

DISEÑO Y PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLÓGICA
PARA ADOLESCENTES GESTANTES

VIVIANA CERA
LAURA DIAZ
LIGIA MATUTE

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
CARTAGENA D.T Y C, OCTUBRE DE 2003

0. INTRODUCCION

Dentro de la psicología de la Salud, es de gran relevancia la atención materno infantil debido a que esta corresponde a una población vulnerable, a la madre durante el periodo de gestación, y al niño en sus primeros años de vida. Esta importancia se deriva del hecho de que una atención inadecuada de los dos grupos poblacionales mencionados puede llevar a diversos problemas de índole biopsicosocial. Se sabe que dentro de los periodos de mayor riesgo se encuentran el tercer trimestre del embarazo, el primer año de vida extrauterino y la pubertad por ser periodos críticos y rápidos en el crecimiento y desarrollo.

Dentro de las definiciones existentes sobre asistencia materno infantil se encuentra la de la Organización Mundial de la Salud, según la cual, la asistencia materno infantil es un servicio que guarda relación con el proceso general de crecimiento y desarrollo que es el fundamento de la vida humana. (OMS, 1998)

El principio fundamental en el que se inspira la asistencia maternoinfantil es el que existen necesidades biológicas y psicosociales inherentes al proceso de crecimiento humano que es preciso satisfacer con el objetivo de garantizar la supervivencia y el desarrollo saludable del niño y futuro adulto.

Además de la vulnerabilidad mencionada anteriormente, las mujeres y los niños representan una población a la que se le debe prestar especial atención debido a que según la Organización Mundial de la Salud (1998) del total de la población mundial, el 24% son mujeres en edad de procrear y el 36% son niños menores de 15 años.

Dentro de los factores externos que influyen en la salud de la madre y el niño se encuentran: la economía y el medio, los valores sociales y educación, la familia, el apoyo social y la atención de salud.

En primer lugar, la economía y el medio en el que se desarrollan influyen en la salud ya que ejercen una influencia directa sobre el estado nutricional, el acceso a agua potable, la contaminación, la política agrícola, el hacinamiento, entre otros.

Por otro lado, los valores sociales y la educación pueden convertirse en factores predisponentes de actitudes y comportamientos negativos o positivos, dentro de los primeros están los tabúes alimentarios, matrimonios entre niños y la discriminación contra las recién nacidas, mientras que entre los positivos se encuentran el mantenimiento del contacto entre madre e hijo, la importancia que otorgan algunas religiones a la higiene personal.

Al respecto de la educación cabe decir que existe una relación entre niveles elevados de mortalidad infantil y bajo nivel de instrucción.

Como tercer factor externo que influye en la salud se menciona a la familia, ya que se constituye en el primer ente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo así las madres los primeros agentes de salud, aunque desafortunadamente, en muchos casos no hay acceso de la mujer a la tecnología y la información, o bien carecen de recursos y además están sobrecargadas de trabajo. Sobre esto se debe mencionar que en la actualidad los cambios económicos y sociales han llevado al deterioro del funcionamiento de la familia haciendo más difícil el apoyo que tradicionalmente se brindaba a los miembros de ésta.

Por último, se encuentra en salud, un factor determinante es el apoyo social y el sistema de salud los cuales comprenden las clínicas, guarderías, programas comunitarios, etc. que fomenten la prevención y asistencia en salud, en este caso de las madres y los niños.

Por otra parte, en lo que se refiere a la información referente a la situación sanitaria en madres y niños, se puede decir que es extensa pero al mismo tiempo inespecífica y en algunos casos imprecisa debido a que los datos son presentados de manera muy general y las dimensiones que se miden en cada nueva investigación

son muy variables; incluso factores como la mortalidad y la morbilidad utilizados tradicionalmente, hoy en día están siendo sustituidos por nuevos indicadores positivos tales como los índices de crecimiento y la maduración durante la adolescencia.

Por lo anterior resulta importante mencionar las principales causas de mortalidad materna entre las que se encuentran; la hemorragia post-partum y la sepsis, las cuales están directamente relacionadas con la falta o insuficiencia de cuidados durante el embarazo y el parto. De igual forma, los trastornos hipertensivos del embarazo que junto a la anemia pueden provocar tasas elevadas de muerte fetal y de insuficiencia ponderal al nacer.

Además tanto el espaciamiento corto de los embarazos como la fecundación en los extremos de edad fértil guardan estrecha relación con un riesgo superior al normal de implicaciones negativas tanto para la madre como para el niño. Por otra parte, la planificación familiar influye directamente en la salud, el desarrollo y el bienestar de la familia y la dinámica socioeconómica del país, sus ventajas se derivan de la evitación de embarazos no deseados, un cambio en el número total de niños nacidos de una misma madre, el espaciamiento ideal entre los embarazos y las edades de los padres en relación al nacimiento del primero y el último hijo. Por último no se puede dejar de mencionar el papel del aborto ilegal que ha sido causante de altos índices de mortalidad materna.

En lo que se refiere a la morbilidad materna se puede decir que debido a la inmunidad que se pierde durante el embarazo son frecuentes las infecciones agudas y crónicas, la anemia entre otros.

Por otro lado, en lo que se refiere a la mortalidad de lactantes y niños de corta edad, la Organización Mundial de la Salud (1998) afirma que alrededor del 90% de todas las muertes fetales y de lactantes en los países desarrollados resulta en la etapa perinatal. De los 122 millones de niños que nacen cada año, alrededor del 10%

morirá antes de cumplir su primer año y otro 4 % antes de cumplir los 5 años; dentro de las causas principales de mortalidad perinatal esta la insuficiencia ponderal al nacer que significa nacer con un peso inferior a 2500 gramos. Resulta preocupante observar que aún en los países desarrollados las defunciones entre 1 y 4 años han descendido rápidamente pero así mismo, las muertes perinatales han declinado mucho más lentamente.

Cabe reflexionar acerca de la importancia que tiene la lactancia natural dentro de la alimentación de los niños, sin embargo, se debe fomentar la introducción de una alimentación suplementaria apropiada y regular a una edad temprana dado que culturalmente las poblaciones rurales y países en desarrollo promueven esta costumbre pero en ocasiones se deja de lado la alimentación suplementaria.

En cuanto a la morbilidad infantil se sabe que muchas de las enfermedades y afecciones comunes de la infancia no suelen provocar la muerte de sus víctimas, pero pueden causar graves daños de carácter crónico. La malnutrición es uno de los estados que más afecta a la salud de los niños unos 100 millones de niños menores de 5 años padecen malnutrición proteínocalórica, y de ellos, más de 10 millones en forma grave (OMS, 1998). Además, la insuficiencia de vitaminas puede llevar a la ceguera, el raquitismo y otros problemas.

Las tecnologías y conocimientos han evolucionado a lo largo de la historia de la Salud Materno-infantil, dentro de estos avances se destaca en materia de prevención el éxito que ha tenido la preparación de vacunas que protegen a los niños contra las enfermedades infecciosas, pero en general el supuesto fundamental de la prevención es el que muchas enfermedades de la edad adulta pueden evitarse casi por completo interviniendo en la infancia.

En la actualidad, la asistencia materno infantil ha dejado de ser vista como una entidad aislada en los servicios de salud y las nuevas tendencias se dirigen hacia un enfoque más integrador. Así mismo, los métodos de planificación que se están

estableciendo con miras a aumentar la eficacia de la asistencia maternoinfantil, y los componentes de esta última, son cada vez más adaptados a las necesidades y características de las distintas comunidades. Sin embargo, pueden incluir los siguientes elementos esenciales: La asistencia durante el embarazo y el parto; fomento de la lactancia natural y de la nutrición apropiada del lactante y del niño pequeño; supervisión del crecimiento y del desarrollo y prevención de las infecciones; prevención y tratamiento de la diarrea, planificación de la familia; educación en materia de salud de la familia para fomentar la auto responsabilidad familiar. También se sugiere, intervenir desde la legislación social y fomentar la aplicación de los conocimientos que ya existen basados en las investigaciones sanitarias.

Además, los embarazos prematuros de la adolescencia acarrearán riesgos especiales para la salud, no solo de la madre sino también del niño. Los datos disponibles en la literatura consultada muestran claramente que las tasas de defunción materna son considerablemente más elevadas entre las mujeres más jóvenes y que las madres adolescentes corren también un gran riesgo de perder sus hijos durante los primeros años de vida de éstos.

Es por esto, que la población a la que va dirigida este proyecto es un grupo de adolescentes gestantes entre los 12 y 18 años de edad, que se encuentran vinculadas al programa “adolescentes embarazadas” de la alcaldía de Cartagena en convenio con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Se hace entonces necesario hacer una descripción global acerca de las funciones, características y servicios de la institución, mas aún teniendo en cuenta que esta constituye el único programa estructurado a nivel distrital que contempla la atención integral de las adolescentes embarazadas. (Ver anexo 1).

Teniendo en cuenta las características de la población, es importante mencionar la información que proporciona la organización mundial de la salud en 1998 en relación a los embarazos en las adolescentes. Esta organización afirma en primer lugar que

la información sobre madres adolescentes es limitada, sin embargo, se sabe que en algunos países el 50% de los primeros nacimientos, el 25% de los segundos y el 10% de los terceros se registran en madres menores de 20 años. (OMS, 1998).

Por último, se puede decir que la solución de los principales problemas de salud de la madre y el niño requiere de la transformación de actitudes y comportamientos, entre ellos que exista un compromiso por parte de las organizaciones gubernamentales, especialmente en la mayor inversión en las problemáticas de salud, así como la distribución de la atención hacia los menos favorecidos.

