Angachilla y Las Animas proporcionan a más de la mitad de las adolescentes educaciones focalizadas con un 60% y 56% respectivamente. En los otros dos Centros de Salud predominan las educaciones no diferenciadas que se proporcionan a cualquier mujer que se embaraza.

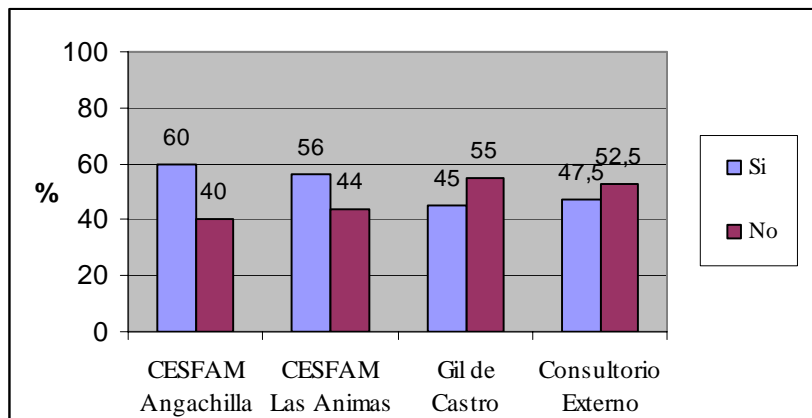


Gráfico 15. Distribución porcentual de adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, por el profesional Matrona/ón, durante el año 2003, según realización de educaciones individuales focalizadas.

Tabla 8. Resumen global de realización de actividades por el profesional Matrona/ón en la atención de las adolescentes embarazadas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003.

Actividad	Realizada		Porcentaje de realización
	Si	No	
Ingreso precoz a control prenatal.	81	79	50,625%
Realización de visita domiciliaria.	16	144	10%
Proporciona contenidos educativos focalizados.	84	76	52,5%
Realiza derivación oportuna a equipo multidisciplinario.	112	48	70%
Coordina con redes de apoyo existentes.	46	114	28,75%
Aplica el enfoque de riesgo biosicosocial.	55	105	34,37%
Realiza talleres o educaciones grupales.	13	147	8,12%

4.3.- RELACIÓN ENTRE VARIABLES DEL PERFIL BIOSOCIODEMOGRÁFICO Y EL ICAPI.

Para el estudio de la relación entre las variables Perfil Biosociodemográfico y el ICAPI, se presenta una lista de factores de riesgo de acuerdo a las características biosociodemográficas de las adolescentes embarazadas (Tabla 11), y la intervención del profesional Matrona/ón según las actividades incluidas en la evaluación del ICAPI (Tabla 10).

Tabla 9. Distribución de los factores de riesgo que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, por el profesional Matrona/ón, durante el año 2003.

Factor de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Ingreso tardío a control prenatal	79	49,37%
Embarazo no deseado	44	27,5%
Presencia de hábitos nocivos	36	22,5%
Estado nutricional alterado	72	45%
Presencia de episodios de violencia intrafamiliar	19	11,875%
Deserción escolar	12	7,5%

Tabla 11. Resumen de resultados para el estudio de asociación entre la clasificación por ICAPI y los factores de riesgo que presentan las adolescentes atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia, durante el año 2003.

VARIABLES RELACIONADAS	Valor Chi-cuadrado	p-valor	COMENTARIO
ICAPI v/s presencia de episodio de violencia intrafamiliar.	0,14	0,7378	No existe relación entre estas variables, el número de visitas domiciliarias y derivaciones a psicólogo fueron realizadas en un mayor porcentaje a adolescentes que no presentaban episodios de violencia intrafamiliar..
ICAPI v/s estado nutricional alterado.	5,1682	0,0230	Del 45% de las adolescentes que se encontraban con un estado nutricional alterado ya sea por déficit o por exceso, más de la mitad (80,5%) fue derivada a Nutricionista en forma oportuna.
ICAPI v/s deserción escolar.	1,1405	0,6792	En relación a la deserción escolar no se observa una relación significativa con la coordinación que realiza el profesional Matrona/ón con las redes de apoyo existentes. La coordinación que se realiza es principalmente con la pareja y familia de la adolescente, para el acompañamiento en la realización de exámenes, cumplimiento de indicaciones, entre otras.
ICAPI v/s Presencia de hábitos nocivos.	5,1435	0,0762	Del total de adolescentes con presencia de hábitos nocivos (22,5%), el 75% recibió educación en relación a los riesgos asociados al consumo de sustancias tóxicas.
ICAPI v/s ingreso tardío a control prenatal	14,5825	0,0328	Del total de adolescentes con embarazo no deseados (27,5%), el 59% ingresa en forma tardía a control prenatal. Por el contrario en las adolescentes con embarazos deseados, solo el 10% ingresa en forma tardía a controlarse. El mayor porcentaje de ingreso tardío a control prenatal (31,875%), lo presentan aquellas adolescentes con embarazos aceptados.

