

LOS SERVICIOS DE POST-ABORTO PARA LAS ADOLESCENTES DE LA REPUBLICA DOMINICANA



ENGENDERHEALTH



centro de estudios
sociales y demográficos

Los Servicios Postaborto para las Adolescentes de la República Dominicana

**ENGENDERHEALTH
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS**

2002 EngenderHealth y Centro de Estudios Sociales y Demográficos

EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001
USA
e-mail:Info@engenderhealth.org
www.engenderhealth.org

Centro de Estudios Sociales y Demográficos
Av. Bolívar 911, Apto. 602, La Julia, Apartado Postal 4279
Santo Domingo, República Dominicana
e-mail:cesdem@codetel.net.do

Brígida García Romero: Autora, dirección, análisis y redacción de informe
Inés Escandón y José Figueroa: Asesores técnicos
Grisel Lerebours: Colaboración técnica
Herminia Arias y Verónica Félix: Entrevistadoras
Mario Díaz y María Urbáez: Transcripción de entrevistas
Arielina Oviedo: Corrección de estilo
Joselyn Marte: Edición y diagramación
José A. Batista y Claudia Marchena: Colaborador/a

Impreso en Santo Domingo, República Dominicana
Noviembre 2002

Esta investigación y publicación ha sido posible gracias al apoyo provisto por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del acuerdo cooperativo HRN-A-00042-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son responsabilidad de los/as autores/as y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las adolescentes que de manera espontánea y abierta colaboraron para que esta investigación fuese posible. Asimismo extender ese agradecimiento a los directores, administradores y al personal médico y de enfermería de los dos hospitales participantes, por su entusiasta y franco apoyo para realizar las entrevistas, en el entendido que los resultados serán utilizados para mejorar la calidad de atención en los servicios de postaborto dirigidos a las adolescentes.

A Lorelei Goodyear, Kristina Graff, Mark Barone, Rachael Pine y Karen Beattie, de EngenderHealth por su ayuda en el diseño del estudio. A Lisa Bohmer (Pacific Institute for Women's Health); Anju Malhotra (International Center for Research on Women); Victoria Ward (International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region), por compartir sus experiencias y/o materiales sobre las investigaciones con adolescentes.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO I

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS	1
1.1. Perspectiva de la investigación: justificación y pertinencia	1
1.2. Tipo de investigación	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.4. Muestra	3
1.5. Fases de la investigación	4
1.6. Rigor de la investigación	5
1.6.1. Instrumentos para la recolección de la información	6
1.6.2. Procedimiento para la recolección de información	6
1.6.3. Papel de las investigadoras	7
1.6.4. Componente ético	7
1.7. Análisis	8
1.8. El informe	9
1.9. Posibilidades y limitaciones de la investigación	9
2. DESCRIPCION DE LOS/AS INFORMANTES	
2.1. Las clientas	11
2.2. Los/as proveedores/as	13
3. EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	
3.1. Introducción	15
3.2. Visión sobre las relaciones sexuales y el embarazo	15
3.3. Percepción de los/as proveedores/as acerca de las relaciones sexuales y el embarazo en adolescentes	16
3.3.1. Visión sobre la sociedad y la familia	16
3.3.2. Visión sobre la familia	17
3.3.3. Visión sobre la adolescente	18
3.3.4. Otros factores	19
3.4. El embarazo	21
3.4.1. Situación general del embarazo de las entrevistadas	22
3.4.2. Sentimientos respecto al embarazo	22
3.5. El embarazo en el contexto familiar de las adolescentes	23
3.5.1. Embarazo y relación de pareja	23
3.5.2. El embarazo y la familia	25
3.5.3. Formas de apoyar a la embarazada	26
4. EL ABORTO	28
4.1. Introducción	28
4.2. Notas de referencia	28
4.3. Percepción de los/as proveedores/as sobre el aborto	28
4.4. Causas del aborto; preocupaciones y sentimientos	31

4.4.1. Causas	31
4.4.2. Preocupaciones y sentimientos	32
4.4.3. El aborto y la familia	33
5. ATENCIÓN POSTABORTO	36
5.1. Introducción.....	36
5.2. Necesidad de la atención postaborto	36
5.3. El ambiente de la sala de recuperación	39
5.4. Concepción del personal sobre la atención.....	40
5.4.1. Visión del personal sobre la atención en los establecimientos	40
5.4.2. Modelos de atención.....	43
5.4.3. Ruta crítica de atención	44
5.4.3. El aporte de las clientas a la calidad.....	46
5.5. Visión de las clientas sobre el servicio	48
5.5.1. Clientas del HMISLM	50
5.5.2. Clientas del HMNSA	52
5.6. Consejería e información	54
5.6.1. Justificación de la consejería y la información	54
5.6.2. El personal y la consejería.....	55
5.6.2.1. Departamento de adolescentes	56
5.6.3. Las pacientes y la consejería.....	57
5.6.3.1. HMISLM	57
5.6.3.2. HMNSA	58
5.6.4. Síntesis sobre la consejería.....	58
5.7. Síntesis	59
6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR 64	
6.1. Introducción.....	64
6.2. Visión general de la planificación familiar en la República Dominicana	64
6.3. Conocimiento y uso de métodos	66
6.4. Fuente de información.....	67
6.5. Creencias y actitudes anticonceptivas	67
6.6. Síntesis	68
7. REFLEXIONES FINALES.....	69
BIBLIOGRAFÍA.....	72

PRESENTACIÓN

El Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) se complace en ofrecer a EngenderHealth los resultados del estudio “Los servicios postaborto para las adolescentes de la República Dominicana”.

Para comprender la problemática del embarazo y del aborto en las adolescentes y jóvenes dominicanas es necesario profundizar en el modelo de desarrollo social vigente y sus resultados en esta población. El embarazo de las adolescentes y el aborto, en nuestra sociedad, es una expresión de las inequidades socio económicas y de género; de injusticias; y de la violencia que fragmenta la sociedad, la familia y a los sujetos.

Los resultados de esta investigación descubren la necesidad de que todos los sectores, gubernamentales y no gubernamentales, formulen políticas y estrategias que posibiliten a las adolescentes vivir sus derechos sexuales y reproductivos en armonía con el disfrute pleno de todos sus derechos humanos; especialmente el derecho a la educación y a recibir asistencia médica apegada a una estricta ética médica y en condiciones humanas dignas.

Con esta investigación el CESDEM espera haber contribuido para que los servicios postaborto en la República Dominicana continúen su ascendente carrera de mejoría en cobertura y calidad.

Agradecemos a todas las instituciones que nos apoyaron aportando valiosas sugerencias en el proceso de diseño de la investigación, en el análisis de las informaciones y en cómo relacionarnos con las adolescentes y los/as proveedores/as; de manera particular agradecemos al personal de la agencia auspiciadora de este estudio, EngenderHealth, y al personal de los Centros de Salud: Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina y Hospital de Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia.

Tenemos agradecimientos especiales para las adolescentes, los/as médicos/as y las enfermeras informantes quienes, muy amable y desinteresadamente nos contaron sus experiencias y dieron sus aportes para la mejoría de los servicios postaborto.

Maritza Molina Achécar
Directora Ejecutiva
CESDEM

PRÓLOGO

Hoy, uno de los temas más importantes en salud sexual y reproductiva en todo el mundo es la adolescencia, ante lo cual surge la pregunta: ¿Por que hoy se centra tanto la atención en los/las adolescentes? Analicemos estos razonamientos e intentemos responderlos.

- De los poco mas de seis mil millones de habitantes del planeta, más de mil millones son adolescentes (1005 millones). Es la mayor población sobre la tierra que haya visto hasta ahora el género humano. En el mundo de cada 4 personas, más de una tiene entre 10 y 24 años, y en República Dominicana cerca del 35 % de la población corresponde a adolescentes.
- La edad de la menarquia ha ido disminuyendo cada vez más. En el 1900 el promedio estaba en 14 años y para 1970 disminuye a 12.5. El número de años fértiles de la mujer antes del matrimonio ha aumentado por la menarquia cada vez más temprana y porque el matrimonio se está postergando. Por ende, los adolescentes tienen durante más años riesgo de embarazo no deseado o planeado y quizás, mayor posibilidad de cambiar de compañeros sexuales, con lo que se aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.
- El inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprano. En Latinoamérica, de los adolescentes entre 15-19 años, los varones tienen su primera relación- en promedio- en el lapso de los 14-16 años y las mujeres entre 16-18 años. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos usualmente -en promedio- se posterga hasta un año después de tener relaciones sexuales, a pesar del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.
- El 60% de las infecciones de transmisión sexual en el mundo, ocurren en menores de 24 años y cada año hay aproximadamente 6 millones de nuevos infectados con VIH, de los cuales una décima parte corresponde a menores de 15 años.

Datos como los anteriores apenas son una pequeña muestra de la magnitud de los problemas de salud sexual y reproductiva de la población adolescente en el mundo, y dentro de éstos, la procreación precoz e indeseada es uno de los más graves, por la serie de consecuencias que esta situación conlleva.

Como producto de los grandes cambios que se han presentado en el mundo en los últimos tiempos, los adolescentes están iniciando relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, llegando en muchas ocasiones al embarazo no deseado y al aborto provocado, ubicándose este último entre las primeras causas de mortalidad materna en República Dominicana. Estas dos situaciones, además, traen una serie de problemas que van desde alteraciones psicológicas individuales y de pareja, hasta conflictos familiares, económicos, académicos y sociales, entre otros.

Cada año, cerca de 15 millones de mujeres menores de 20 años tienen hijos, lo que equivale a más del 10% de todos los nacimientos del mundo, siendo de éstos, tres de cada seis, embarazos indeseados (50%). Entre las jóvenes que se embarazan, hay algunas que deciden seguir con su embarazo, a pesar de ciertos riesgos. Algunos autores exponen que hay mayor mortalidad materna en mujeres menores de 15 años, siendo 2,5 veces más alta que en el grupo etáreo de 20 a 24 años, igualmente creen que hay en menores de 15 años mayor proporción de anemia, hipertensión, e infecciones vaginales. Aspectos socioeconómicos -más que biológicos- sumados a la falta de control prenatal o a lo inadecuado del mismo, igual contribuyen a aumentar el riesgo.

La mayor parte de las mujeres adolescentes que tienen embarazos indeseados o precoces son solteras. En la mayoría de culturas, las madres solteras y aún más si son adolescentes, se enfrentan a rechazo social con consecuencias psicosociales importantes.