Teniendo en cuenta el marco referencial de la salud materno infantil surgen ideas acerca de las muchas formas como la psicología puede hacer sus aportes para intervenir en las problemáticas relacionadas con los embarazos durante la adolescencia. La salud como bien se ha dicho, es un derecho y un deber de toda la comunidad y en este sentido, el trabajo que se presenta a continuación constituye sólo uno de los componentes que son necesarios para en primera medida mejorar la salud mental de las adolescentes embarazadas de la institución escogida e indirectamente lograr cambios en sus actitudes y comportamientos previniendo conductas de riesgo hacia el bebé, y promoviendo conductas proactivas y sanas que beneficien tanto a la madre como al niño.

Por las características ya mencionadas de la población, es importante que tengan acceso a la atención psicológica, algo que en la actualidad es un servicio que brinda el programa. Sin embargo, por las condiciones del contexto (frecuente rotación de los profesionales, diversidad de enfoques psicológicos etc.) el proceso de evaluación psicológica necesita ser estructurado y más aún, resultaría interesante, como lo es uno de los objetivos de este trabajo, dejar a la institución una herramienta teórico-práctica que pueda ser utilizada y retomada por los profesionales de la psicología, logrando algún tipo de consenso en los criterios de evaluación, facilitando una identificación rápida y eficaz de los problemas, y aumentando la probabilidad de éxito de la intervención.

0.1 PROBLEMA

Después de la evaluación de las necesidades que presenta el servicio de psicología de la Unidad de Adolescentes embarazadas del Distrito, se pudo encontrar la ausencia de una herramienta de evaluación psicológica clara y sistematizada que permita unificar criterios independientemente del enfoque psicológico que manejen los profesionales del departamento de psicología de la unidad.

A partir de las necesidades observadas surge el siguiente interrogante: ¿Cómo se podría elaborar un protocolo de evaluación psicológica que permita identificar el estado emocional y demás variables relacionadas a la situación de las adolescentes gestantes de la Unidad de Adolescentes Embarazadas del Distrito de Cartagena?

0.2 MARCO TEORICO

Teniendo en cuenta las características de la población con la cual se va a trabajar y fundamentándose en la teoría se podría decir que la adolescencia es vista como una etapa del desarrollo humano, que oscila entre los 12 y 20 años, la cual se caracteriza por profundos cambios del desarrollo, biológico, psicológico y social.

Las características de esta etapa pueden variar de un sujeto a otro. La adolescencia es un periodo primordialmente de duelos. Se produce la pérdida del cuerpo infantil, de los roles infantiles y de la identidad. Durante esta etapa el adolescente lucha por la construcción de su realidad psíquica, por la reconstrucción de sus vínculos con el mundo exterior y por su identidad. La actividad hormonal produce ciertas manifestaciones en la pubertad. Lo característico de este periodo es el desarrollo de los órganos reproductores y los genitales externos. En la mujeres se produce el crecimiento de los senos y el ensanchamiento de caderas y aparece el bello facial y el cambio de voz en los hombres. Este cambio hormonal también afecta el funcionamiento del sistema nervioso central, afectando factores como el humor y el comportamiento sexual y social.

Definiciones clásicas de la adolescencia podrían ser las referidas a autores como Papalia y Olds (1997), quienes argumentan que la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o 20. Sin embargo, su base física ha comenzado mucho antes, y sus ramificaciones psicológicas pueden perdurar hasta mucho tiempo después. En general se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, el proceso que conduce a la madurez sexual, cuando una persona puede engendrar. Sin embargo, la adolescencia también es un proceso social y emocional. Se ha dicho que “la adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura” (Conger y Peterson, 1984, p. 92).

Como la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez, los cambios que en esta etapa se dan suelen ser dolorosos para las personas.

Uno de los cambios profundos en la vida de los adolescentes es acercarse a las personas del otro sexo para establecer amistad y relaciones amorosas. El verse a sí mismo, como un ser sexual, adaptarse a las emociones conlleva y establecer una relación amorosa son elementos importantes para el logro de la identidad sexual.

La imagen que los adolescentes tienen de sí mismos y las relaciones con los padres y las parejas están ligadas a la sexualidad. La actividad sexual de los adolescentes (un beso de vez en cuando, las caricias y el contacto genital) satisface numerosas necesidades en los adolescentes, una de las cuales es el placer físico. Los jóvenes pueden ejercer la actividad sexual para aumentar la intimidad, buscar nuevas experiencias, probar su madurez, estar a la par con sus compañeros o encontrar alivio a las presiones, debido a estas causas se dan embarazos no deseados en los adolescentes, tal es el caso de las internas de la Unidad de Adolescentes Embarazadas del Distrito quienes debido a las problemáticas familiares y sociales en las que se encuentran consideran el embarazo como una solución de escape a sus problemas.

Según Zelnik citado por Davidoff (1993) en los Estados Unidos la proporción de adolescentes activos a nivel sexual que se embarazaron antes del matrimonio

incrementó durante la década de 1970, a pesar de los deseos de muchos por evitarlo y el mayor uso de anticonceptivos.

Con respecto a la prevención de embarazos, una encuesta en las áreas metropolitanas de los Estados Unidos en 1979 sugiere que sólo la mitad de los adolescentes en actividad sexual usan los anticonceptivos. Entre éstos, muchos utilizan métodos poco confiables, como el ritmo o el retiramiento, por lo tanto, el número de embarazos en las adolescencia, al menos 80% indeseados, es muy alto. Davidoff (1993).

Quizás factores psicológicos como la ansiedad con respecto a la sexualidad, los sentimientos de impotencia y enajenación, la pasividad, el fatalismo, la baja autoestima y el poco sentido del futuro también expliquen este aumento en embarazos adolescentes.

Según el Ministerio de Salud, los actuales patrones de inicio sexual en la adolescencia y las condiciones en las que se presenta son motivo de alerta para las autoridades en Salud Pública. Los jóvenes inician su vida sexual de forma desprotegida y temprana y esto produce consecuencias devastadoras en el ámbito de lo social, la salud y la economía. Se estima que en los países en vía de desarrollo, cerca del 60% de todos los embarazos durante la adolescencia son inesperados y precoces.

El embarazo en la adolescencia se define entonces como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer y / o cuando la adolescente mantiene total dependencia social y económica de la familia parental. Esto hace que los adolescentes tengan pensamientos y actitudes frente al embarazo, en los cuales se demuestra una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero si muestran mayores preocupaciones de lo económico y la falta de apoyo parental. Algunos registran ganancias afectivas con el embarazo en la adolescencia, así como obtener compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad.

Según Fichtner (1997), la madre adolescente ha sido vista como incompetente en la interacción con su bebé por estar involucrada al mismo tiempo en dos procesos complejos – la adolescencia y el embarazo-. Los conflictos peculiares de la adolescencia se suman a la ansiedad inherente del embarazo, los conflictos familiares y las dificultades con la pareja.

Por otro lado, Males (1993) citado por Le Francois (2001), considera que es importante advertir que aunque los embarazos en la adolescencia, por definición, son de madres en su segunda década, es equívoco e impreciso tratar la situación como si fuera sólo un problema de muchachas. De hecho, un 69% de todos los partos en los que la madre es adolescente, el padre es adulto. Incluso en los casos en que las madres tienen menos de 15 años, más de la mitad de los padres son adultos.

Por otro lado, los jóvenes padres suelen en general tener menos información que sus compañeras sobre el proceso biológico general y la noticia de ser padres suele conmoverlos profundamente. Deben en ese momento asumir un rol que en esta etapa de su crecimiento está cuestionado. Algunos adolescentes lo intentan, pero la desvalorización a la que son sometidos por sus propias familias, las dificultades laborales y económicas, el rechazo social y la relación de conflicto que se establece con su compañera hace que muy pocos pedan asumir y mucho menos concretar esa responsabilidad. Se convierten entonces en padres abandonantes, con posibles secuelas, hasta las fechas no bien estudiadas. Por ello, el padre adolescente, en esta compleja problemática, es una persona que también requiere ser atendida y considerada en el equipo de salud.

La mayoría de las veces el recién nacido se convierte en responsabilidad exclusiva de la madre y/o de su familia de origen, pues el padre se desentiende del asunto entre otras cosas porque no es su cuerpo el que está implicado.

A esto se suma el Madresolterismo como un patrón repetitivo según Sánchez y Mendieta (1994) en su estudio encontraron que existe una tendencia a reproducir los antecedentes familiares en cuanto al Madresolterismo y el embarazo en la adolescencia.

Los embarazos en adolescentes no se limitan a ningún grupo social, económico, religioso o étnico; sin embargo, en Estados Unidos son más comunes entre las adolescentes negras que entre las blancas. En 1993 el 22.7% de los nacimientos de madres negras fueron de adolescentes, y sólo el 11% de blancas. Los embarazos adolescentes también son más comunes en las zonas económicamente deprimidas. Algunos han especulado que el embarazo adolescente lleva a abandonar la escuela, a la pobreza, y finalmente, a depender de la asistencia social. Pero no es así, argumentó Gordon (1996), citado por Le Francois (2001), después de aplicar una encuesta a muchachas embarazadas o en riesgo de estarlo, en una preparatoria de un barrio urbano céntrico. Lo más frecuente es que las chicas ya sean pobres de antemano. Muchas también tienen pocas competencias académicas. Estos dos factores, suelen dar por resultado el embarazo, y no que éste lleve a la pobreza.

Un dato importante a considerar, es que en la muestra de Gordon la mayoría de las adolescentes gestantes quería quedar embarazada. Esto es una consideración relevante en el propósito de evaluar las motivaciones que impulsaron la decisión de tener un hijo.

Según Fichtner (1997) las adolescentes de los estratos altos, por aspirar a niveles más altos de escolaridad (universidad) ven el embarazo como un estorbo y por ese motivo, se embarazan poco, o si ocurre el embarazo, lo interrumpen con facilidad. Por otro lado, las adolescentes de un nivel socio-económico más bajo abandonan la escuela muy temprano y pasan a ver el embarazo, en muchos casos, como un status social, o como un medio, de casándose, poder salir de un ambiente familiar que muchas veces es caótico (pobreza, alcoholismo, malos tratos, etc.).