5.- DISCUSIÓN

Se realizó una evaluación a través de los registros de la atención prenatal proporcionada por el profesional Matrona/ón a las adolescentes embarazadas. El Perfil Biosociodemográfico mostró una población con factores de riesgo similar a las reportadas en otras investigaciones.

ISSLER señala en el año 2001, las adolescentes que están en situación de más de mayor desventaja son aquellas menores de 15 años, por las condiciones de riesgo biológico y social que implica un embarazo a tan temprana edad, en el estudio realizado existe un porcentaje considerable de adolescentes en esta situación de riesgo, además menciona que a esta edad son frecuentes las relaciones de abuso, en el estudio como se presentó en los resultados, se encontraron dos embarazos en adolescentes de 13 años, producto de violación por parte de la pareja de su progenitora, por lo que enfrenta el riesgo de vivir el embarazo como una experiencia traumática y dolorosa, en el caso de ambas adolescentes se trabajó con un equipo multidisciplinario en forma oportuna, proporcionándole un atención integral.

Otro factor de riesgo lo constituyen las adolescentes solteras (ISSLER, 2001), cuyo embarazo es producto de una relación esporádica o inestable, sin apoyo de la pareja. En el estudio se observa un alto porcentaje de adolescentes que no cuentan con el apoyo del progenitor, lo que constituye un riesgo, tanto para la madre como para el futuro hijo, por la inestabilidad emocional, económica y afectiva frente al proceso de gestación, parto y posterior crianza. Esta situación de abandono por parte de la pareja puede desencadenar una actitud de rechazo y/o ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente como se ha presentado en otras investigaciones, lo que podría explicar el alto porcentaje en el presente estudio de ingresos tardíos a control prenatal. Además del total de estos, se registraron ingresos después de las 30 semanas de gestación, producto de embarazos ocultos, lo que construye un riesgo, debido a que muchas veces a esta edad gestacional ya se han producido consecuencias desfavorables para el binomio madre-hijo.

Generalmente el embarazo se presenta como un evento no planificado según lo presentado por ISSLER (2001), por lo que la adolescente puede adoptar actitudes diferentes que dependerán de su historia personal. En el estudio existe un alto porcentaje de adolescentes con embarazos no deseados, lo que constituye un riesgo fundamentalmente para el futuro hijo, puesto que diversas investigaciones señalan que existe una relación directa entre el embarazo no deseado y el riesgo de maltrato infantil.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente que se embaraza limita sus posibilidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar (Molina, 2004), en esta investigación el porcentaje de adolescentes que desertaron del sistema escolar a causa del embarazo es escaso, cifra bastante menor a la encontrada en estudios realizados en otros países, donde el porcentaje de deserciones ha llevado a implementar medidas a corto plazo para revertir esta situación.

En nuestro país en la actualidad, existen normas que resguardan el derecho a la educación de las estudiantes que se embarazan, donde se prohíbe la expulsión de un establecimiento educacional por el solo hecho de estar embarazada se evita cualquier forma de discriminación en su contra.

MOLINA (2004), señala que las adolescentes que desertan del sistema escolar a causa del embarazo, quedan con una escolaridad bastante baja, en el estudio las deserciones a causa del embarazo dejan a la adolescente con una escolaridad menor a 8 años de estudio (enseñanza básica incompleta), que muchas veces no le permite acceder a un trabajo digno que les permita satisfacer al menos sus necesidades básicas, constituyendo un factor de riesgo.

En el estudio realizado las adolescentes que desertaron del sistema escolar a causa del embarazo quedaron con una escolaridad bastante baja de enseñanza básica incompleta, que según señala Molina en el año 2004, muchas veces no le permite acceder a un trabajo digno que les permita satisfacer al menos sus necesidades básicas, constituyendo un factor de riesgo.

Las nuevas responsabilidades que implica el cuidado del embarazo y el asumir la maternidad, requieren de apoyo (C.S.S, 2000), e implementar programas de apoyo a la adolescente embarazada, donde se trabaje en conjunto con la pareja y familiares cercanos, teniendo un alto porcentaje de participación. En el estudio del total de adolescentes estudiadas, el mayor porcentaje es acompañada por su pareja, seguida en un menor porcentaje por la madre de la adolescente.