Usualmente, en estos casos el proceso educativo se trunca en la mujer, cambiando las opciones de su vida futura: vida profesional, oportunidades y vida en pareja. Generalmente es una pesada carga económica y las que ya son pobres, tienen más probabilidad de seguirlo siendo y muchas en algunos países tienen que dedicarse a la prostitución para mantener sus hijos. Por lo anterior, fácilmente una gestación indeseada en la adolescencia conlleva a depresión, pérdida de la esperanza en la vida y falta de confianza en sí misma.

Para otras jóvenes que se embarazan, el embarazo no es deseado y la presencia de una gestación no deseada puede conducir a la mujer a un aborto clandestino, con las complicaciones inherentes que pueden terminar en la muerte materna o en morbilidad irreparable.

Según datos de Latinoamérica, Africa y Asia, tres de cada cinco mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto inducido son menores de 20 años, complicaciones que pueden no sólo causar infertilidad, sino muerte.

En la actualidad, el embarazo en la adolescencia se perfila como una de las problemáticas más sentidas de salud sexual y reproductiva en las sociedades latinoamericanas, ya que se observa y se prevé un aumento sostenido en su incidencia, frente al cual no hay mayor investigación sistemática y por lo tanto no se dispone de estrategias de intervención suficientes y apropiadas para prevenirlo y atenderlo.

Hasta el momento, los principales esfuerzos para atender la problemática del embarazo en la adolescencia se han centrado en disminuir el riesgo médico, como factor más importante, por lo cual la adolescente es referida a servicios de "alto riesgo", donde recibe un control pre-natal estricto, igual que cualquier mujer adulta y en algunos casos tienen asesoría psicológica y preparación para el parto, pero sin ninguna diferenciación por su condición de adolescente. Una vez superado el parto, la adolescente se enfrenta a su

nueva condición de vida, asumiendo desde los servicios de atención que la problemática ha sido resuelta.

Es así como se pone en evidencia que nos encontramos ante un fenómeno social de gran magnitud y que plantea un difícil reto a las diversas disciplinas y sectores comprometidos en su resolución y control.

En la actualidad, las acciones que han asumido las instituciones y sectores preocupados por enfrentar dicha problemática apuntan hacia la promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo, desde la perspectiva de prevención primaria y de oferta de servicios de atención y asistencia con énfasis en elementos educativos desde la prevención secundaria, como las estrategias fundamentales de trabajo con las adolescentes.

Es así como la mayor parte de programas y servicios buscan evitar que el embarazo en la adolescencia se presente, o en caso de que esto ya haya ocurrido, espaciar la ocurrencia de un segundo embarazo, facilitando el acceso oportuno a métodos anticonceptivos eficaces.

No obstante, y aunque estos planteamientos son acertados, las estrategias para prevenir la problemática no han dado resultados satisfactorios, ya que ignoran la problemática que prosigue al embarazo y al parto de la adolescente, la cual frecuentemente hace del uso de los métodos anticonceptivos algo ocasional y que no corresponde a un proyecto de vida gestado y asumido por la joven. Se generan así, fenómenos de reincidencia del orden del 20% antes de los 19 años.

La educación sexual -deficiente de por sí- en los colegios y escuelas, es atacada por algunos sectores de nuestra sociedad que piensan que orientar a las/os adolescentes en educación sexual es propiciar para que estos inicien relaciones sexuales tempranamente. Al mismo tiempo, no es secreto para nadie, la inundación de los medios de información (radio, televisión, prensa, internet), incitando directa o indirectamente al sexo, pero sin explorar los temas de autoestima y autoconocimiento, que promueven una sexualidad responsable.

Hay que subrayar que la educación sexual parece tener poco o ningún efecto sobre la actividad sexual o la proporción de embarazos en adolescentes y en contra de la creencia popular, no hay relación entre la educación en anticonceptivos y la iniciación temprana de actividad sexual.

Muchas veces el primer contacto de la adolescente con los servicios de salud es en el entorno de un aborto espontáneo o inducido (hoy casi imposible de diferenciar clínicamente) y a pesar que ya le hemos fallado como proveedores de salud en consultas previas donde no hemos entendido sus necesidades y expectativas en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), nuevamente perdemos la oportunidad de brindar no sólo un servicio de postaborto de alta calidad y humanizado, sino de hacer prevención de:

- Una nueva gestación indeseada (consejería y oferta de métodos anticonceptivos postaborto);
- ITS, VIH, SIDA (información, educación, consejería, explicar el sexo seguro y la importancia del doble método);
- Muertes por cáncer ginecológico (enseñar el auto examen de seno y la necesidad de citología cervicovaginal periódica);
- Violencia intra familiar, etc.

Por lo anterior, desde hace varios años EngenderHealth ha venido capacitando diversas instituciones de Salud en la República Dominicana en la estrategia de Atención Integral al Postaborto (APA), que es una excelente herramienta para aprovechar las oportunidades perdidas en los servicios de SSR. Los componentes de esta estrategia que hemos trabajado en RD son básicamente tres:

- Tratamiento adecuado del aborto y sus complicaciones: control del dolor, adecuadas prácticas de prevención de infecciones, técnicas de evacuación más costo-efectivas como la Aspiración Manual Endouterina.
- Consejería integral en SSR y apoyo emocional antes, durante y después del tratamiento (esta consejería no solo se centra en retorno de fertilidad y proveer métodos de planificación familiar, sino en las necesidades y expectativas de la mujer en SSR, por ej.: enseñanza de auto examen de seno, citología cervicovaginal, uso de doble método, sexualidad segura, etc.)
- Vínculo con otros servicios - no sólo de SSR- como puede ser con el servicio de Planificación Familiar o de ITS, sino con otros servicios como Trabajo Social en caso de sospecha o confirmación de violencia intra familiar, apoyo psicológico, urología etc., es decir, dar a la mujer un servicio de salud integral.

Hoy se ha estado trabajando en un cuarto elemento correspondiente a la importancia de la vinculación de la comunidad y es de resaltar que el personal de EngenderHealth de República Dominicana siempre ha insistido en un elemento adicional que cruza los demás llamado HUMANIZACION; es la base de esta estrategia.

A pesar de los esfuerzos para que las instituciones brinden APA de calidad, verán los lectores en los resultados de esta investigación, cuan difícil es lograr implementar estos cuatro componentes tan sencillos al leerlos en el papel, pero tan complejos en la práctica, pues aunque no requiere una tecnología especial, sí requiere un importante cambio de actitud en los proveedores, en el personal de apoyo y, sobre todo, una visión política diferente de parte de los directivos nacionales y locales, que favorezca una atención de calidad para todas las mujeres dominicanas.

Los resultados que presentamos nos permitirán conocer la situación de cómo se están ofreciendo los servicios en la actualidad, nos muestra cuál es la percepción de nuestros proveedores al ofrecer los servicios médicos y cuál es la percepción de nuestras mujeres adolescentes cuando recurren al sector público en demanda de un servicio para resolver una problemática personal, social, cultural, que en ocasiones implica su vida.

Si queremos un mundo mejor, donde nuestras adolescentes no sufran gestaciones indeseadas, donde haya menos violencia, donde los hijos que lleguen sean fruto del amor, empecemos por ser menos violentos con nuestras adolescentes en los servicios de salud, brindándoles servicios humanizados, de alta calidad y que satisfagan sus necesidades de salud.

Pongámonos en los zapatos de la adolescente que consulta en postaborto y tratémosla como quisiéramos ser tratados, tratémoslas como quisiéramos que trataran a nuestra compañera, hermana o amiga. Sólo así estaremos contribuyendo a mejorar la salud y calidad de vida de nuestras mujeres dominicanas.

Dr. Pio Ivan Gómez Sánchez
Ginecólogo y Epidemiólogo
Asesor Médico y Coordinador de Atención Materna y
Postaborto para América Latina y El Caribe,
EngenderHealth
pgomez@engenderhealth.org

RESUMEN EJECUTIVO

1. Aspectos metodológicos

- La investigación acerca de Los Servicios de Atención Postaborto (APA) para las Adolescentes de la República Dominicana, es de carácter cualitativa, realizada en las dos maternidades estatales más grandes del país, correspondientes al Ministerio de Salud: El Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina. Ambos atienden un alto porcentaje de clientas adolescentes que solicitan tratamiento por complicaciones de aborto.
- La recolección de la información se basó en entrevistas, para las que se utilizaron dos guías semiestructuradas; una para los/as proveedores/as del servicio y otra para las clientas que llegaban al hospital en búsqueda de tratamiento para complicaciones relacionadas con el aborto (incluyendo el aborto incompleto). A través de estas guías se buscaba la consecución de los objetivos de la investigación; es decir, explorar las razones por las cuales las adolescentes requieren de cuidado postaborto; identificar las barreras institucionales o familiares que deben enfrentar para recibir un servicio postaborto de calidad; conocer su percepción sobre los elementos básicos de un servicio de calidad y cómo fue su experiencia al recibirlos; determinar las informaciones o servicios que ellas están interesadas o necesitan recibir para conocer más sobre una reproducción segura. Fueron realizadas 23 entrevistas al personal de servicio APA y 40 a adolescentes con edades entre los 14 y los 19 años, veinte en cada maternidad.
- La investigación se realizó en tres fases. La primera correspondió al proceso de diseño, negociación y ajuste de los términos de referencia; la segunda fase inició con el diseño de los instrumentos de recolección de información y culminó con el análisis y elaboración del informe de los datos de la prueba piloto; la tercera fase la constituyó el proceso de recolección de informaciones y su análisis, cuyos resultados se exponen en este trabajo. La prueba piloto marcó las pautas de la investigación en tres procesos básicos, a saber: a) orientó sobre la mejor forma de acercarse a las adolescentes protegiendo los derechos humanos y legales que les asisten como paciente; b) ajustes del proceso metodológico de la investigación y c) proporcionó al análisis elementos para la categorización.
- La triangulación, básicamente referida a las fuentes y a las investigadoras fue la principal estrategia de análisis. El análisis de los datos estuvo pautado por la construcción de un marco conceptual basado en las investigaciones cualitativas y cuantitativas de la problemática del embarazo, el aborto y la atención postaborto; la realización de resúmenes por temática del contenido de las entrevistas; la sistematización, categorización y reducción de datos lo que se apoyó en la construcción de matrices descriptivas y explicativas.