Otro factor importante que influye para el embarazo en la adolescencia es el desempeño de funciones maternas, por las niñas, a partir de los siete años, cuidando de los hermanos más pequeños mientras las madres trabajan. Esta es una situación de gran exigencia emocional y “quema” las etapas del desarrollo anticipadamente.

Mientras más temprano la madre adolescente sea motivada a desarrollar una disponibilidad afectiva para con su hijo, mejor será la interacción entre ellos. Cuando

éstas gestantes reciben, durante la gestación y el primer año de vida de su hijo una atención integrada por un equipo que la valora al igual que su bebé y su compañero, ellas muestran señales de un aumento en la autoestima, así la situación familiar no sea la adecuada.

Esto lo confirman estudios como el de Piccinini, Rapoport, Levandowski, Voigt, (2002), quienes concluyeron después de un estudio comparativos entre 13 madres adolescentes y 13 madres adultas que el apoyo social contribuyó para una experiencia más positiva de la maternidad, en especial, para las madres adolescentes, en función de las particularidades de esta fase del desarrollo.

Así mismo, en cuanto a los componentes psicosociales asociados al embarazo prematuro Davidoff (1993), afirma que en comparación con las madres casadas de la misma edad, posición económica y religión, las madres solteras adolescentes suelen tener un nivel económico y ocupacional inferior, por lo común vienen de hogares desintegrados, es más probable que hayan sufrido abusos sexuales y tienden más a entregarse a otras conductas riesgosas, como el alcoholismo y la drogadicción; casos frecuentemente presentes en la población a tratar.

Es por esto que las actitudes de las adolescentes frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad, de acuerdo a las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud etc. Sin embargo, es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas en base a etapas del desarrollo de la adolescente.

La adolescente temprana, ligada a su madre y a sus propias necesidades, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que va a culminar transformándola en madre.

En la adolescente media, es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento poderoso de la afirmación de la independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y de orgullo.

En este mismo sentido, no es de sorprender que las chicas de las familias más pobres corran más peligros de quedar embarazadas, lo mismo que las que proceden de familias rígidas y autoritarias.

Cabe anotar que la mayoría de los embarazos adolescentes son fortuitos. Entre las razones para el aumento de los índices de estos embarazos, observan algunos autores están los cambios en las actitudes sociales hacia la actividad sexual y la gestación. El embarazo ya no trae vergüenza y humillación; en consecuencia, hay menos presiones tanto en los muchachos como en las muchachas para impedir la concepción.

También es importante tener en cuenta factores psicológicos que pueden motivar la actividad sexual que lleva al embarazo: el deseo de la muchacha de “desquitarse” de padres sobre protectores, y el deseo del joven de establecer una imagen de “macho” que algunas sociedades homocéntricas todavía refuerzan.

Otra de las razones es el egocentrismo adolescente, la fábula personal que subraya la invulnerabilidad especial del joven y cuya premisa es la idea de que “a mí no me pasará”.

Una razón adicional, y quizá la más importante, es que la mayoría de los embarazos ocurren por accidente y como resultado de la ignorancia o la información equivocada acerca del sexo y los métodos anticonceptivos. Es significativo que aproximadamente la mitad de todos los embarazos tuvieron lugar durante los seis meses siguientes al primer coito.

Pasando a la esfera de las consecuencias derivadas del embarazo adolescente, este constituye, en términos generales un problema de gravedad. Según Chase-Lansdale (1994) citado por Le Francois (2001), “las secuencias normativas del desarrollo y las transiciones de la vida quedan alteradas o retrasadas irrevocablemente y sobrevienen riesgos para el crecimiento saludable en muchos campos”.

Las condiciones económicas y sociales en la que la mayoría de las madres adolescentes se ven obligadas a vivir y las tensiones emocionales que originan, lo mismo que la crianza, pueden ser una carga muy pesada. Así que no es extraño que los índices de divorcio de los matrimonios de adolescentes sean mucho mayores que los de enlaces que ocurren después.

Por otra parte, no sólo la madre experimenta las implicaciones del embarazo prematuro, los hijos de adolescentes tienen mas probabilidades que los de madres mayores de padecer diversas dificultades mientras crecen y se desarrollan, entre las que se encuentran la pobreza y sus propios problemas, trastornos físicos, menores niveles educativos, problemas de conductas, maltrato y mayor probabilidad de ser padres adolescentes.

En Colombia, la encuesta realizada por Profamilia estima que los índices de fecundidad de mujeres entre los 15 y 19 años presentaron un incremento en el período de 1990 a 1998 de 70 a 96 nacimientos para cada 1.000 mujeres.

Las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años, aun así la conducta reproductiva de este grupo es de gran preocupación.

Es importante anotar que el 15% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya han sido madres y 4% están embarazadas de su primer hijo, para un total de 19% que han estado embarazadas o ya han tenido partos, en comparación con 17% en la encuesta realizada en 1995, lo cual estaría mostrando un ligero aumento de la fecundidad en la adolescente.

Una de cada cinco adolescentes de 17 años ha estado alguna vez embarazada y una de cada tres entre las adolescentes de 19 años.

Todo esto, a pesar que en la resolución 3353 de 1993 se estableció la obligatoriedad de impartir la educación sexual en las instituciones educativas. Lo que se pretende

con el Plan Nacional de Educación Sexual es “promover una formación rica en valores y sentimientos, que tenga como fundamento el afecto” , se buscan conceptos como responsabilidad y autonomía que se hagan familiares para los jóvenes. Con este plan educativo, el Estado espera que en la población estudiantil disminuyan los problemas de prostitución, enfermedades sexualmente transmibles y embarazos no planeados.

Sin embargo, los deseos del gobierno no corresponden a la realidad que se vive hoy después de pasados cinco años desde el lanzamiento del Plan. Los problemas ya mencionados continúan siendo un dolor de cabeza dentro del proceso educativo colombiano.

El aumento de madres adolescentes tiene hondas implicaciones sociales ya que la escasa preparación que tiene una adolescente para enfrentar la maternidad no garantiza que se de origen a un nuevo núcleo familiar sano debido a que su embarazo no ha sido producto de una decisión autónoma y planeada sino del ejercicio anticipado de su sexualidad siendo además en muchos casos producto de la violencia familiar y social en la que vive como los que se presentan en la Unidad de Adolescentes Embarazadas del Distrito.

Así mismo, la adolescente embarazada es especialmente vulnerable, cualquier decisión que tome sobre el embarazo siempre tendrá sentimientos encontrados. Estos, mezclados con la posibilidad de recibir menos o muchas veces nulo apoyo justo en el momento en que más lo necesita, ya que su pareja puede abandonarla, su familia puede enojarse con ella y su círculo de amigos puede aislarla.

Teniendo en cuenta los sentimientos que experimenta la adolescente embarazada el Ministerio de Salud afirma que posiblemente puede tomar uno de los cuatro caminos que se presentan a continuación:

El primero es criar el niño con la familia de origen (sus padres), lo que suele ocurrir en las clases sociales más pobres, donde la situación no es una novedad. Este tipo

de crianza genera confusión de roles y funciones familiares en el niño, pero le brinda a él y a su madre un continente afectivo aceptable.

Segundo, casarse o unirse, conviven, pero no tienen la independencia económica necesaria para consolidarse como pareja. Esto, además de la inmadurez afectiva, explica la alta tasa de fracaso de estas uniones.

En algunos casos dar el niño en adopción, esto tiene un alto costo emocional, o también, alojarse en lugares maternales, se constituye en una solución transitoria. Las nuevas tendencias son a utilizar pequeños hogares, similares a una familia, que se adecuan mejor a un modelo integrador con posibilidades de producir un impacto positivo en la problemática de la madre adolescente y sola.

En estos lugares se cuenta con un equipo interdisciplinario (Psicología, Trabajo Social, Pedagogía, Fisioterapia, Ginecología y Enfermería) que busca dar una atención integral a la madre adolescente tanto durante el embarazo como en la preparación para su futuro como madres como lo es la Unidad de Adolescentes Embarazadas.

Las consecuencias que la madre adolescente tiene para su vida se podrían resumir en seis puntos básicos:

1. Abandono de la escuela, los motivos pueden ser vergüenza o por planes de educación formal difíciles de cumplir cuando se está criando un hijo.
2. Dificultades laborales: los adolescentes tienen en general trabajos mal remunerados y sin contrato, por lo tanto, es habitual el despido cuando se sabe que se está embarazado y es muy difícil conseguir empleo en estas condiciones
3. Situaciones de riesgo perinatal para la madre y el niño, que llevan al fracaso en la crianza.
4. Maltrato psicofísico del niño: en parte porque es el modelo que recibieron y además porque culpan al niño por la situación en la que están.
5. Dificultades para formar una nueva pareja estable, por el estigma que en muchos casos es el ser “madre soltera”.

6. Interrupción definitiva del proceso de la adolescencia para asumir roles paternos y maternos con todas las exigencias que esto implica.

De igual forma, las condiciones psicológicas de la gestante tienen repercusiones en el embarazo, tal es el caso de la investigación hecha por Kahhale, E., Galetta, M., Quayle, J, Souza, L., y Zugaib, M (2000), en ella encontraron que el estrés es uno de los factores ligados al desarrollo de pre-eclampsia durante la gestación, para ello estudiaron a 264 adolescentes embarazadas donde se investigó, sobre la edad de la pareja adolescente, la edad de inicio de la actividad sexual, el número de parejas sexuales, la relación afectivo-sexual de la pareja, la situación frente al trabajo y a la vivienda.

Por otra parte, en lo que se refiere a la Psicología de la Salud, el profesional de esta rama puede actuar como bienestar social, sanidad y servicios personales y municipales actuando dentro de los tres niveles de intervención existentes (primario, secundario y terciario).