Cabe señalar que del porcentaje total de fichas seleccionadas de los centros de salud en estudio, se debió realizar una nueva selección, debido a que alrededor de un 20% de las fichas seleccionadas en un comienzo, no contaban con todos los registros completos de la tarjeta maternal, es importante destacar que al revisar las fichas de las adolescentes atendidas por los/las alumnos / as de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, resultó fácil la extracción de la información, debido a la valoración y registro completo que estas presentaban.

Los resultados de este estudio muestran que la atención prenatal a través de la revisión de registros fue calificada como deficiente en la mayoría de los Centros de Salud. Este resultado puede ser atribuido a que la tarjeta maternal, no tiene un enfoque integral, solicita datos en relación a los factores biológicos, no considerando antecedentes biosociales que nos puedan permitir identificar factores de riesgo de la esfera psicosocial.

La mayor calificación de atención evaluada a través de registros existentes en las fichas clínicas y tarjetas maternas analizadas, la obtuvieron aquellas atenciones realizadas por los/las alumnas de Obstetricia y Puericultura, apoyadas por su docente. Lo que se podría explicar debido a que cuentan con una hoja de anamnesis propia, en la cual se registran los antecedentes completos de la adolescente desde un enfoque biosocialesocial.

Según la literatura revisada, es esencial la realización de una valoración biosocialesocial completa cuando la adolescente ingresa a control prenatal, aplicando una de las variables que es el enfoque de riesgo, lo que nos permitirá identificar como señala ISSLER, los factores protectores y factores de riesgo, y así planificar intervenciones adecuadas a las necesidades biosociales de cada adolescente dependiendo de su situación particular.

Finalmente, al analizar la realización de talleres y educaciones individuales, se observa que los contenidos proporcionados no son diferenciados, correspondiendo a los mismos contenidos que se le proporcionan a cualquier mujer que se embaraza, debiendo ser según lo analizado por Coll en 1997, contenidos centrados en ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo, asumir su autocuidado y fortalecer los vínculos familiares, de manera de preparar a la joven madre para enfrenta su maternidad en las mejores condiciones.

6.- CONCLUSIÓN

La preocupación real del embarazo adolescente debería centrarse en las características y necesidades biosicosociales que presentan las adolescentes, de manera de proporcionar una atención prenatal y postnatal integral de calidad.

Entre los resultados se observa, que los cuatro Centros de Salud fueron calificados a través de la revisión de registros, mayoritariamente con una atención prenatal integral deficiente, debido a que las actividades incluidas en la atención prenatal integral, evaluadas por el ICAPI, fueron realizadas según los registros revisados en bajos porcentajes, principalmente la realización de talleres o educaciones grupales focalizadas, que debiera abarcar un mayor número de adolescentes, puesto que es una estrategia que genera y valida un espacio donde las adolescentes comparten con sus pares y personas significativa cercanas, la experiencia de ser madre, instancia de apoyo y ayuda a la adolescente a asumir sus nuevas responsabilidades.

Existe además un alto porcentaje de ingreso tardío a control prenatal, por lo que se puede inferir que es aquí donde el profesional Matrona/ón debe diseñar intervenciones adecuadas para la captación temprana de las adolescentes, para así evitar daños que pueden afectar la salud integral del binomio madre-hijo.

Otro punto importante es la incorporación en forma activa de la pareja y familia de la adolescente no solo en los controles prenatales, como se observa en los resultados, sino en los talleres o educaciones grupales focalizadas, debido a que estos pasan a constituir la red primaria de apoyo, el pilar fundamental para lograr asumir su maternidad y posteriormente su rol de madre.

En relación a lo expuesto anteriormente, se sugiere implementar un programa específico para la atención integral de la adolescente embarazada, como existente en otros países; donde se diseñen acciones específicas según las necesidades y características especiales de este grupo etáreo, de manera que se realicen intervenciones de pesquisa de factores de riesgo social y psicológico, como la realización de la visita domiciliaria integral que permita conocer las necesidades reales de las adolescentes y el ambiente familiar en el que se va a desarrollar el embarazo y posteriormente donde se va a criar el futuro hijo.

El embarazo muchas veces inesperado es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia, donde el profesional debiera constituir una herramienta facilitadora para lograr que la adolescente acepte su embarazo y asuma su maternidad.

La ficha clínica y la tarjeta maternal, constituyen documentos que tienen validez legal, por lo que debiera trabajarse con los profesionales de la salud en la mejora de la calidad de los registros, porque además se debe considerar que es utilizada por un equipo multidisciplinario, que debe tener una visión clara del trabajo realizado con la adolescente para así programar sus intervenciones.