2. Descripción de los/as informantes

- Todas las adolescentes entrevistadas tenían edades comprendidas entre los 14 y los 19 años; la mayoría de las entrevistadas (35) no había superado el ciclo básico de educación; veintitrés, habían desertado de la escuela por causa del matrimonio y del embarazo. A pesar de haber interrumpido sus estudios, todas tenían expectativas de reintegrarse a la escuela en un futuro cercano. Diez de las pacientes estaban insertadas al mercado laboral formal e informal.
- Quince de las entrevistadas tenían al menos un hijo/a, en el momento de la entrevista. Se calculó que tuvieron su primer hijo/a entre los 15 y los 16 años. Algo más de la mitad (8) de las que tienen hijos/as no viven con ellos/as. De las cinco mujeres que tienen más de un/a hijo/a, cuatro declararon que sus hijos/as son de padres diferentes. Más de la mitad de las adolescentes son hijas de madres que habían iniciado su maternidad en la adolescencia. Proviene de hogares con un tamaño promedio de 3.1 personas. Las adolescentes destacan que en sus familias se socializan en los valores de la solidaridad, la unidad familiar y la comprensión; pero les disgusta que en su familia haya violencia, falta de libertad, falta de comunicación y adicción al tabaco o al alcohol.
- El personal entrevistado tenía diez años máximo de experiencia de trabajo en el área de legado. Había recibido capacitación en diferentes áreas de la salud sexual y reproductiva, entre las que se destacan: la capacitación en aspiración manual endouterina (AMEU), lactancia materna, educación sexual, atención postparto, planificación familiar, cuidado intensivo y relaciones humanas o atención al paciente. El personal no había recibido capacitación específica para el trabajo con adolescentes en situación de embarazo y aborto.

3. El embarazo en adolescentes

- El personal está de acuerdo en que el embarazo a temprana edad es un fenómeno creciente y multicausal. Juzgan que las causas fundamentales provienen de la sociedad, de la familia y de la adolescencia misma. Plantean que la sociedad, en cuanto a la educación sexual y reproductiva, formal e informal, no es un tema del currículo de la educación de las adolescentes y los medios de comunicación de masas transmiten ideas distorsionadas de la sexualidad. Entienden que la familia está inserta en una sociedad de inequidades económicas, educacionales y laborales; caracterizada por una crisis institucional que se manifiesta en la falta de comunicación entre padres/madres e hijos/as; falta de orientación de los padres y las madres a sus hijos/as; falta de apoyo y confianza mutua; y por la violencia intrafamiliar. En cuanto a las adolescentes, consideran que ellas están en búsqueda de su propia identidad; y su voluntad es moldeable a modos de vida y culturas externas; además, de poseer formas peculiares de entender las relaciones.
- Seis de las entrevistadas habían planificado tener un/a hijo/a en ese momento. Dos adolescentes dejaron de usar el método de planificación con el propósito de

embarazarse. Por otra parte, la mayoría- treinta y tres- no pensaban tener un/a hijo/a; pero tampoco usaban métodos para evitarlos. Algunas reportaron que se enteraron del embarazo en el momento en que les diagnosticaron el aborto. Sólo tres mujeres se habían realizado una prueba médica para confirmar el embarazo.

- La noticia del embarazo, planificado o no, en varias entrevistadas, produjo sentimientos de felicidad y alegría; esto así porque con la maternidad y por ser madres jóvenes, sentían realizada su feminidad; por complacer a sus maridos; y para fortalecer su relación con su pareja.
- Un grupo significativo de las adolescentes experimentaron sentimientos extremos con el embarazo: bienestar y malestar; alegría y tristeza; normalidad e impacto; sorpresa y resignación. Esta contradicción de sentimientos probablemente se explique por la convicción cultural de que un hijo es siempre motivo de alegría; el convencimiento personal de que el embarazo retrasa o impide su desarrollo personal; porque los problemas familiares se les agudizarían; y, finalmente, porque no se sentían preparadas para asumir la responsabilidad de un/a hijo/a.
- La reacción y los sentimientos expresados por las parejas al embarazo de sus mujeres se sintetizan en: alegría, especialmente en los que habían programado el embarazo; aceptación, sin grandes manifestaciones de contento e importantes cambios en la vida; algunos rechazaron el embarazo o negaron la paternidad o indujeron el aborto.
- Los maridos que aceptaron el embarazo cambiaron algunas actitudes con relación a sus mujeres. Se mostraron más cariñosos, más complacientes con ellas; más responsables en el hogar en la asunción de su rol de proveedor. En sentido general, las entrevistadas comunicaron que la violencia intrafamiliar había disminuido. Los que no aceptaron el embarazo se separaron de las adolescentes o las ignoraron o les procuraron el aborto.
- Casi todas las que supieron del embarazo antes del aborto (31) lo comunicaron a algún miembro de su familia y/o a su compañero. En primer lugar, ellas los participaron a sus novios/maridos y en segundo, a sus madres. Sin embargo, la mayoría se sintió más apoyada por sus madres que por sus novios o maridos. Las embarazadas sintieron el apoyo de las familias en tres dimensiones: emocionalmente, con su constante presencia; recibiendo informaciones de cómo cuidarse y cuidar el embarazo y evitándoles actividades que pusieran en riesgo el embarazo. Especialmente las madres procuraban que sus hijas asumieran la maternidad responsablemente, con conciencia de sus implicaciones y de que debe asumirse por encima de cualquier obstáculo.
- Todas las exhortaciones de las madres a sus hijas embarazadas estaban dirigidas a los cuidados médicos del embarazo, a que ellas aceptaran el embarazo y, en algunos casos, a que buscaran asistencia para la planificación familiar. Pocos padres de las adolescentes se involucraron en el embarazo.

- Las amigas de las adolescentes mostraron posiciones contrarias; unas, recomendando continuidad del embarazo y ayudando con actividades para su conservación; otras, motivando y colaborando con el aborto.
- Las entrevistadas piensan que a las adolescentes embarazadas se les puede apoyar desde diferentes vías: a) facilitando su acceso a la planificación familiar; b) evitando el aborto y sus complicaciones; c) procurando una familia más integrada, con menos violencia, con capacidad para entender a los/as adolescentes; d) evitando la discriminación y la condenación moral de los/as involucradas en los embarazos prematuros.

4. El aborto

- Para el personal médico y las enfermeras, el aborto es una consecuencia de la cultura de la pobreza, de la falta de educación preconceptiva de las adolescentes y jóvenes; por la incapacidad de la familia para ofrecerles a las adolescentes apoyo emocional y orientación y además por la falta de recursos económicos que les permitan asumir la responsabilidad de un embarazo; por el rechazo de la sociedad, de la familia y del novio/pareja a la adolescente embarazada; y finalmente, porque las adolescentes no comprenden su alto grado de exposición a la muerte y a la esterilidad.
- Aproximadamente la mitad de ellos/as manifiestan una actitud compasiva hacia las adolescentes; mientras otros/as piensan que las adolescentes no son abiertas a la comunicación ni tienen una conducta clara y transparente; ellos/as tienen la visión de que las adolescentes actúan de manera inconsciente e irresponsable con la práctica del aborto y, además, que la falta de reflexión sobre el hecho las convierte en abortadoras habituales.
- Una de cada cinco de las entrevistadas había realizado alguna actividad mientras estuvieron embarazadas, con la finalidad de inducir el aborto. Por otro lado, los/as proveedores/as calculan que entre el 50% y el 80% de los casos de adolescentes que se presentan en las maternidades son abortos inducidos. Lo catalogan así al observar sangrado abundante, laceraciones en la zona reproductiva y pastillas de Cytotec en el canal cervical.
- Siete proveedores/as hablaron de sus desacuerdos con el aborto, basados en fundamentos y principios religiosos y cuatro consideraron que el aborto es un “crimen”; y la asunción del derecho a la vida, lo que no nos corresponde a nosotras.
- Ellos/as piensan que las instancias responsables de la educación de la adolescente, la sociedad y la familia, tienen la obligación de propiciar el desarrollo de la sexualidad de las adolescentes en un marco más humano y digno. Esto es posible si se crean las condiciones para ello; a saber: implementar programas de intervención educativa en el ámbito de la salud preconceptiva; mayor apertura para la discusión del tema de la

sexualidad, con niños/as y adolescentes; creación de instituciones con proyectos de orientación para la juventud; oferta de más consejería sobre planificación por parte del personal médico; la formación de organizaciones sociales y gubernamentales con programas de intervención en el aborto; ofreciéndoles alternativas a la juventud (clubes y organizaciones, entre otros) cuyas actividades no se centren en el sexo; elaborando programas de educación sexual sin exclusión de género; es decir, para todos los hombres y todas las mujeres adolescentes.

- Nueve adolescentes no se explicaban por qué habían perdido su embarazo, mientras la mayoría decía que su aborto había sido por haber levantado objetos pesados (12); por haber tomado medicamentos convencionales o naturales, con la intención de provocarse el aborto o la menstruación (10). Otras sufrieron caídas o tuvieron mucho estrés o no buscaron atención médica a tiempo. Las que no deseaban el embarazo ingirieron y/o usaron Cytotec, analgésicos o algún té.
- Las que intentaron y/o lograron interrumpir su embarazo vivían un drama familiar y/o con su pareja, caracterizado por la tensión entre el “abandono” y la “comprensión” de la familia; soledad emocional, imposibilidad socio-económica para asumir su desarrollo personal y el de un/a hijo/a; conflicto, violencia y el rechazo del hombre.
- Las adolescentes manifestaron una gama de sentimientos alrededor del aborto, entre los que se destacan: el miedo, la tristeza, afectación de su autoconcepto y el dolor físico. Las adolescentes tienen miedo al rechazo de los familiares y de la pareja, a que se conozca sobre su aborto, así como a la esterilidad. Además experimentaron sentimientos de culpabilidad y de autoincriminación.
- Sólo una entrevistada especificó que su marido sentía tristeza con la noticia y que le había ayudado a buscar asistencia médica desde los primeros síntomas. Las restantes que hablaron de tema, coinciden en que ellos, les reprocharán por no haber evitado el aborto o por haberlo inducido. Otras piensan que ellos se auto inculparán por haberlas disgustado o estresado, de manera que les provocaron el aborto.
- Contrario a las acciones y sentimientos de los hombres, las madres de la mayoría de las adolescentes mostraron oposición a cualquier actividad en las que sospecharan que sus hijas querían abortar; aconsejaban sobre alternativas para continuar el embarazo y educar los/as hijos/as. Las madres también sintieron tristeza, depresión y disgusto.
- Las adolescentes están convencidas de que las concepciones morales y éticas de sus madres estarán supeditadas al sentimiento de la maternidad. Ellas están conscientes que sus madres no las juzgarán mal y que por el evento del aborto no cambiarán el concepto que de ellas tienen.