1. En cuanto a la prevención primaria: se incluyen las recomendaciones que se les daría a las que no están embarazadas.
 - Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.
 - Información sobre fisiología reproductiva gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo al ámbito escolar.
 - Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
 - Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares que sirvan de foro de discusión.
 - Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con los adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situaciones de alto riesgo.

- Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.

2. Prevención Secundaria: se refiere a las recomendaciones cuando la joven ya esta embarazada.

- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención a adolescentes, por personal motivado y capacitado en este tipo de atención.
- Asistencia al padre, así como a la madre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolos a asumir su rol.
- Información y apoyo psicológico a los jóvenes, si deciden entregar al hijo en adopción.

Estas acciones deberán ser llevadas a cabo en lo posible dentro de programas integrales de atención a adolescentes, con personal de las áreas medica, social y psicológica, que funcionen como equipo, trabajo que se realiza en la Unidad De Adolescentes Embarazadas.

3. Prevención terciaria: se refiere a las recomendaciones y medidas dirigidas a atender el control de la evolución del niño y de sus jóvenes padres.

- Vigilancia del vinculo madre-hijo y padre-hijo prestando atención a signos de alarma.
- Favorecimiento de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad evitando la reiteración compulsiva a embarazos con intervalo Genesico corto.
- Creación de pequeños hogares maternales para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

Teniendo en cuenta lo anterior, La Unidad de Adolescentes Embarazadas ofrece atención en los niveles secundario y terciario.

Por otro lado, las principales funciones del psicólogo en esta institución hacen referencia a:

- Evaluación: En el contexto sanitario la evaluación tiene como objetivo, determinar la necesidad de asistencia psicológica y el
- tipo de intervención relevante a la madre adolescente y/o su entorno.
- Tratamiento psicológico: Este va dirigido a las madres adolescentes específicamente bien sea a nivel individual o a nivel grupal.

Este trabajo psicológico es importante debido a la vulnerabilidad emocional en la que se encuentra la adolescente gestante. Diversos autores han estudiado sobre esto y han encontrado por ejemplo que los niveles de depresión y ansiedad se aumentan durante esta época. Entre ellos están:

Villanueva, L; Pérez, M; Fernando, L. (2000) quienes han podido encontrar que existen problemas afectivos relacionados con el embarazo en las adolescentes. El objetivo de su investigación consistía en determinar la frecuencia de depresión en las madres embarazadas y explorar los factores de riesgo potenciales asociados a la presencia de la depresión, en un periodo de 6 meses se aplicó el Inventario para Depresión de Beck (IDB) a todas las embarazadas con 14 a 19 años de edad que acudieron para control prenatal al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de México y que ingresaron al Programa de Embarazo Adolescente. Además, se realizó una encuesta semiestructurada y un cuestionario sobre datos demográficos y antecedentes ginecoobstetricos. No se logró demostrar la asociación de factores de carácter sociodemográfico a la presencia de depresión, la cual se identifico en 39% de las adolescentes embarazadas entrevistadas. Debido a la alta frecuencia de depresión en la muestra, resulto necesaria la instalación de programa de apoyo psicológico de base hospitalaria para la adolescente embarazada que le permita identificar y tratar oportunamente patrones de riesgo en el vínculo materno-infantil

durante el embarazo, así como evitar o limitar repercusiones en el desarrollo psicológico de la adolescente y de su hijo.

0.3 OBJETIVOS

0.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Diseñar y Pilotear un protocolo de evaluación psicológica que permita identificar el estado de salud física y mental y el perfil sociodemográfico de las adolescentes gestantes de la Unidad de Adolescentes Embarazadas del Distrito.

0.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Delimitar el perfil sociodemográfico de población adolescente de la Unidad de Adolescentes embarazadas del Distrito de Cartagena.
- Generalizar un mismo sistema de evaluación psicológica para todas las adolescentes que ingresen a la Unidad de Adolescentes embarazadas del Distrito de Cartagena.
- Diseñar el protocolo como una guía de evaluación psicológica.
- Someter cada uno de los formatos de evaluación que se encuentren dentro del protocolo a la validación de jueces de expertos.
- Elaborar un software de evaluación psicológica para las adolescentes embarazadas.
- Llevar a cabo el pilotaje del protocolo de evaluación psicológica a la población que se encuentra en la unidad de madres adolescentes embarazadas del distrito.
- Hacer una revisión de resultados que permitan realizar ajustes para el mejoramiento del protocolo así como generar inquietudes para posibles investigaciones futuras.

1. METODO

1.1 DISEÑO

El diseño empleado o la estrategia concebida para responder a la pregunta de investigación de este trabajo corresponde a un estudio de corte no experimental, tecnológico, con un diseño de corte psicométrico con aplicación en el sector salud.

1.2 INSTRUMENTO

El protocolo en su totalidad se compone de 3 formatos de evaluación, el primero de ellos contiene un total de 27 ítems que busca información sobre los datos sociodemográficos de la adolescente. El segundo, evalúa los riesgos obstétricos y contiene 65 ítems.

Para la identificación de la vulnerabilidad psicológica y demás variables relacionadas como el autoconcepto, Autoeficacia, proyecto de vida y emocionalidad de las adolescentes gestantes de la Unidad de Adolescentes Embarazadas del Distrito se diseñó un tercer formato cuestionario que está compuesto por 36 ítems de única respuesta, con cuatro opciones de respuesta cada uno. Igualmente la prueba evalúa 4 factores o dimensiones de la vulnerabilidad psicológica. Estas son: Autoconcepto, que consta de 6 ítems, Autoeficacia que consta de 6 ítems, emocionalidad, de 21 ítems y proyecto de vida de 4 ítems.

Finalmente se aplicó la escala de depresión de Beck para establecer la presencia y el grado de esta en cada una de las adolescentes.

Todas las anteriores variables fueron medidas por considerarse importantes de acuerdo a la literatura consultada en relación a los factores psicológicos asociados al embarazo en adolescentes. (Ver Anexo 2).

Posteriormente los formatos fueron corregidos, esta corrección se efectuó a través de la validación de jueces en la que participaron un juez psicométrico, uno metodológico, y otro teórico.

Se hicieron valoraciones a cada uno de los ítems a través de una escala de 0 a 5, así como también hacían las sugerencias pertinentes a cada uno de ellos. Dentro de las correcciones realizadas se encuentran:

1. Formato I: En este formato el orden de los ítems fue modificado, reorganizándolos en cinco categorías (Datos de identificación, Datos familiares, Información de la Pareja, Antecedentes Personales e información familiar).
2. Formato II: En este la numeración fue cambiada ya que antes los ítems estaban organizados por letras y se hizo una nueva organización por números.
3. Formato III: Algunos ítems fueron modificados, otros agregados y otros eliminados porque su validez de contenido fue cuestionada y los que quedaron fueron reagrupados en cuatro factores (Autoeficacia, Autoconcepto, proyecto de vida y emocionalidad).

1.3 POBLACIÓN

La población de esta investigación, corresponde a 12 internas entre los 12 y 18 años de edad que se encuentran en estado de embarazo y presentan unas condiciones especiales como abandono, maltrato, desprotección de familias, precaria situación económica (estrato 1 y 2); por las que son remitidas por el ICBF a la Unidad de Adolescentes Embarazadas del Distrito.

1.4 MUESTREO

Dado que la población de esta investigación es reducida y limitada se aplicará el pilotaje del protocolo a la totalidad de las adolescentes que se encuentren internas en el momento teniendo en cuenta su previo consentimiento.

1.5 PROCEDIMIENTO

Para el logro del objetivo de esta investigación se llevarán a cabo los siguientes pasos.

- Diseño del protocolo de evaluación psicológica fundamentado en la revisión teórica.
- Validación de jueces de expertos y elaboración del protocolo de evaluación psicológica para adolescentes embarazadas.
- Elaboración del software de evaluación psicológica compuesto de tres formatos: Formato 1 (Información Socio demográfica), Formato 2 (Riesgos Obstétricos), Formato 3 (Vulnerabilidad Psicológica).
- Pilotaje del protocolo de evaluación a las adolescentes gestantes de la unidad
- Revisión de resultados y ajuste del protocolo.
- Elaboración de conclusiones y de posibles sugerencias.
- Identificación del perfil sociodemográfico de las adolescentes.

2. RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

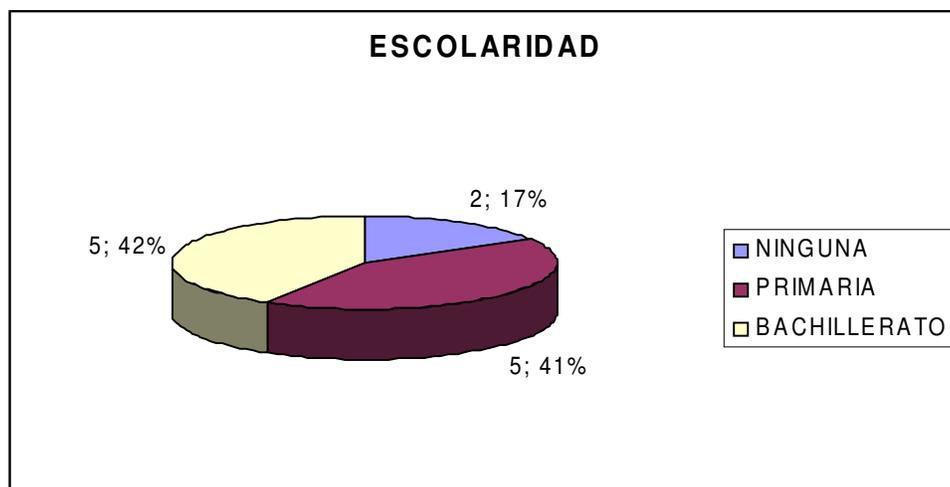
Las edades de las 12 adolescentes oscilaron entre los 14 y 17 años, con una media poblacional de 15.83.