Luego de analizar los resultados obtenidos, según la evaluación a través de registros, la atención prenatal que se proporciona en los cuatro Centros de Salud estudiados, no es integral, lo que confirma la hipótesis propuesta inicialmente, es proporcionada aún con un marcado modelo biomédico, realizando acciones e intervenciones destinadas a la pesquisa de factores de riesgo de tipo biológico, no considerando los factores psicológicos y el ambiente social en el que esta inmersa la adolescente, que muchas veces constituye un riesgo real, no solo para la adolescente, sino también para el futuro hijo, su pareja y familia.

En relación a lo expuesto anteriormente, se sugiere implementar un programa específico para la atención integral de la adolescente embarazada, como existe en otros países; donde se diseñen acciones específicas según las necesidades y características especiales de este grupo etáreo, de manera que se realicen intervenciones de pesquisa de factores de riesgo social y psicológico, como la realización de la visita domiciliaria integral que permita conocer las necesidades reales de las adolescentes y el ambiente familiar en el que se va a desarrollar el embarazo y posteriormente donde se va a criar el futuro hijo. Se implementen programas de apoyo donde se promueva el desarrollo integral de las personas involucradas, respetando la participación activa de la pareja de la adolescente.

Se diseñen unidades educativas focalizadas, que generen un espacio para que la adolescente desarrolle sus capacidades, adopte medidas de autocuidado y logre asumir su maternidad en las mejores condiciones.

Este estudio debiera ser el comienzo de otras investigaciones donde se evalúe la calidad de atención por medio del sombreado y de la perspectiva de la usuaria, para así poder relacionar de manera directa si las acciones que realiza el profesional Matrona/ón se adecúan a las necesidades y características propias de las adolescentes.

Finalmente, los aspectos evaluados para la calidad de atención, en este estudio, constituyen un esfuerzo por identificar los problemas en la atención de este grupo etáreo, que interfieren con la intención del profesional Matrona/ón de lograr mejorar la calidad de atención.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- BARRERA, C; BIOTTI, M; CASTRO, R. Centro de Diagnostico e Investigación Perinatal. 2003. Publicación 32. Santiago de Chile. 41-42p.
- BELITZKY, R. 1995. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. Publicación Científica 489. Washington. OPS. 221 p.
- BERTRAND, J. Y COLS. 1995. Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs. Volumen 2.
- COLL, A. 1997. Embarazo en la adolescencia - Clínicas Perinatológicas Argentina. Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER). Vol. 4.
- COLL, A. 1998. Embarazo en edades extremas de la vida reproductiva. PROAGO 19. Modulo 4: 180-204p.
- CONTRERAS, M, VENEGAS M. 2001. Calidad de atención en salud desde una perspectiva de género. Tesis Titulo profesional de Trabajo Social. Universidad Bio-Bio. Chillan-Chile.
- CRELL, L. SASS AND YINGHER N. 2001. Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: Definiciones y mediciones de calidad. Population Council and Population reference Bureau. Washington DC.
- CUBA DE LA CRUZ, M; REYES, R. 1992. Bajo peso al nacer y edad materna. Rev. Cubana Med Gen Integral. Vol.8 (4). 306-309p.
- FUENTE, C; LOBOS L. 1995. Adolescente embarazada: Programa de apoyo emocional. Santiago. Editorial Universal.
- HAMEL, P. 1992. Seminario Embarazo Adolescente. UNICEF. SERNAM. Santiago.(17-20p).
- ISSLER, J. 2001. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de cátedra VIa medicina Nro 107. 11-23p.

- LAVERDE, E; CONTRERAS, L; RODRÍGUEZ, E. 1993. Embarazo en adolescentes: repercusiones psíquicas. Actualizaciones Pediátricas. s.e. Vol. 3. 116-125p.
- MOLINA, R. 1990. Salud reproductiva del adolescente. Revista Hospital Clínico U. de Chile. Santiago. p18-20.
- MOLINA R. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Santiago de Chile: Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla, 1998:195-231.
- MOLINA, R; SANDOVAL, J; GONZALES, E. 2003. Salud sexual y reproductiva en la Adolescencia. Editorial mediterráneo. 536-537p.
- MOLINA, R; FERRADA, C; PÉREZ, R. 2004. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev. méd. Chile v.132 n.1.
- MONTERROSO, A; BELLO, A. 1996. Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. Rev Col Obst Ginecol. Colombia. p.15-22.
- MORENO, E. 1995. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias. Colombia.
- MUÑOZ, B; BERGER, C; ARACENA, M. 2001. Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: La visita domiciliaria como estrategia de intervención. Revista de Psicología. Nro. 001. Universidad de Chile. Santiago. p.21-34.
- OPS. 1995. Salud Integral de los Adolescentes. Consejo Directivo, XXXVI Reunión, Tema 5.6 del Programa. Washington D.C.
- OPS. 2000. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Centro de Estudios de Población (CENEP) Buenos Aires, Argentina.
- RIVERA, S. 2003. "Aspecto de tipo social, psicológico y cultural. Embarazo en adolescentes". Colombia.
- RIVERO, M; SCHININI, J; FEU, MC; GONZALEZ, E. 2002. Adolescencia y embarazo ¿es un factor de riesgo?. Servicio de Toco ginecología, Hospital de Llano, Revista medica del Nordeste-Numero 3.