5. Atención postaborto

- Para obtener el servicio APA, casi todas las pacientes agotaron un proceso de más de ocho horas de dolencias y de más de una visita médica en búsqueda de asistencia, ya sea a la maternidad o a otro centro hospitalario, público o privado.
- Todo el personal está de acuerdo en que no se ha descrito un modelo específico para las adolescentes. Con respecto a la técnica utilizada para evacuar el útero, la mayoría piensa que el AMEU es el modelo ideal para ellas, si las restricciones de su uso lo permiten; y que cuando se les da un tratamiento con éste hay mayores cuidados y atenciones que con las adultas.
- Los/as proveedores/as conciben que en la atención postaborto de calidad no deben faltar los siguientes elementos: recepción adecuada en el área de emergencia, lo que incluye precisión en el diagnóstico y facilitación de conocimientos; informar y orientar a las pacientes de su diagnóstico y del tratamiento que necesitan; controlar el dolor mediante la administración de los analgésicos y la anestesia requerida para cada caso, con apoyo en la consejería; facilitar conocimientos sobre salud reproductiva; un sistema de referimiento eficaz; equipos y materiales gastables adecuados; seguimiento a la paciente después que se les dé de alta; ambiente confortable y de asepsia. Las relaciones con las clientas, tanto clínica como humana, se deben basar en valores de respeto y de comprensión a su condición humana, psicológica y cultural.
- El personal está conforme con su nivel de capacitación, clínica y humana, para el servicio y siente que puede ofrecer un mejor servicio del que en realidad realiza. Es decir, las deficiencias de la calidad están más relacionadas con diversas áreas del establecimiento, que con la capacitación del personal.
- Para ofrecer un servicio postaborto en las maternidades, el personal médico y las enfermeras evalúan que se les presentan algunos obstáculos, entre los que se incluyen: falta de equipos de AMEU, bandejas, espacio y asepsia; falta de medicamentos; analgésicos y anestesia para tratar a las pacientes; falta de un tratamiento más humano a las pacientes. El personal de Los Mina centraliza en la superpoblación de clientas y, por consiguiente, en la insuficiencia del personal, las deficiencias en la calidad del servicio y los de La Altagracia, en el abastecimiento de medicamentos, equipos y materiales.
- Los/as proveedores/as piensan que las pacientes también podrían colaborar para que se les ofrezca un buen servicio. Ellas deben aportar, fundamentalmente, mayor control de sí mismas para poder realizarles un servicio bueno y rápido; deben tener mayor conocimiento de su estado de salud y del procedimiento; comprender mejor las limitaciones del servicio y aceptar lo que se les ofrece; tener confianza y hablar de

las causas reales del aborto; mayor higiene personal y cooperar con la higiene del establecimiento, así como exhibir la disciplina adecuada a un establecimiento de salud.

- Según los/as médicos/as y las enfermeras, los mayores aportes de las adolescentes para que se les brinde un servicio de calidad provienen de su disposición de cumplir las solicitudes del/de la médico/a; de hacer silencio en el establecimiento, no movilizarse mientras se les logra y controlar su estado nervioso. Además, se enfoca como un aporte a la calidad, la convicción y la decisión de la adolescente de hacerse el aborto. Lo que menos aporta esta población, es comunicar abiertamente cuáles son las causas del aborto.

- Por otra parte, las clientas aprecian que los hospitales podrían ofrecerles un mejor servicio, pero para esto deben mejorar en los siguientes aspectos:

a) En el orden del tratamiento clínico: Hacer una evaluación de las pacientes, evitando suposiciones y hacer más cuestionamientos sobre las causas del aborto; usar anestesia, de manera que se sienta menos el dolor del procedimiento; aplicar analgésicos más eficaces; mayor rapidez en el ofrecimiento del servicio; separar de salas las pacientes de recuperación de postaborto, de otras.

b) En el orden de la consejería: Ellas opinan que deben recibir mayores informaciones sobre el embarazo, los riesgos del aborto, planificación y los cuidados postabortos. Consideran que los/as proveedores deben comunicar sobre el trabajo que realizan con ellas; darles indicaciones médicas más precisas, más claras, más espontáneas y no esperar a que sean ellas las que pregunten.

c) En el aspecto de higiene y prevención de infección y contagio: Critican la obligación de compartir la cama con una o más pacientes, que las camas sean pequeñas y, generalmente, no estén cubiertas con sábanas. Juzgan que en el hospital hay poca preocupación por la limpieza y que no se hace con la frecuencia que debería hacerse.

d) En los dos aspectos en los que las adolescentes hicieron más énfasis fueron en las formas de tratarlas y en la forma de comunicarse con ellas. A su juicio, el personal debe mejorar la manera de tratarlas. Ellas piensan que cuando el personal supone o sabe que ellas han elegido el aborto, las discriminan en el trato y son agresivos verbalmente y en ocasiones físicamente (por ejemplo, agresividad durante el procedimiento). Consideran que el personal debe ser más amable, debe mejorar su vocabulario, tener mejor comunicación y que su lenguaje debe adecuarse a la ética médica.

- Con relación a la efectividad de la consejería en las pacientes APA, la investigación descubrió diferentes posiciones en los/as proveedores: unos dicen que se les da a las pacientes y muestran conformidad con la oferta y otros piensan que a las pacientes no se les ofrece consejería. También hay desacuerdos sobre quién tiene la mayor responsabilidad de ofrecerla; los/as médicos/as piensan que deben ser las enfermeras y las enfermeras piensan lo mismo de los/as médicos/as.

- Los establecimientos no tienen un programa de consejería para las adolescentes de postaborto que explicita los contenidos y las estrategias de la misma. Generalmente la consejería que se les ofrece a la paciente APA versa sobre las advertencias del dolor en el legrado; de la necesidad de la cooperación de la paciente mientras se les hace el legrado; de las posibles consecuencias de la falta de serenidad mientras se les legra; posibilidad o no de perforación uterina y de la necesidad de las informaciones sobre planificación, sin profundizar en los diferentes métodos.
- El contenido de esta consejería no satisface a las adolescentes, quienes generalmente cuestionan a sus médicos/as y enfermeras sobre el dolor, el procedimiento del legrado, las secuelas, la relación sobre aborto y esterilidad; prevención del aborto, medicación, cuidados postaborto, uso de métodos; ventajas y desventajas de los métodos. Ellas critican la superficialidad y la falta de claridad con que el personal se refiere a sus casos; consideran que los/as médicos/as deberían ser más explícitos y comunicativos en todos los ámbitos de su salud, en ese momento y que deben abordar con mayor profundidad sobre los resultados del tratamiento, las secuelas del aborto y el tratamiento para el dolor.
- Las dos maternidades tienen un Departamento para la atención a las adolescentes embarazadas. El programa para adolescentes no tiene por objetivo la atención a las de postaborto; sin embargo, en caso de que las pacientes, en situación de aborto lo requieran, éstas son referidas al Departamento o son asistidas por su personal en la sala de atención, emergencia o legrado. El programa educativo de este departamento incluye sicoprofilaxis al parto; asistencia emocional; los derechos de ser asistidas en salud; salud sexual y reproductiva; riesgos del embarazo y riesgos del aborto.

6. Planificación familiar

- Treinta y dos (32) entrevistadas mencionaron los métodos que conocían: en primer lugar, la Píldora, seguido por el DIU, la Inyección, el Condón y el Norplant. Veintiuna de las que conocían algún método habían usado uno de ellos; principalmente los métodos hormonales, las píldoras y las inyecciones. Catorce habían usado la Píldora; cuatro, la inyección. Otras habían usado el condón y el DIU. Cinco estaban usando un método cuando salieron embarazadas. La investigación halló elementos para suponer que las informaciones que poseen las adolescentes, en los contenidos sobre métodos anticonceptivos.
- La principal fuente de información sobre los métodos fue un establecimiento médico, público o privado.
- Ellas tienen una actitud positiva hacia el uso de métodos; desean usarlos, aunque esa aceptación no es igual con todos los métodos. Tienen temor a los trastornos causados por el método: menstruación anormal, náuseas, gastritis, aumento de peso, adelgazamiento, nerviosismo, barros o espinillas, vómitos, partos prematuros, mareos, pérdida del apetito y manchas en la cara.

- El personal ha observado deficiencias de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes en el orden de tipo de métodos, ventajas y desventajas del uso de métodos, mecanismos de actuación; posibilidades y restricciones del uso de los diferentes métodos; protección de embarazos no deseados y espaciamiento de los mismos; VIH/SIDA.

7. Reflexiones

- Las adolescentes mostraron mayor apertura para contar y socializar su experiencia alrededor del embarazo y el aborto que la esperada. Las entrevistadas se mostraron abiertas, sinceras, críticas de sí mismas y del servicio. Por un lado, esto podría significar que esta población tiene grandes necesidades de comunicarse y encontrar alternativas en situaciones de crisis; por otro lado, podríamos suponer que en la población joven se gesta un proceso de “despenalización” del aborto y se está forjando una nueva moral, con una visión más humana y más enraizadas en los sujetos.
- Valdría la pena hacer observaciones y exploraciones más profundas acerca del segundo supuesto del párrafo anterior, porque su confirmación abriría la posibilidad de desarrollar procesos de investigación cualitativa, tipo estudio de casos, con los diseños éticos, legales y metodológicos adecuados al tema y a los sujetos.
- En ese orden, es importante que todos/as los/as integrantes del equipo de investigación (las agencias, los directores de procesos, las entrevistadoras, entre otros) abran un espacio de discusión más profundo sobre la dimensión ética de las entrevistas desarrolladas en medio de un proceso de intervención médica.
- El énfasis puesto más en la dimensión familiar e individual que en factores de carácter global para entender la problemática del embarazo y el aborto presenta dificultades en varios aspectos, ya que obstaculiza el diseño de políticas y estrategias sobre salud sexual y reproductiva del adolescente en un marco más amplio que el que brindan las políticas de atención a la población. En este aspecto, las intervenciones en el ámbito se enfocan en aspectos muy concretos, perdiendo de vista su relación con otros contextos y los condicionamientos de los sujetos; se pierde la visión de las adolescentes como personas con capacidad para el desarrollo de su sexualidad, sin que ésto signifique una ruptura con su desarrollo emocional – social.
- Uno de los grandes obstáculos que las adolescentes deben afrontar para acceder al servicio APA de calidad es el de la pobreza y -por ende - la cosmovisión del mundo, de su familia, de sí misma, de las relaciones y de los derechos que ésta genera, percepción que interfiere en su capacidad para comprender la necesidad de la atención y para buscarla en el momento y lugar adecuado.