En cuanto al nivel socioeconómico de las entrevistadas la totalidad de éstas pertenecen a un nivel bajo.

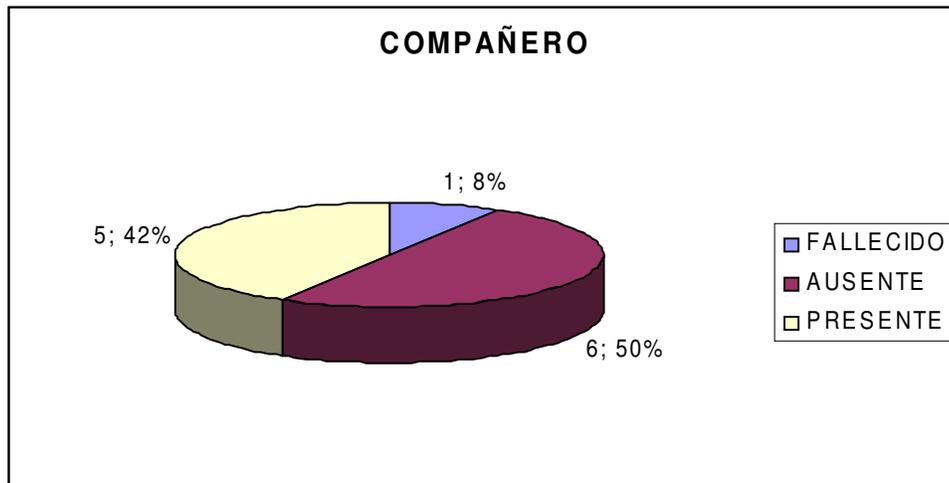
La totalidad de ellas es soltera.

Con respecto a la atención psicológica recibida previamente, ninguna de ellas reportó haber tenido experiencia terapéutica.

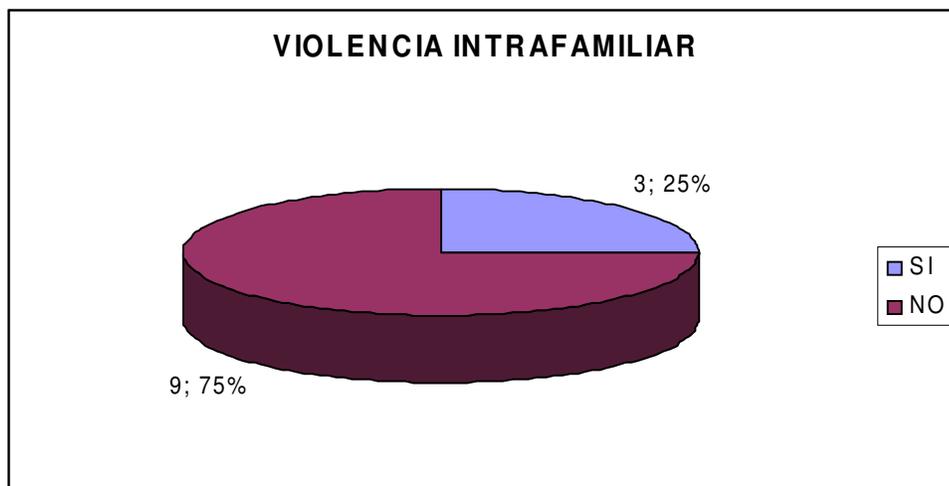
Gráfica 1. Nivel de escolaridad de las adolescentes



Se debe aclarar que el nivel bachillerato corresponde a las adolescentes que cursaron algún grado de este nivel, lo cual no indica la culminación del mismo, ya que se encontró que ninguna ha logrado finalizar sus estudios, en la mayoría de los casos por la edad cronológica, en otros por falta de recursos económicos o situaciones socioculturales.

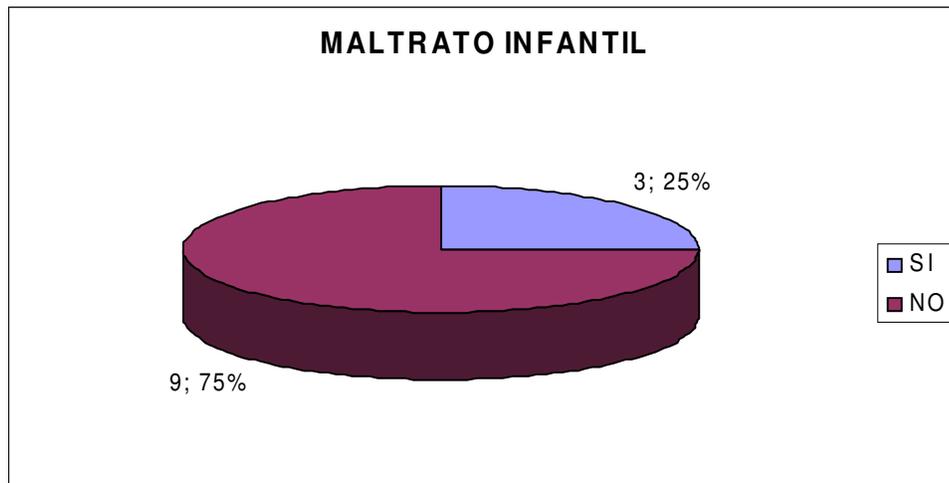
Gráfica 2. Grado de compromiso del compañero hacia el embarazo

En esta gráfica se observa un alto porcentaje 58% de adolescentes cuyo compañero no representa un apoyo emocional ni económico, situación coadyuvante a la vulnerabilidad psicológica y al deterioro de diversas dimensiones del sistema vital de cada una de las entrevistadas.

Gráfica 3. Antecedentes de violencia intrafamiliar

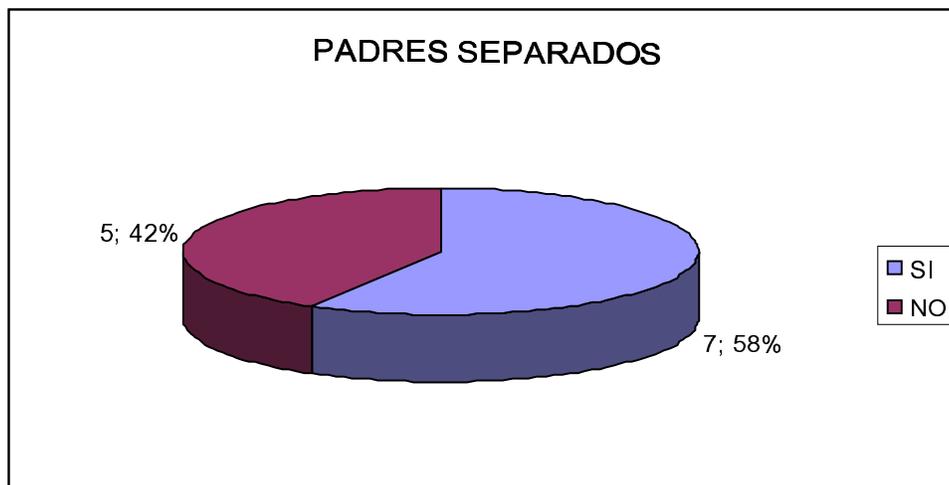
Los datos muestran un porcentaje nada desdeñable (25%), de casos en los que existen antecedentes de violencia al interior de las familias de origen de las adolescentes.

Gráfica 4. Antecedentes de maltrato infantil



La gráfica muestra un porcentaje 25% del total de los casos en donde existió maltrato en la infancia.

Gráfica 5. Adolescentes cuyos padres se encuentran separados



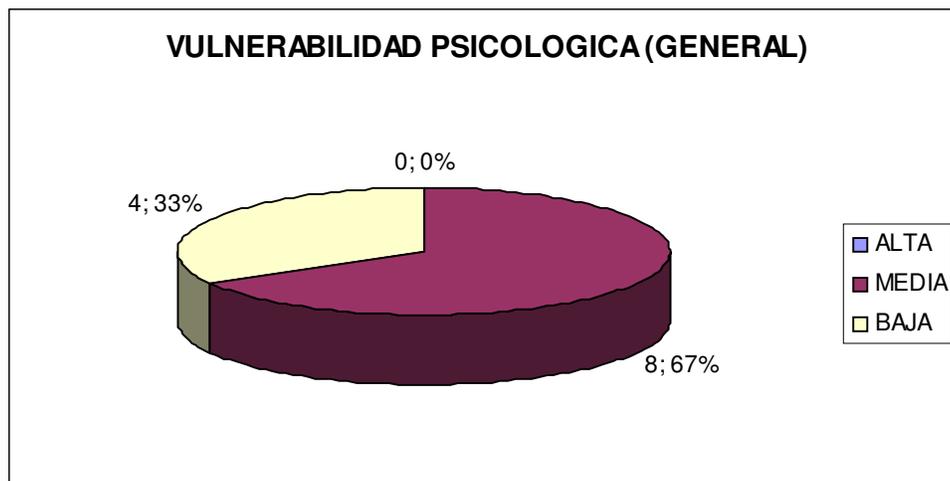
Un significativo porcentaje, 58%, de las padres de las adolescentes se encuentran separados.

En lo que se refiere al Formato I de información Sociodemográfica, se pudo encontrar una población homogénea con las siguientes características: Un nivel socioeconómico bajo, en el nivel de escolaridad ninguna había culminado el bachillerato, se encontró que la mayoría era soltera y menores de 18 años; dentro de sus antecedentes familiares una gran cantidad tenía padres separados y tenían antecedentes de violencia y maltrato familiar; las condiciones de vivienda no eran las más favorables debido a que vivían muchas personas en un espacio reducido y con servicios precarios.