ROMERO, I. 2004. Embarazo adolescente. Curso salud y desarrollo adolescente. Modulo 3: Lección 15. Sexualidad y Embarazo.

RUOTI, M; RUOTI, A. 1992.. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción.

SAEZ, I; ARIAS, A. 1994. Una ventana hacia la atención integral de salud de la Adolescente embarazada. Capitulo 9: Modelo de atención integral de la adolescente embarazada. Venezuela.

Manual de atención integral del embarazo maternidad y paternidad en la adolescencia. 2000. Caja Costarricense de Seguro Social. Programa de atención integral de la Adolescencia. Costa Rica.

Ministerio de Salud. 2002. Programa de Salud del Adolescente. Chile. (Disponible en: www.llanchipal.cl/Programas/Personas/Adolescente/adolescente.htm). Consultado el: 23 de Julio 2005.

ANEXO 1

PERFIL BIOSOCIODEMOGRAFICO

Fecha:

Lugar:

ROL:

1.-Edad de la Adolescente:

- a) Entre 14 y 15 años
- b) Entre 16 y 17 años.
- c) Entre 18 y 19 años.

2.- Escolaridad:

- a) Básica incompleta
- b) Básica completa
- c) Media incompleta
- d) Media completa
- e) Sin estudios

3.- Estado Civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

4.- Deseo de embarazo

- a) Aceptado
- b) Deseado
- c) No deseado

5.-Uso previo de métodos anticonceptivos

- a) Anticonceptivos orales
- b) Preservativos
- c) Ninguno

6.- Episodios de violencia intrafamiliar.

- a) Si
- b) No

7.- Hábitos nocivos

- a) Tabaco
- b) Alcohol
- b) Drogas
- c) Automedicación
- c) Ninguno

8.-Estado Nutricional gestacional

- a) Bajo peso.
- b) Normal.
- c) Sobrepeso.
- d) Obesidad.

:

9.- Acompañamiento durante el proceso grávido puerperal:

- a) Pareja
- b) Madre
- c) Otro familiar
- d) Ninguno

ANEXO 2

INDICE DE CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL INTEGRAL

Fecha:

Lugar:

ROL:

INDICADORES	SI	NO
1.- Ingreso a Control Prenatal precoz.		
2.- Realiza de visita domiciliaria.		
3.- Proporciona contenidos educativos focalizados.		
4.-Realiza derivación oportuna a equipo multidisciplinario.		
5.-Coordina con redes de apoyo existentes.		
6.-Aplica el enfoque de riesgo biosicosocial.		
7.-Realiza talleres o educaciones grupales.		

Puntaje:

ICAPI:

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD

DE: Ximena Garate A.

Matrona.
Docente patrocinante.

A :
Director(a) CESFAM.....

Junto con saludarle quisiera informarle a Ud que la alumna Sandra Carolina Angulo Reiser estudiante de quinto año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, diseño un Proyecto de Tesis titulado “ Modelos de atención prenatal proporcionado por la/el profesional Matrona/ón a las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en los Centros de Salud de la ciudad de Valdivia durante el año 2003”, dichos centros corresponden a los CESFAM Angachilla, Gil de Castro, Las animas y Consultorio Externo de Valdivia.

El proyecto en cuestión ya fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de esta Universidad y el Comité de Ética del Servicio de Salud. Para llevarlo a cabo la estudiante deberá revisar fichas clínicas, tarjetas maternales y registro de actividades programadas de la muestra seleccionada en cada centro de salud.

Es por ello que solicito a Ud una vez que la alumna informe los objetivos y desarrollo de la investigación, su autorización para que pueda acceder a los registros que ella necesita y así poder ejecutar su proyecto de tesis que forma parte de los requisitos para optar al grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura.

Sin otro particular, agradeciendo desde ya su comprensión y colaboración.

Le saluda atentamente.

Ximena Garate A.