- La capacitación del personal que proporciona servicios APA -desde una perspectiva de educación en valores- podría facilitarles una visión más amplia de las dimensiones psicológicas y culturales de las adolescentes que redundaría en una comunicación más clara, más respetuosa y humana entre el personal y la cliente. Igual, esta capacitación ayudaría a cambiar el enfoque que existe, principalmente hacia la parte clínica de APA dentro del modelo de atención. Este énfasis detrae de los otros aspectos de servicio, emocionales y sociales, que igual son importantes para la paciente.
- Asimismo, los programas de capacitación APA para adolescentes podrían proporcionar la formación en valores y actitudes que favorezcan la conformación de la identidad personal de las adolescentes y la toma de conciencia sobre sus derechos de recibir una atención de calidad, independientemente de la concepción del personal de servicios y de las circunstancias que envuelven el embarazo.
- Considerar programas APA con participación de las adolescentes y sus familias puede generar una nueva cultura sobre la sexualidad de las jóvenes y una visión de la complejidad del embarazo prematuro.
- Con frecuencia, las adolescentes concluyen su ciclo educativo formal y no ha sido informada ni educada en relación con la salud sexual y reproductiva. Por ésto es impostergable la formulación de programas educativos que contemplen el tema. Asimismo, el diseño y la ejecución de programas de consejerías deben partir de la comprensión de la subjetividad de las pacientes y disminuir la recurrencia a formulas generales y descontextualizadas.
- Los centros hospitalarios no tienen la infraestructura adecuada para ofrecer un servicio de alta calidad; existen carencias de personal capacitado y espacio para la atención especializada en adolescentes; falta de equipos y materiales; falta de medicamentos. Aparte del instrumental, no existen opciones para el legrado, porque no poseen los equipos para el AMEU ni todo el personal está capacitado para su uso, lo que de hecho limita una oferta de calidad.
- Las adolescentes están conscientes de que su tratamiento debe implicar el acceso libre a la maternidad, sin mediación de empleados (no médicos y enfermeras) que cataloguen su caso; la evaluación, privada, confidencial, rápida e informada del/a médico/a que las recibe; la aplicación del legrado con un tratamiento adecuado del dolor y en un proceso de dialogado entre ella y su médico/a. Es importante que tanto el/la proveedor/a como la paciente dispongan de guías programáticas que coadyuven a la conducción de este proceso.
- Con la finalidad de satisfacer a las clientas, las futuras intervenciones APA en los dos hospitales deberían enfatizar tanto en la ética de las relaciones humanas entre el personal y la cliente como en la prevención de infecciones mediante una adecuada asepsia.

- En ocasiones, los programas de atención a la salud sexual y reproductiva no están suficientemente integrados con programas para adolescentes en otras áreas para su atención. La atención postaborto en las maternidades podría trascender la fragmentación de los diferentes servicios APA y de atención a adolescentes, por lo que convendría estructurar estos servicios con procedimientos, directrices y normas claras y formales que vinculen las diferentes áreas y las distintas ofertas.
- Las necesidades de información y educación en planificación familiar de las adolescentes están por encima de las posibilidades de la oferta del personal que les atiende, por complicaciones de aborto, y de la capacidad real de aprendizaje, del momento, de la paciente, lo que sugiere pensar en opciones de información y educación más efectivas.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En este capítulo se explican las líneas metodológicas que normaron el proceso de la investigación sobre Los servicios Postaborto para las Adolescentes de la República Dominicana.

1.1. Perspectiva de la investigación: justificación y pertinencia¹

En el campo de la salud reproductiva y de la planificación familiar se han hecho grandes intentos para mejorar la atención puesta sobre el aborto inseguro. Como resultado, muchos países y agencias internacionales se han involucrado en la investigación y en los esfuerzos dirigidos a programar y a mejorar la calidad y la disponibilidad de los servicios para la atención postaborto (APA), ofrecidas a las mujeres necesitadas de tratamiento por las complicaciones en un aborto.

A pesar de los trabajos llevados a cabo para aumentar la investigación y para mejorar la calidad de los servicios en la atención postaborto, la bibliografía especializada sugiere que todavía existen vacíos, en particular, en la investigación sobre el aborto y en la atención de las adolescentes. Este punto representa una cuestión de especial preocupación en el campo de la salud reproductiva, ya que las adolescentes siguen siendo uno de los grupos con más desventajas.

Existen mujeres sexualmente activas a edades tempranas en todo el mundo, las que se exponen, por tanto, a embarazos no deseados. Estas –además– todavía son incapaces de hacer frente a su situación, tanto emocional como económica y psicológicamente². Una mujer a temprana edad puede sentirse confundida respecto al embarazo, las relaciones sexuales y su propia sexualidad, lo que les dificulta el tomar la responsabilidad de acceder a los servicios de planificación familiar. Además, la edad, así como su condición de ser mujer, afectan y disminuyen su habilidad para negociar los términos en estas relaciones.

El acceso limitado a la planificación familiar, la falta de conocimiento y conciencia del propio cuerpo y de la planificación familiar, el rechazo cultural hacia las madres solteras, los sistemas de costos y las actitudes punitivas de los proveedores de salud, son algunos de los obstáculos que pueden marginar aún más el acceso de mujeres jóvenes a los servicios postaborto de calidad que puedan necesitar. Dirigir nuestra atención a las necesidades de salud reproductiva de las jóvenes clientas de servicios postaborto, es importante no sólo en términos de ayudarlas a recibir los cuidados que necesitan, sino también porque la adolescencia “es el momento en que se establecen

¹ EngenderHealth. (2001). Protocolo de investigación para la mejoría de servicios APA en las adolescentes de la República Dominicana.

² Ehrenfeld, N. (1999). Female adolescents at the crossroads: sexuality, contraception and abortion in Mexico. In: *Abortion in the developing world*, edited by Axel I. Mundigo and Cynthia Indriso. London: Zed Books, p. 368-386.

los patrones de comportamiento sexual de regulación de la fertilidad que continuarán a lo largo de la vida fértil de una mujer”³.

Con la finalidad de ampliar la bibliografía sobre la investigación del aborto y de la atención postaborto en adolescentes, así como para determinar cómo acercarse de forma más efectiva a las necesidades de este grupo, EngenderHealth llevó a cabo la investigación cuyo resultado se presenta en este informe.

La República Dominicana fue seleccionada por una serie de razones. En primer lugar, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud 1996 (ENDESA) sugieren que existen motivos de preocupación en relación con el bienestar de la salud reproductiva en las adolescentes.

Otras razones que se citan para esta elección son los altos índices de fertilidad entre las adolescentes y las jóvenes adultas. El uso de anticonceptivos de forma constante era entre bajo y discreto en este grupo, mientras que el uso discontinuado de condones y de la píldora tendía a ser alto. Los bajos índices de utilización de condones sugerían un riesgo de exposición al VIH/SIDA y a otras enfermedades de transmisión sexual. Aunque parece existir una alta demanda de hijos en adolescentes y mujeres jóvenes, los resultados también indican un posible aumento en los índices del aborto inducido⁴, lo que a su vez sugiere que las adolescentes y las mujeres jóvenes pueden sentirse inseguras con respecto a sus intenciones reproductivas.

El personal de los hospitales, los reguladores de nuevas políticas y el personal de USAID en la República Dominicana, ven los embarazos en adolescentes como una prioridad en sus programaciones. De hecho, la misión USAID hizo de la salud reproductiva en los adolescentes una de sus dos máximas prioridades para los próximos cuatro años. El personal de los hospitales dice que las adolescentes que acuden allí para recibir tratamiento por un aborto incompleto se sienten ansiosas y asustadas, y por esa razón son más difíciles de tratar⁵. Están de acuerdo en que los servicios ofrecidos están lejos de las necesidades de las adolescentes, y en que los servicios disponibles de planificación son altamente deficientes.

1.2. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo cualitativa, tanto en la recolección de la información como en el análisis. Esta metodología permitió una comprensión de los procesos desde la perspectiva de los sujetos, así como la identificación y la explicación de los diferentes puntos de vistas de los/as involucrados/as. Asimismo, favoreció la mediación de conjeturas subjetivas, las que enriquecieron el proceso.

³ Ibid., 368-386.

⁴ Magnani, R.J., Sosler, S.M., and McCann, H.G. (2001). *Trends in reproductive behavior among adolescents and young adults in the Dominican Republic*. Washington, D.C.: Focus on Young Adults.

⁵ AVSC International. (1999). *Lessons learned in postabortion care: An evaluation of the Dominican Republic's PAC program*. New York: Unpublished.

Para la recolección de la información se implementó la técnica de entrevistas semiestructuradas dirigidas al conocimiento de los acontecimientos y de las actividades, que en la mayoría de sus componentes no podríamos observar directamente. Así se procuró que los/as informantes no sólo expresaran sus propios modos de ver, sentir y percibir; sino que expresaran la percepción de otras personas.

1.3. Objetivos de la investigación

La atención postaborto (o APA) consiste en tres elementos:

- Tratamiento adecuado del aborto y sus complicaciones (incluyendo tratamiento con la técnica de aspiración manual endouterina o AMEU)
- Consejería integral en SSR y apoyo emocional antes, durante y después del tratamiento (esta consejería no solo se centra proveer consejería en y métodos de planificación familiar, sino en las necesidades y expectativas de la mujer en SSR)
- Vínculo con otros servicios

Dentro de este marco, el objetivo principal fue *determinar cómo pueden los hospitales satisfacer las necesidades de APA, atención postaborto de las adolescentes, y prevenir complicaciones, males adicionales y otros embarazos no deseados.*

Otros objetivos secundarios incluyeron:

- Explorar las razones por las cuales las adolescentes requieren de atención postaborto.
- Identificar las barreras institucionales o familiares que las adolescentes deben enfrentar para recibir un servicio APA de calidad.
- Conocer la percepción de las usuarias adolescentes de la APA sobre cuáles son los elementos básicos de la APA de calidad y cómo ha sido su experiencia al recibir APA.
- Determinar las informaciones o servicios que las adolescentes están interesadas o necesitan recibir para conocer más sobre una reproducción segura.

1.4. Muestra

Se decidió realizar el estudio en las dos maternidades más grandes del país, dependencias de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS): el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina (HMISLM). Estas dos maternidades tienen una cobertura amplia de clientas APA.

Desde el 1997 los dos hospitales han recibido asistencia técnica de EngenderHealth para mejorar los servicios que se ofrecen a mujeres que solicitan servicios de APA, por causa de un aborto inducido o espontáneo.