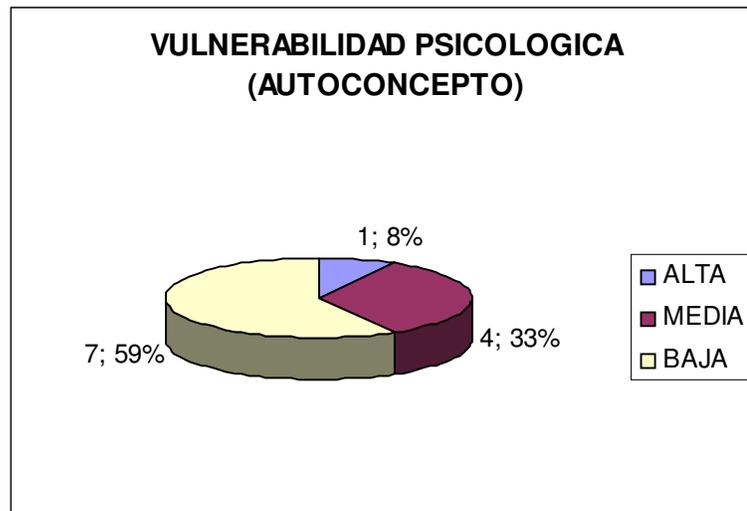
En el Formato II, referente a los Riesgos Obstétricos la información obtenida fue insuficiente, debido al poco conocimiento sobre el tema por parte de las adolescentes y del poco material médico que se encuentra en la institución, bien sea por su ingreso reciente o porque el personal encargado del área médica (Auxiliar de Enfermería) no tiene la capacitación suficiente para el manejo de esta información.

Por otra parte, en el Formato III donde se midieron los aspectos psicológicos como Autoeficacia, Autoconcepto, Proyecto de vida y Emocionalidad. En términos generales, un 67% de las adolescentes obtuvo puntuaciones medias, porcentaje que es significativo. (Ver gráfica 6).

Gráfica 6. Vulnerabilidad psicológica

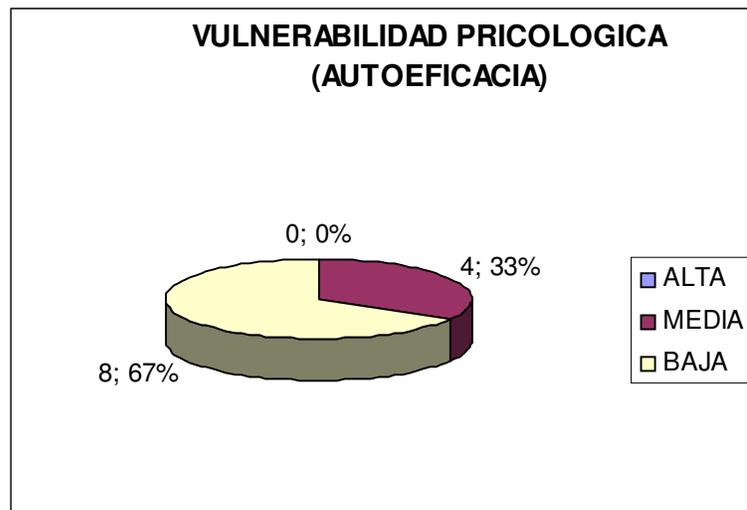


Gráfica 7. Vulnerabilidad psicológica en la dimensión de autoconcepto



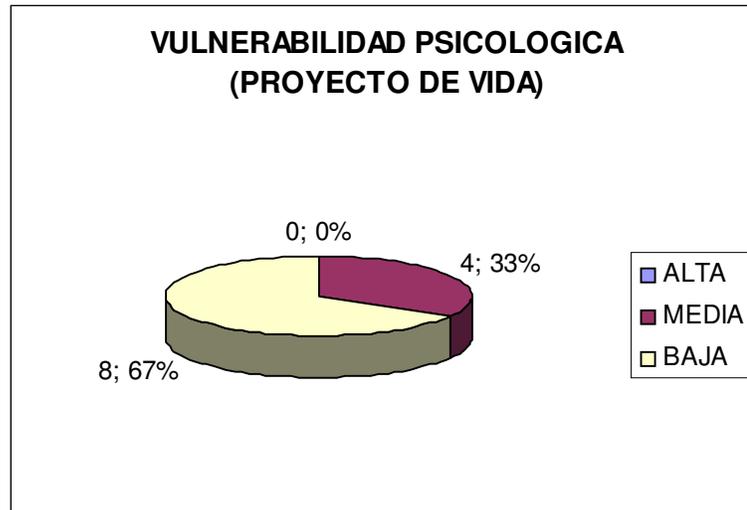
En el autoconcepto, un 8% de la población obtuvo una puntuación alta, un 33% posee mediana vulnerabilidad, y un 59% de los casos obtuvo puntuaciones bajas.

Gráfica 8. Vulnerabilidad psicológica en la dimensión de autoeficacia



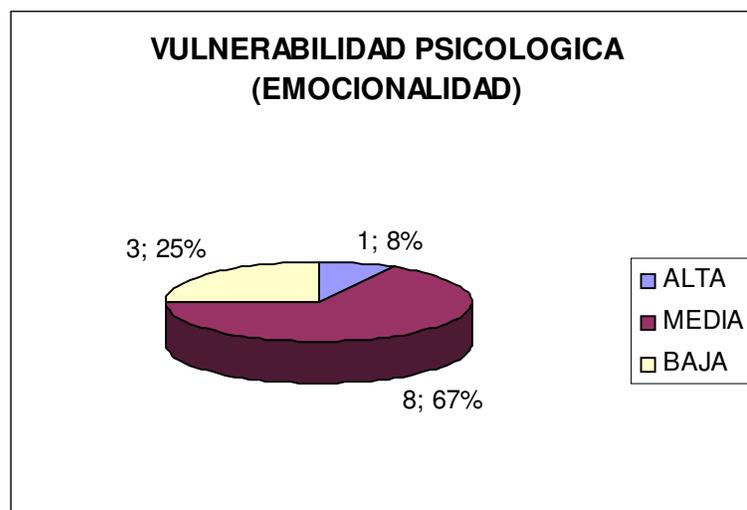
En la Autoeficacia, el 33% obtuvo una vulnerabilidad media y un 67% baja.

Gráfica 9. Vulnerabilidad psicológica en la dimensión de proyecto de vida



En lo que se refiere al Proyecto de Vida, un 33% de la población obtuvo puntuaciones medias, y un 67% presentó baja vulnerabilidad.

Gráfica 10. Vulnerabilidad psicológica en la dimensión de emocionalidad.

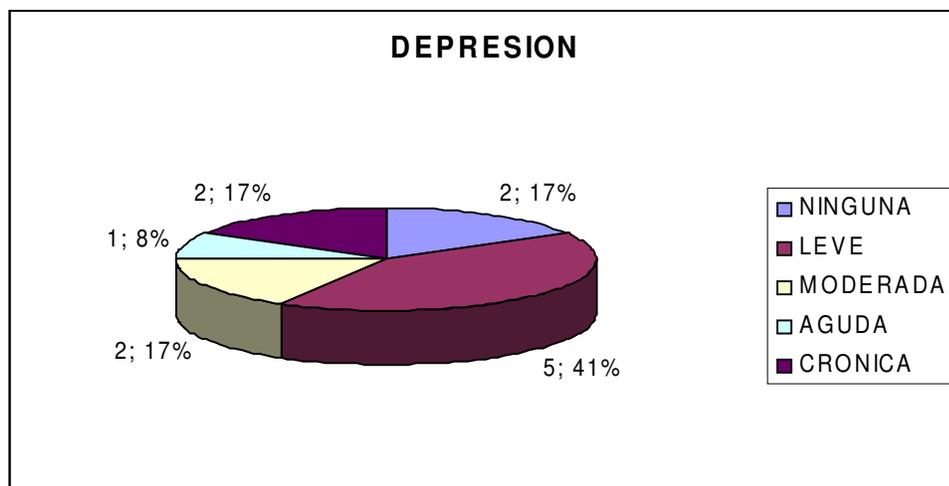


En la dimensión de la emocionalidad, un significativo 67% de la población mostró tener una vulnerabilidad media. Igualmente un 8% obtuvo puntuaciones altas.

DEPRESION

Finalmente, en la medición del nivel de depresión, se utilizó la escala de depresión de Beck. Los resultados se ilustran en la gráfica 11. Es significativo que el 83% de la totalidad de la población evidenció algún grado de depresión, entre ellos un 17% mostró una depresión crónica, otro 17% correspondió a adolescentes con depresión moderada, y un contundente 41% mostró tener depresión leve.

Gráfica 11. Niveles de depresión en las adolescentes.



3. DISCUSION

Como primera conclusión de este estudio se evidencia la importancia de la interdisciplinariedad para tratar problemáticas humanas, individuales y colectivas desde un enfoque biopsicosocial, esto ratifica la dirección que esta teniendo el sector de la salud materno-infantil en el campo de la prevención y la intervención desde una perspectiva multidisciplinaria. En el afán por hacer honor a la complejidad del fenómeno del embarazo en la Unidad de adolescentes embarazadas del distrito, se hizo necesaria la introducción de una evaluación de riesgos ginecobstétricos, esto en el intento de realizar una medición integradora. Sin embargo, es necesario confesar que resultan muchas enseñanzas de esta investigación con respecto a la aventura de manejar campos en los que no existía por parte de las autoras una preparación especializada y profunda, fue así como se hizo imprescindible la asesoría de expertos en el ámbito de la ginecobstetricia y tal grado de especialización y profundidad limitó los alcances de uno de los formatos del protocolo, precisamente el que corresponde a la evaluación de tal dimensión.

En primer lugar, el diseño conceptual de la evaluación de los riesgos ginecobstétricos no pudo ser más completo, claro y detallado. Esto constituye una gran enseñanza para mostrar como el rol del psicólogo va mucho más allá de su formación en pregrado y que en aras de lograr resultados eficaces un profesional íntegro y con una visión amplia de las problemáticas plantea alternativas y recurre a campos relacionados con estas.

Una dificultad encontrada en el transcurso de la investigación fue para recopilar la información relacionada con los riesgos ginecobstétricos bien sea por la inexistencia de esta, por la deficiencia en la organización y compilación de datos implicados dentro de un formato estandarizado, o por la necesidad de mayor capacitación en este sentido al personal de salud de la institución.

Por lo anterior es justo decir que más que ineficaz, la evaluación de riesgos ginecobstétricos representa una necesidad básica dentro de la Unidad de adolescentes embarazadas. Motivo por el cual desde ya el formato II del protocolo

constituye un aporte sencillo pero significativo a la Unidad, de manera que permite realizar un proceso de evaluación más eficaz y completo.

Otra prueba de la necesidad de la interdisciplinariedad para obtener resultados óptimos es la participación de un arquitecto con conocimientos de ingeniería de sistemas quien elaboró el software, contando con la participación activa de las autoras de esta investigación. En todo sentido es enriquecedora la experiencia de la sistematización de las herramientas de evaluación ya que es innegable la eficacia y eficiencia con que se codifican, analizan e interpretan los datos a partir de la introducción de estos a un programa especializado. Igualmente las herramientas gráficas y visuales que se ilustran en el programa facilitan el análisis de la información que realicen los profesionales.

Por lo anterior no cabe duda que resulta más beneficioso, no solo para la Unidad de Adolescentes gestantes, sino para diversas instituciones que trabajen con esta problemática, invertir recursos financieros y profesionales para la compra de un equipo y la capacitación del personal con el propósito de hacer uso de esta herramienta que cada vez que es empleada ahorra tiempo, esfuerzos y resulta más eficaz.

En relación a los aspectos a mejorar del software se encuentra el que el perfil sociodemográfico sea ilustrado, como los demás perfiles, mediante una gráfica. Por supuesto, a pesar de la existencia de los manuales es necesario un entrenamiento del equipo de profesionales en el manejo del software.

En otro sentido, el formato III del protocolo buscó medir la vulnerabilidad psicológica de las adolescentes con base en la literatura consultada que planteaba aspectos de primordial relevancia como lo son la formulación y el replanteamiento del proyecto de vida, el compromiso del auto concepto y la autoestima, los altos niveles de emocionalidad y una mayor incidencia de depresión especialmente en situaciones de mayor tensión, impotencia u otros factores de riesgo asociados.

En el caso de la población perteneciente a la Unidad de Adolescentes embarazadas del distrito, las dimensiones donde se encontró mayor vulnerabilidad fueron la emocionalidad y autoconcepto. Sin embargo, lo más interesante es que el tamaño reducido de la población permite implementar estrategias personalizadas según cada caso en particular ya que existen marcadas tendencias en algunas de las adolescentes en diversas de estas dimensiones.

La posibilidad de tener a la mano las gráficas del perfil permiten ajustar cada intervención a las necesidades individuales de cada adolescente.

Finalmente las relaciones planteadas por diversos autores entre el embarazo en adolescentes con aspectos como bajos niveles de escolaridad, pobreza, violencia Intrafamiliar, Madresolterismo entre otros, no son nada concluyentes, este estudio poco puede establecer tal relación dado que la extensión limitada de la población le otorga una pequeña validez externa. A pesar de que el total de la población entrevistada cumple con al menos una de las anteriores condiciones es un pequeño grupo dentro de la extensa población de adolescentes gestantes de la ciudad de Cartagena y aun de Colombia.

Lo que sí resulta contundente es la relación directa observada en razón a que a mayor número de factores de riesgo existentes mayor probabilidad de riesgo habrá, bien sean de tipo obstétrico o psicológico. Además, en relación a los componentes de riesgo implicados unos actúan como coadyuvantes de otros complejizando la problemática.

Lo importante de todo esto es que un equipo interdisciplinario idóneo, comprometido y empleando estrategias de orden biopsicosocial representan un factor que canaliza dichos factores de riesgo predisponentes y permiten una experiencia de reelaboración del sistema vital, de reformulación de proyectos de vida realistas y positivos, de ajuste psíquico dentro de las contrariedades socioeconómicas, de futuro promisorio en lugar de presente devastador y desesperanzador.

4. REFERENCIAS

- Aiken, L. (1996). Tests Psicológicos y Evaluación. Colombia: Prentice Hall.
- Davidoff, L. (1993) Introducción a la psicología. Mexico: Ed. Mc Graw Hill.
- Echaburúa, E. (2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: Un enfoque Clínico. Barcelona: Ed. Ariel.
- Fichtner, N (1997). Transtornos mentais da infancia e da adolescencia. Porto Alegre: Ed Artes Médicas.
- Hernández, Fernández y Baptista. (1991). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. 2da Ed. México D.C.
- Khhale, Bittar, Nader, Zugaib. (1992). Gestacao na adolescencia: aspectos somato-psíquicos. Revista Ginecología y obstetricia; 3 (2)
- Lefrancois, G.(2001) El ciclo de la vida. México: Ed. Thomson.
- Llavona, L. Una guía práctica de la entrevista conductual. Universidad complutense de Madrid.
- Organización mundial de la Salud. (1998). Ginebra. “Hacia un futuro mejor. Salud de la madre y el niño.”
- Papalia, D. (1997). Desarrollo Humano. Mc Graw Hill. México. 6ta Ed.
- Sanchez, P. Mendieta, N (1994) Embarazo en la adolescencia: Experiencia de ASCP. Revista de Obstetricia y Ginecología. 45 (3) : 208 – 12 Julio – septiembre.
- Villanueva, Pérez, Iglesias. (2000) Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. Rev. Ginecología y obstetricia. Méx.; 68 (4).

ANEXOS

Anexo 1

UNIDAD DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL DISTRITO DE CARTAGENA

La Unidad de la Madre Adolescente es un centro de atención que permite prestar servicios integrales a este grupo de población. Para ello la Secretaria de Desarrollo Social y Humano en convenio con el ICBF llevan a cabo el programa de Unidad de Adolescentes Embarazadas durante la administración del Dr. Gabriel García Romero, iniciando sus actividades en el mes de Agosto y Septiembre de 1994, bajo la dirección de Cecilia Morales, ubicada en sus inicios en el Paseo Bolívar.

Como modalidad interna se atiende a las jóvenes que dadas unas condiciones especiales, como abandono, maltrato, desprotección de familias, violación, abuso sexual, precaria situación económica, viven en la institución proporcionándoles todo lo necesario para su buen desarrollo integral, salud, nutrición, capacitación pre-laboral, orientación social, y ejercicios profilácticos para el adecuado trabajo de parto. Además se le proporciona toda la dotación de aseo.

Misión de la unidad de adolescentes embarazadas:

Atender a jóvenes en condiciones de abandono o en peligro físico y /o moral en estado de embarazo en edades de 13 a 18 años. Reorientando programas de atención integral mediante capacitación técnica, atención en salud, nutrición, profilaxis del parto, educación y recreación.

Visión de la unidad de adolescentes embarazadas:

En la Unidad de Adolescentes Embarazadas se estructuran acciones para la prevención y tratamiento del embarazo precoz, proporcionándole a las jóvenes herramientas que permitan mejorar la calidad de vida de sus familias y la comunidad en general.

Objetivos de la unidad de adolescentes embarazadas:

- Brindar atención y protección integral a las jóvenes en estado de embarazo, en situación de alto riesgo o en peligro físico o moral, propendiendo por garantizar los derechos fundamentales consagrados en la constitución nacional.
- Articular acciones para el rescate y apropiación de valores fundamentales para el desarrollo humano sostenible en la juventud colombiana.
- Reorientar los programas de formación de la Unidad para dar respuestas a las inquietudes de las adolescentes embarazadas.

Gestionar y ejecutar convenios o alianzas con entidades educativas de investigación publicas y privadas y organizaciones distritales, nacionales e internacionales. En cuanto a la población que es atendida, el número de jóvenes internas es de 14, que oscila entre las edades de 13 y 18 años. De la misma manera se beneficiaran las familias contando con el equipo interdisciplinario de la institución.

Ya habiendo establecido un marco general de las condiciones actuales de la institución se hace necesario mostrar las realidades epidemiológicas de los embarazos en las adolescentes en el mundo pero especialmente en Colombia.

Desde 1990 cada cinco años se realiza en Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud que ofrece información actualizada acerca de la población especialmente de las mujeres y las adolescentes en el país (15-49 años).

La violencia que reciben las adolescentes al interior del hogar es tan grave como la que enfrenta Colombia en estos momentos y es que la guerra interna del país, no dista mucho de las agresiones y los enfrentamientos que se presentan a nivel

familiar, la encuesta del año 2000 reporta que la violencia en las adolescentes se duplico en los últimos cinco años a nivel nacional.

En la ciudad de Cartagena se reportan ocho casos diarios de violencia familiar en los estratos 1 y 2. El 90% se da en la zona suroccidental y en la zona suroriental y es de estas zonas de donde vienen mas jóvenes menores de edad en estado de embarazo.

En Cartagena estas adolescentes se enfrentan a comportamientos, costumbres, creencias, carencias y necesidades insatisfechas en el campo de la familia y salud sexual reproductiva. La mayoría de estas jóvenes presentan los siguientes problemas:

- Violencia Intrafamiliar.
- Pobreza.
- Bajo Nivel Educativo.
- Abandono de sus padres.
- Alcoholismo y fármaco dependencia en a familia.
- Deprivacion psicoafectiva.
- Relaciones Familiares no asertivas.
- Socialización callejera.
- Crisis de valores a nivel familiar.
- Violencia verbal y psicológica.
- Problemas nutricionales.

La procedencia de las adolescentes embarazadas es de:

- Cartagena.
- Otros municipios de la costa atlántica.
- Del departamento de Bolívar.
- Otros departamentos del País.