Las dos maternidades además atienden un alto porcentaje de clientes adolescentes que solicitan tratamiento por complicaciones de aborto.

Para la selección de las clientas que se iban a entrevistar, se usó un muestreo con propósito, de 15 a 20 adolescentes por establecimiento, para considerar cualquier variación y para obtener un rango de experiencias.

Tomando en cuenta consideraciones éticas al trabajar con poblaciones vulnerables, se estableció un rango de edades de 13 a 19 años, en base a literatura revisada, conversaciones con expertos en investigación, estadísticas hospitalarias y conversaciones con personal de las dos maternidades.

Para el personal de salud se estimaron 10 entrevistas- por establecimiento- sin desglosarlos en tipo de personal, ya que esta muestra incluye a la mayor parte del personal de atención APA y nos daría una suficiente riqueza y amplitud de información. Finalmente se entrevistaron 21 médicos/as y enfermeras, como se muestra en la tabla 1.1.

Tabla 1.1
Personal del servicio postaborto entrevistado

PERSONAL	HMISLM	HMNSA
Enfermera	5	5
Médico residente	4	2
Médico ginecólogo	2	1
Médico (Dpto. adolescente)	1	1
Total	12	9

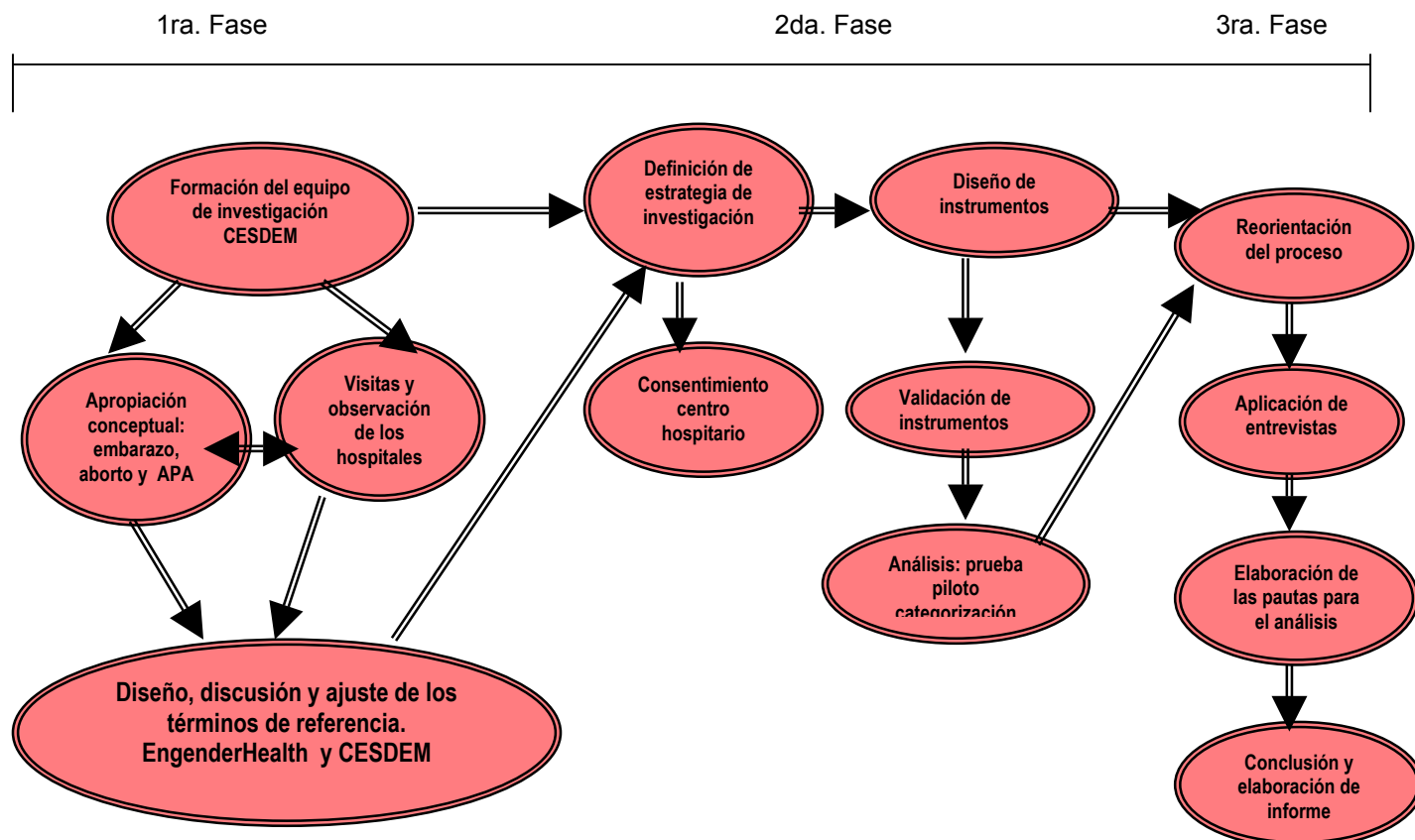
1.5. Fases de la investigación

La investigación se realizó en tres fases. La primera correspondió al proceso de diseño, negociación y ajuste de los términos de referencia; la segunda fase inició con el diseño de los instrumentos de recolección de información y culminó con el análisis y elaboración del informe de los datos de la prueba piloto; la tercera fase la constituyó el proceso de recogida de informaciones y su análisis, cuyos resultados se exponen en este trabajo. La prueba piloto marcó las pautas de la investigación en tres procesos básicos: a) orientó sobre la mejor forma de acercarse a las adolescentes, protegiendo los derechos humanos y legales que les asisten como paciente; b) ajustes del proceso metodológico de la investigación y c) proporcionó al análisis elementos para la categorización.

El siguiente esquema muestra el procedimiento seguido en la investigación.

Esquema No. 1.1

Proceso metodológico de la investigación de los servicios APA para adolescentes de la República Dominicana



1.6. Rigor de la investigación

El rigor científico de la investigación cualitativa está estrechamente ligado a los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad⁶. En esta investigación, para garantizar que estos criterios estuvieran presentes se dieron los siguientes pasos:

- Con la triangulación, entendida como un control cruzado entre las diferentes fuentes de información⁷, se buscó explicar la complejidad de lo estudiado, a través de la contrastación de las perspectivas de las personas investigadoras y de la especificidad que aportaba el trabajo en dos contextos diferentes; los dos

⁶ Estos criterios se explicitan en la observación recurrente, la triangulación, la contrastación de los juicios de los expertos, la comprobación con los participantes, la recolección de abundante información, establecimiento de mecanismos de revisión, ejercicios de reflexión, y el muestreo teórico, entre otros.

⁷ Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.

centros hospitalarios; y la verificación de estudios similares en contextos diferentes.

- Visitas prolongadas a ambos centros maternos. La investigación abarcó un período de aproximadamente siete meses.
- Formalmente no se estructuró un equipo, independientemente de las investigadoras, para someter a juicio crítico los hallazgos; sin embargo, ocasionalmente hubo discusión de los mismos con personas entendidas en el área.
- Se recogió abundante información sobre el tema. La investigación cuenta con alrededor de 65 horas de grabaciones de entrevistas formales y un número indeterminado de encuentros informales, los que aportaron datos.

1.6.1. Instrumentos para la recolección de la información

Como se mencionó en el apartado anterior, la recolección de información se basó en dos instrumentos: "Guía para pacientes de atención postaborto" y "Guía para proveedores APA". Los objetivos, temas/variables e interrogantes se encuentran en el Apéndice E.

1.6.2. Procedimiento para la recolección de información

Conscientes de las dificultades propias de la aplicación de las entrevistas en la sala de recuperación y debido a que éste era el único espacio disponible⁸ para el encuentro entre la adolescente informante y la entrevistadora, las entrevistas se realizaron allí. No obstante, en todo momento se procuró cumplir con los requisitos necesarios para mantener los estándares ético - científicos deseados:

- Garantizar la privacidad. Por ejemplo, se esperó que terminara la hora de visitas para iniciar las entrevistas, acercarse lo más posible a la entrevistada y solicitar al personal alejarse de la entrevistada.
- Solicitar el consentimiento verbal de la entrevistada.
- Evitar interferencia externa: físico-ambiental y de personas.
- Crear un ambiente de confianza.
- Seguir la orientación y la lógica de la guía evitando caer en la rigidez.
- Grabar las entrevistas con el permiso de la entrevistada.
- Explicar el propósito del estudio en un lenguaje claro y adecuado; se les dio oportunidad para que hablarán sobre sus inquietudes.

Todas las entrevistas se realizaron en la sala disponible para la recuperación, en un tiempo aproximado de 30 minutos después de finalizado el procedimiento quirúrgico.

⁸ En los establecimientos no había otra sala y se había acordado que no era posible hacer la investigación citando a las adolescentes fuera del hospital.

Ninguna entrevista fue rechazada al solicitar el consentimiento, pero algunas debieron ser interrumpidas por las condiciones físicas o emocionales de las pacientes.

Para seleccionar a las adolescentes, la entrevistadora del HMNSA hizo horario matutino y vespertino y la del HMISLM, horario vespertino y nocturno.

Los/as proveedores/as que serían entrevistados/as fueron seleccionados/as de una lista del personal del área de APA, de emergencia y de atención a adolescentes facilitada por la dirección; previo a las entrevistas se concertó una cita para ser entrevistados/as, según su disponibilidad de tiempo y de espacio. Algunos/as se entrevistaron en su área de trabajo; otros, en algún lugar del hospital y otros, fuera del recinto para evitar las interrupciones en el trabajo.

1.6.3. Estatus y papel de las investigadoras

Las entrevistas a adolescentes fueron realizadas por una doctora en medicina (HMNSA) y una socióloga (HMISLM). Todo el equipo de la investigación se integró para las entrevistas a los/as proveedores/as. Las investigadoras- al momento de iniciar este proyecto- contaban con amplia experiencia en el campo de la investigación en salud reproductiva y con jóvenes; no así en la problemática de la atención postaborto.

1.6.4. Componente ético

El abordaje ético de la investigación desbordó los aspectos metodológicos concernientes al rigor científico de la misma y -como era lógico- se puso especial énfasis en la población adolescente.