Anexo 2

FORMATOS INICIALES DEL PROTOCOLO

FORMATO I

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. HISTORIA # _____
2. FECHA DE INGRESO _____
3. FECHA DE CONSULTA _____
4. NOMBRES _____
5. APELLIDOS _____
6. IDENTIFICACIÓN _____
7. EDAD _____
8. ESTADO CIVIL _____
9. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____
10. RELIGIÓN _____
11. DIRECCIÓN _____
12. TELEFONO _____
13. INGRESO MENSUAL FAMILIAR _____
14. NIVEL SOCIOECONÓMICO _____
15. NIVEL DE ESCOLARIDAD _____
16. OCUPACIÓN _____
17. NOMBRE PADRE _____
18. OCUPACIÓN PADRE _____
19. NOMBRE MADRE _____

20. OCUPACIÓN MADRE _____

21. COMPANERO _____

22. OCUPACIÓN COMPANERO _____

23. NUMERO DE EMBARAZOS _____

24. A TERMINO _____ INTERRUMPIDOS _____

25. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL _____

26. ANTECEDENTES

27. INFORMACIÓN FAMILIAR

28. CONVIVE CON:

26.1 PADRE: ()

26.2 MADRE: ()

26.3 ABUELA: ()

26.4 ABUELO: ()

26.5 HERMANOS: ()

26.6 PAREJA: ()

26.7 TIOS: ()

26.8 PRIMOS: ()

26.9 PADRASTROS: ()

26.10 HERMANASTROS: ()

26.11 SUEGROS: ()

26.12 CUNADOS: ()

TOTAL DE PERSONAS: _____

29. ESTRUCTURA FÍSICA DEL HOGAR

29.1 MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN _____

29.2 NUMERO DE HABITACIONES ()

29.3 LUZ ()

29.4 AGUA ()

29.5 GAS ()

29.6 ALCANTARILLADO ()

FORMATO II RIESGOS OBSTETRICOS

Nombre _____
 Edad: < 18 _____ > 35 _____
 Edad gestacional: _____
 Grupo Sanguíneo _____ RH _____
 Grupo Sanguíneo Pareja _____ RH _____

Antecedentes Familiares:

- a. Diabetes. Si _____ No _____
- b. TBC Pulm. Si _____ No _____
- c. Hipertensión Si _____ No _____
- d. Gemelares Si _____ No _____
- e. Otros _____ Si _____ No _____

Antecedentes Personales:

- a. TBC Si _____ No _____
- b. Hipertensión Crónica Si _____ No _____
- c. Cirugía Pélvico Uterina Si _____ No _____
- d. Infertilidad Si _____ No _____
- e. Consumo Cigarrillo Si _____ No _____ Duración _____
- f. Consumo Alcohol Si _____ No _____ Duración _____
- g. Consumo sustancias psicoactivas Si _____ No _____ Duración _____
- h. Otros _____ Si _____ No _____

Antecedentes Obstétricos:

- a. Edad Primera Menstruación: _____
- b. Embarazos Anteriores Si _____ No _____ Cuantos _____

Embarazo Actual:

- a. Antitetánica Si _____ No _____
- b. Isoinmunización Si _____ No _____
- c. Fuma Si _____ No _____ Cigarrillos día _____
- d. Bebe Si _____ No _____
- e. Sustancias Psicoactivas Si _____ No _____
- f. Hospitalización Si _____ No _____
- g. Ex. Clínico Normal Si _____ No _____
- h. Ex. Mamas Normal Si _____ No _____
- i. Papanicolau Normal Si _____ No _____
- j. Ecografía Normal Si _____ No _____
- k. VDRL Si _____ No _____
- l. VIH Si _____ No _____
- m. Toxoplasmosis Si _____ No _____
- n. Hipertensión Si _____ No _____
- o. Edema Si _____ No _____

Etapa Perinatal.

1. Posición Fetal

- a. Cefálica
- b. Pélvica
- c. Transversal.

2. Tamaño Fetal Acorde Si ___ No ____.

3. Edad Gestacional < 37 ___ > 41 ___ semanas.

4. Patologías del Embarazo

- a. Embarazo Múltiple Si ___ No ____
- b. Hipertensión Previa Si ___ No ____
- c. Pre-eclampsia Si ___ No ____
- d. Eclampsia Si ___ No ____
- e. Cardiopatías Si ___ No ____
- f. Diabetes Si ___ No ____
- g. Infección urinaria Si ___ No ____
- h. Otras Infecciones Si ___ No ____
- i. Parasitosis Si ___ No ____
- j. R.C.I.U Si ___ No ____
- k. Amenaza de Parto Prematuro Si ___ No ____
- l. Desproporción cefálica-pélvica Si ___ No ____
- m. Hemorragia 1er trimestre Si ___ No ____
- n. Hemorragia 2do Trimestre Si ___ No ____
- o. Hemorragia 3er Trimestre Si ___ No ____
- p. Anemia Crónica Si ___ No ____
- q. Ruptura Prematura de Membranas Si ___ No ____
- r. Infección Puerperal Si ___ No ____
- s. Hemorragia Puerperal Si ___ No ____
- t. Otras Si ___ No ____ Cuales _____

5. Terminación del embarazo

- a. Espontáneo Si ___ No ____
- b. Fórceps Si ___ No ____
- c. Cesárea Si ___ No ____
- d. Otros Si ___ No ____

6. Nivel de atención

- a. 3er Nivel Si ___ No ____
- b. 2do Nivel Si ___ No ____
- c. 1er Nivel Si ___ No ____
- d. Domiciliaria Si ___ No ____
- e. Otro Si ___ No ____

7. Muerte Intrauterina Si ___ No ____

8. Episiotomía Si___ No_____
9. Desgarros Si___ No_____
10. Alumbramiento espontáneo Si___ No_____
11. Tipo de medicamento utilizado en el parto
- a. Anestesia Regional Si___ No_____
 - b. Anestesia General Si___ No_____
 - c. Analgésico Tranquilizante Si___ No_____
 - d. Oxitocina Si___ No_____
 - e. Antibiótico Si___ No_____
 - f. Otro Si___ No_____
 - g. Ninguno Si___ No_____

Puerperio

12. Sexo: F___ M_____
13. Peso al nacer
- a. < 2.500 gr. Si___ No_____
14. Talla > 45 cm. Si___ No_____
15. Perímetro Cefálico
16. Edad por examen físico:
- a. < 37 semanas Si___ No_____
17. Apgar
- a. < 6 Si___ No_____
18. Reanimación Respiratoria Si___ No_____
19. Madre:
- a. Temperatura > 37.5
 - b. Presión Arterial < 140/90 _____
 - c. Pulso > 100
 - d. Herida Perinatal / Cesárea Si___ No
 - e. Lactancia Pecho Si___ No_____
 - f. Lactancia Mixta Si___ No_____
 - g. Lactancia Artificial Si___ No_____
20. Examen Físico Neonato Normal Si___ No_____

21. Patologías:

- a. Apnea Si___ No___
- b. Otros SDR Si___ No___
- c. Hemorragia Si___ No___
- d. Otras Hematológicas Si___ No___
- e. Infecciones Si___ No___
- f. Defectos Congénitos Si___ No___
- g. Neurológicos Si___ No___
- h. Metabolismo y Nutrición Si___ No___

Anexo 3
FORMATO III
VULNERABILIDAD EMOCIONAL

A continuación se presentaran una serie de afirmaciones ante las cuales algunas personas se encuentran de acuerdo y otras en desacuerdo. No existen respuestas buenas o malas. Solo reflejan su opinión a acerca de cada frase.

La información obtenida será utilizada sólo para fines investigativos no será divulgada sin su autorización.

De acuerdo a la afirmación presentada, enumere en una escala de 1 a 4, de acuerdo se ajuste a su propia situación:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Parcialmente en desacuerdo
4. Desacuerdo

	1	2	3	4
1.Me siento satisfecha con mi cuerpo y apariencia física.				
2.Me considero una joven atractiva.				
3.Si tuviera la oportunidad no cambiaria nada de mi cuerpo.				
4.Me siento bonita.				
5.Todo lo que hago me sale bien.				
6.Los demás consideran que sirvo para hacer las cosas bien.				
7.Siento que he tenido éxito en todo.				
8.No se me olvidan las cosas que me enseñan.				
9.Me considero inteligente.				
10. Creo que tengo grandes cualidades.				
11. Soy buena para realizar los trabajos que se me encomiendan.				
12. No me pongo nerviosa cuando me preguntan algo.				
13. No me siento nerviosa ahora.				
14. Cuando me reprenden soy conciente de mis errores.				
15. Mis padres se sienten orgullosos de mi.				

16. Mis padres no me regañan mucho.				
17. Es muy difícil que me enfade.				
18. Tengo bastantes amigos.				
19. Cuando voy a realizar una actividad me pongo metas a corto plazo para llevarla a cabo.				
20. Tengo claro lo que quiero de mí en mi futuro.				
21. Creo que mis expectativas con relación a mi futuro son realistas.				
22. Soy yo la que tomo las decisiones de mi vida.				
23. Suelo ser persistente cuando me propongo algo.				
24. Sé que las actividades que realizo me sirven para mi futuro.				
25. Tome la decisión de quedar embarazada.				
26. Siento que el ser madre es un progreso en mi vida.				
27. Me siento apoyada por mi familia.				
28. Me siento apoyada por mi pareja.				
29. Desde ahora tengo diálogos con mi bebé.				
30. Considero a ese bebé como un ser que siente y piensa.				
31. Tengo clara la forma de sostener al bebé.				
32. Reconozco la importancia de la lactancia materna.				
33. NO me incomodan los cambios físicos del embarazo.				
34. Soy consciente que de ahora en adelante voy a hacer cosas distintas a las que hacía antes de quedar embarazada.				

Gracias por tu colaboración

Anexo 4

MANUAL DEL PROTOCOLO