Había plena conciencia de que se pretendían obtener informaciones de un tema con muchas implicaciones éticas, morales y legales; muy del dominio privado de los sujetos; que íbamos a tratar algo de lo que no habíamos sido objeto de confidencia ni de manera personal ni institucional; y que teníamos conocimiento del hecho a través de una tercera persona o de la institución. A ésto se sumaba la necesidad de salvaguardar los derechos especiales que a esta población le asiste:

"Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho al respeto de su libertad y de su dignidad, en tanto que son personas humanas en proceso de desarrollo y como sujetos de derechos civiles, humanos y sociales, tal como son garantizados por la Constitución y las leyes"⁹

"El derecho al respeto de su dignidad consiste en la inviolabilidad de la integridad física, psíquica y moral de los niños, niñas y adolescentes, incluyendo la preservación de la imagen, de la identidad, de la autonomía de los valores, ideas, de los espacios y objetos personales"¹⁰

⁹ Ley 14-94, Art. 9. Código para la protección de niños, niñas y adolescentes.

¹⁰ Ley 14-94, Art. 11. Código para la protección de niños, niñas y adolescentes.

En el país el aborto es ilegal, establece penas de cinco a veinte años para todas las personas que participen en él de manera directa o indirecta.

Para cumplir con los requisitos éticos exigidos se agotaron dos procedimientos: a) someter al comité de ética y enseñanza de los centros hospitalarios la intencionalidad de la investigación; b) tanto en la guía para adolescentes como en la de los/as proveedores/as se integró una solicitud de consentimiento para su aplicación, lo más explicativa posible; y c) reunir y consultar personas de investigación y políticas de EngenderHealth (Agencia Patrocinadora de este estudio) y a expertos en estudios cualitativos, en poblaciones vulnerables, con la finalidad de conocer cómo estudiar esta población y garantizar un alto nivel ético.

Se solicitó consentimiento verbal en vez de escrito, usando una solicitud que combinó lectura y conversación. Este proceso ayudó a mantener mejor la confidencialidad de la clienta y dio mayores resultados en términos de comprensión y de la aceptación de la entrevista.

1.7. Análisis

El análisis de los datos siguió los siguientes criterios:

- Grabación y transcripción textual de todas las entrevistas realizadas.
- Realización de resúmenes del contenido por temática.
- El análisis de un marco conceptual basado en las investigaciones cualitativas y cuantitativas de la problemática del embarazo, el aborto y la atención postaborto realizadas tanto en la República Dominicana como en otros países.
- Elaboración de categorías acerca del embarazo, el aborto y la atención postaborto.
- El proceso de sistematización y reducción de datos se apoyó en la construcción de matrices descriptivas y explicativas.
- Se procedió a la codificación y cuantificación de unidades y categorías de análisis sólo con la finalidad de imprimir mayor objetividad, no de una cuantificación numérica de los datos.
- Una persona realizó las entrevistas, otra construyó las categorías y los esquemas de análisis y otra persona hizo la crítica y apoyó la elaboración de los resultados.
- La entrada de datos cuantitativos se realizó en el programa estadístico SPSS. Se hizo una presentación de frecuencia simple de variables y por tablas cruzadas de variables.
- Se hizo el análisis del rigor y hubo coherencia entre lo planificado y el proceso de realización de las entrevistas.

1.8. El informe

Este informe está estructurado en un resumen ejecutivo y siete capítulos. Este primer capítulo es sobre los aspectos metodológicos de la investigación. El segundo ofrece información sobre los/as entrevistados/as. El tercer presenta un análisis del embarazo en la adolescente. El cuarto trata el tema del aborto. En el quinto se analizan las condiciones de la atención postaborto en los dos centros hospitalarios en que se realizó la investigación. El sexto se centra en los aspectos de la planificación familiar relacionados con las adolescentes. En el séptimo se hacen algunas observaciones y recomendaciones a partir de los hallazgos de la investigación.

Cada capítulo parte de una breve introducción, con la finalidad de situar al lector en el contenido del mismo. Continúa con una descripción analítica del tema en cuestión y termina con algunas consideraciones; síntesis de todo el contenido del capítulo o de los apartados que - de manera general- resumen el capítulo.

1.9. Posibilidades y limitaciones de la investigación

Posibilidades:

- Disponibilidad de la población para ser entrevistados/as, especialmente de las adolescentes.
- La respuesta siempre positiva de las autoridades de las maternidades.
- El proceso interactivo entre las instituciones involucradas en la investigación.
- La apertura del personal para adecuarse a los cambios que exigía el proceso de investigación.
- Las facilidades logísticas para el desarrollo de la investigación.

Limitaciones:

- El proceso de recolección de la información no siempre fue simultáneo al proceso de análisis.
- Dificultad para contactar al personal de salud seleccionado en la muestra.
- En ocasiones se percibe, probablemente por la naturaleza del tema, limitaciones para una conversación abierta y amplia, tanto en la adolescente como en la entrevistadora. Sin embargo, esto no restó riqueza al estudio, porque durante el proceso las entrevistadoras adquirían experiencia y recibían entrenamiento de las investigadoras principales y de una experta en consejería de la paciente APA, para lograr mayor fluidez en las respuestas de las adolescentes.
- En algunas circunstancias limitó las condiciones de privacidad relativa en que se hicieron las entrevistas, igual que la situación poco digna que con frecuencia se da la recuperación de la paciente; por ejemplo, camas compartidas por dos o más mujeres, acostadas con ropas inadecuadas y generalmente manchadas y sin sábanas, entre otras.

- El equipo de análisis debió ser más numeroso y la triangulación con mayor intensidad.
- La dificultad para los/as proveedores/as ofertar un tiempo libre, cómodo y distensionado para las entrevistas.

2. DESCRIPCION DE LOS/AS INFORMANTES

Dentro del grupo de informantes se incluyen a clientas, así como a los/as proveedores/as. Con respecto a las clientas, todas habían llegado al hospital solicitando tratamiento para complicaciones relacionadas al aborto (sea inducido o espontáneo).

2.1. Las clientas

Edad y estado civil: Todas las adolescentes entrevistadas tenían edades comprendidas entre los 14 y los 19 años; cerca de la mitad de ellas tenían 18 y 19 años (18) y mantienen con su pareja una relación consensual o de casada en convivencia, bajo un mismo techo (22)¹¹.

El 10% declaró que su relación con el padre de la criatura no era estable. En algunos de los casos era casual, como se verá más adelante.

Tabla 1.4
Distribución de las entrevistas por edad

EDAD	HMISLM	HMNSA
13 Años	0	0
14-15	5	4
16-17	8	4
18-19	7	11
N.E.		1
Total	20	20

Educación: Esta población se ve afectada por dos de los problemas básicos de la educación dominicana: **la sobreedad y la deserción escolar**¹². La mayoría de las entrevistadas (35) no habían superado el ciclo básico de educación, es decir, el octavo grado. Dos de ellas habían aprobado algún curso del nivel medio (bachillerato).

¹¹ Diversos estudios han señalado que las concepciones vigentes en una sociedad acerca de la edad considerada ideal para la primera relación sexual, el embarazo, el matrimonio y la maternidad están altamente relacionadas con factores educativos, así como al nivel y a la calidad de la información y de la comunicación a que los sujetos están expuestos. En los jóvenes es bastante extendida la concepción de que ellos (as) deben iniciarse en la actividad sexual a una edad temprana. En los estudios citados más de la mitad de ambos sexo concuerdan en que tanto la muchacha como el muchacho deben iniciarse antes de los veinte años. En general, coinciden en que tanto los hombres como las mujeres deben tener más edad para casarse que la considerada para la primera relación sexual; pero para la mayoría la edad ideal para el matrimonio no pasa de los 24 años y casi la mitad de la población estudiada piensa que la edad ideal para que la mujer se case es de 20 años o menos. Asimismo, se considera que los 21 años es la edad ideal para tener el primer hijo. La fecundidad a temprana edad (antes de los 20 años) es más aceptada para las mujeres que para los hombres. (García, 2000; Gómez et al,1999).

¹² El 14.9% de estudiantado dominicano del sector público de educación básica ha desertado del sistema y el 85% ha repetido alguno de los grados escolares (SEE, UNESCO y PNUD, 2000).

Alrededor de seis de cada diez de las informantes había abandonado los estudios por diversas causas, entre las que se destacan el matrimonio y/o el embarazo (23)¹³.

A pesar de haber interrumpido sus estudios, todas las entrevistadas tenían expectativas de en un futuro integrarse a la escuela.

Condición laboral: Diez de las pacientes estaban insertadas al mercado laboral formal e informal. La mayoría de estas adolescentes cumplían una jornada laboral que pasaba de las cinco horas diarias y percibían un salario promedio no significativamente diferente al percibido por la población adulta, según el salario mínimo socialmente establecido.

Las actividades laborales que realizaban estas adolescentes eran: servicios en casa de familia (4), despachadora en almacén de mercancías (1), estilista de belleza (1), secretaria (1), atender clientes/as en cafetería (1), Oficina Metropolitana de Transporte (1), operaria de máquina de coser (1).

Maternidad: Quince de las entrevistadas tienen al menos un hijo/a en el momento de la entrevista. Es decir, diez, tienen un hijo/a; cuatro, tienen dos y una, tiene tres.

Se calculó que tuvieron su primer hijo/a entre los 15 y los 16 años. Algo más de la mitad (8) de las que tienen hijos/as no viven con éstos/as. De las cinco mujeres que tienen más de un hijo/a, cuatro de ellas declararon que sus hijos/as son de padres diferentes.

La familia: Pocas de estas adolescentes conviven actualmente con su madre y/o con su padre, aproximadamente un cuarto y una quinta parte de las entrevistadas, respectivamente. Como ya se indicó, una proporción significativa comparte vivienda con su pareja sexual.

Como era de esperarse, estas adolescentes provienen de hogares cuyos progenitores pertenecen a sectores de la población con muy bajo nivel educativo, con frecuencia con ningún nivel de escolaridad.

Cabe señalar que muchas de ellas - entre un cuarto y la mitad - desconocían la edad y la escolaridad de su padre y de su madre; y de su madre la edad de su unión matrimonial. En su proceso de socialización se han relacionado más con la madre que con el padre. Esta es la razón por la que exhiben un mayor nivel de conocimiento acerca de éstas, fundamentalmente en lo concerniente a la primera unión en pareja y al comportamiento ligado a la maternidad. Estas informaciones sugieren cuestionamientos a la calidad y al tipo de comunicación entre las entrevistadas y sus

¹³ Otros estudios han registrado niveles más altos de inasistencia escolar de adolescentes envueltas en situación de embarazo y/o matrimonio y/o aborto. La encuesta Enjoven -99 determinó que tres de cada cuatro madres adolescentes no asistían a la escuela en el momento del embarazo. Asimismo, el estudio sobre Madres Adolescentes en República Dominicana, señala que la maternidad es la causa principal de abandono de los estudios para siete de cada diez madres adolescentes.

progenitores; asimismo, al rol asumido por los padres en el proceso de socialización de las hijas.

Seis de cada diez de las entrevistadas provienen de hogares en donde las madres se iniciaron en la relación marital y tuvieron su primer hijo a edad temprana, en la adolescencia, aproximadamente a los 15.6 años y 17.4, respectivamente. En este sentido, el inicio temprano de las relaciones y de la maternidad en madres e hijas confirma las hipótesis planteadas, de que existen fuertes tendencias de reproducción temprana de estos patrones socioculturales entre madres e hijas¹⁴.

El tamaño del hogar de las entrevistadas, es de 3.1 personas por hogar¹⁵. Cerca de la mitad forman parte de una familia nuclear (22) y algunas viven sólo con sus maridos y/o con sus maridos e hijos/as (18).

En sentido general, las adolescentes manifestaron bastante satisfacción y aceptación con su grupo familiar: *"siempre están cuando los necesito"; "cuando uno tiene un problema aparecen todos para ayudar"; "siempre están unidos"*. Entre los valores más señalados se destacan: la unidad familiar, las conductas que expresan amor, cariño y comprensión hacia los/as demás, la solidaridad ante los problemas y para suplir necesidades. Por otro lado, se presenta un fuerte rechazo a la violencia intrafamiliar, especialmente en las manifestaciones verbales y físicas; el control y la falta de libertad; falta de comunicación y finalmente, la adicción del padre o de la madre al alcohol y al tabaco:

"pelean mucho cuando no hago lo que dicen" "Reprochan todo lo que uno hace sin explicar nada y no hablan conmigo, sólo exigen" .

Es importante destacar que 12 adolescentes expresaron que sus familias no tienen nada que a ellas les disguste, mientras tres mostraron rechazo total de sus familias y no pudieron valorar ningún elemento positivo de las mismas.

La pareja: La mayoría de las adolescentes estaban unidas o casadas con su pareja. Veintidós compartían viviendas con ellos. Todos los compañeros son mayores de edad según lo establece las leyes dominicanas¹⁶. El 31.6% (12) tenía de 18 a 21 años; el 34.2% (13) de 22 a 26 años; el 30% de 27 a 35 años. Igual que ellas, ellos laboran más en el sector informal que en el formal de la economía; casi todos trabajan en: ventas, sector de la construcción, choferes y empleados de empresas privadas.

2.2. Los/as proveedores/as

¹⁴ IEPD/PROFAMILIA y FNUAP. (1997). *Madres adolescentes en la República Dominicana*. Santo Domingo: FNUAP/IEPD/PROFAMILIA.

¹⁵ El tamaño promedio de los hogares en República Dominicana es de 4.3 personas por hogar; no existen diferencias por zona (ENDESA 96). No se pretende hacer comparaciones; es importante entender las posibilidades de crecimiento de los hogares de procedencia de estas jóvenes, así como los conformados por ellas mismas.

¹⁶ A los 18 años

Como se indicó, en total se entrevistaron 21 integrantes del personal, con funciones relativas a la atención postaborto.

Todas las personas entrevistadas tenían más de dos años de experiencia de trabajo en el área de APA, siendo la máxima de diez años y la mínima de dos.

El personal también había recibido capacitación en diferentes áreas relativas a la salud reproductiva, entre las que se destacan: la capacitación en AMEU, lactancia materna, educación sexual, atención postparto, planificación familiar, cuidado intensivo y relaciones humanas o atención al paciente, entre otros.

En sentido estricto ninguno/a de los/as entrevistados/as había recibido capacitación para el trabajo con adolescentes en situación de embarazo y aborto.

3. EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

3.1. Introducción

El presente capítulo trata tres aspectos. El primero es un análisis sobre la concepción de los/as servidores/as de salud sobre la problemática de las relaciones sexuales y el embarazo en las adolescentes clientas de los servicios postaborto. El segundo aspecto es la explicación de los diferentes elementos que intervienen en la situación de las adolescentes embarazadas, como son: los sentimientos que ellas experimentan, la relación con el padre de la criatura y la relación con su familia. El tercer aspecto resume algunas sugerencias que aportan las entrevistadas para el tratamiento de las adolescentes embarazadas.

3.2. Visión sobre las relaciones sexuales y el embarazo

La creciente disminución de la edad para tener la primera unión conyugal, la primera relación sexual y, por consiguiente, el embarazo a temprana edad, son algunos de los problemas más preocupantes de la salud reproductiva de los/as jóvenes.

La comparación de los datos de ENDESA-91 y ENDESA-96- en estos aspectos- revelan que la edad mediana de unión conyugal en las mujeres más jóvenes había descendido en mayor proporción que en las mujeres de más edad. Asimismo, existen diferencias sustanciales, atendiendo a la condición educativa y a la socio-económica de la mujer. De esta manera, la mujer rural, la de bajos niveles educativos y las procedentes de las zonas más empobrecidas del país, tienden a establecer uniones conyugales a menor edad que las de zona urbana, las universitarias y las de zonas menos pobres¹⁷.

En investigaciones realizadas con diferentes grupos de población de jóvenes y adolescentes se ha observado que la edad considerada ideal por éstos/as para la primera relación sexual es siempre menor a los 20 años; consideran, además, que los hombres podrían tener relaciones sexuales a una edad más temprana que las mujeres¹⁸.

La disminución de la fecundidad en la población no se evidencia en las adolescentes, cuya tasa de embarazo aumentó de un 18% en el 1991 a un 23% en el 1996.

Una de cada cinco de la población adolescente dominicana ha iniciado la procreación, y una de cada tres es madre a los 18 y 19 años. Sin embargo, a diferencia de los hallazgos acerca de la unión conyugal, no parecen existir diferencias proporcionales significativas en la conducta reproductiva de las adolescentes, por zona de

¹⁷ CESDEM. (1999). *Tendencias demográficas, problemas sociales y desarrollo en República Dominicana*. Volumen I. Santo Domingo: Gente.

¹⁸ USAID, UNICEF, Johns Hopkins. (1999). *Informe de resultados de la encuesta de recreación, salud y trabajo en adolescentes y jóvenes*. Santo Domingo: DGPJ.

residencia¹⁹. Se ha observado mayor tendencia a una fecundidad precoz en mujeres de sectores populares, que en otros estratos sociales.

La mayoría de las madres adolescentes provienen de estratos socio-económicos bajos, y su nivel de escolaridad juega un papel determinante; de forma que a mayor grado de escolaridad menor es la posibilidad de salir embarazada²⁰.

Como es lógico, estos estratos poblacionales se ven más afectados por las consecuencias derivadas de la maternidad a temprana edad: riesgo de salud y muerte para las madres, reducción de las posibilidades de completar el ciclo escolar y deserción escolar, falta de capacitación para la inserción escolar, carga económica para la familia y reducción de las posibilidades de participación económica y elevada mortalidad materna, entre otros.

3.3. Percepción de los/as proveedores/as acerca de las relaciones sexuales y el embarazo en adolescentes

Todos/as los/as entrevistados/as están de acuerdo en que cada vez es más frecuente que los/as jóvenes se inicien sexualmente a una edad temprana, y que una consecuencia de esto es el embarazo prematuro. Muchos/as no encuentran una explicación adecuada a la situación, pero en lo que sí hay bastante coincidencia es en que éste es un fenómeno multicausal, y en considerar que las causas fundamentales provienen de la sociedad, en sentido general, de la familia y de la condición de que la adolescencia es una etapa del ciclo vital, desarrollada en un medio ambiente social-familiar específico.

3.3.1. Visión sobre la sociedad y la familia

Los/as proveedores/as entienden que la educación es el factor preponderante de las causas sociales que conducen a las relaciones sexuales y al embarazo en la adolescencia. En este aspecto, la mayoría cuestionó el papel de la escuela como vehículo de información y de formación; mientras que una minoría cuestionó el de los medios de comunicación.

Los/as proveedores/as hicieron críticas y expresaron incertidumbres respecto al currículo:

- a) Se preguntan acerca de las metodologías de enseñanza, porque perciben que los contenidos sobre moral, ética y sexualidad no tienen la función transformadora de las mentalidades y conductas de las adolescentes, que deberían tener.

“ ... yo no sé si es que en los colegios les dan charlas sobre relaciones sexuales y esas cosas; pero no les llegan, no sé qué es lo que está pasando”

¹⁹ CESDEM, USAID, DHS+ (2001). *Encuesta Experimental de Demografía y Salud*. Santo Domingo: Gente, p. 15.

²⁰ Ibid., p. 15.

- b) Ellos/as critican que el currículo no incluya la educación sexual en los programas educativos, en ninguno de los niveles; pero sobre todo que éste sea un tema ausente en la educación inicial del niño y de la niña.

“ Las escuelas deberían decirles qué métodos se puede utilizar para no salir embarazadas”.

- c) El tema de la sexualidad es el gran ausente en la mayoría de los programas educativos de las diferentes instituciones sociales; es decir, la familia, la escuela y las iglesias, entre otros.

“ No se están orientando en la sexualidad, no se orientan en ninguna parte ni en las escuelas y en las iglesias peor; nosotros somos el personal de salud y somos pocos los que trabajamos”.

En este sentido, se entiende que los medios de comunicación de masas y electrónicos deberían ofertar programas educativos y evitar el uso morboso-pornográfico de la sexualidad humana.

3.3.2. Visión sobre la familia

Todos/as los/as entrevistados/as encuentran en la familia, fundamentalmente en la crisis en que ésta se desarrolla, alguna explicación a la problemática que plantean las relaciones sexuales y el embarazo de las adolescentes; sin embargo, el análisis de sus explicaciones revela diferencias sustanciales en sus concepciones. Para la mayoría esta crisis obedece a una multiplicidad de factores internos a la familia y es, por tanto, la familia quien debe abocarse a la solución.

“Muchas veces, aunque no en todas pasaría igual, sería por falta de orientación en sus casas; a veces esos hogares donde viven son muy desorganizados, no hay una unión de las parejas; ellas ven a los papás y a las mamás cada quien por su lado, que no les dedican tiempo a ellos. Es decir, que ellas no reciben una orientación”.

Una minoría ve a la familia insertada en una sociedad en crisis, donde prima la inequidad, las grandes desigualdades de oportunidades para los/as jóvenes, metas poco claras para esta población, falta de empleo y de espacio para el esparcimiento lúdico-creativo. Desde esta perspectiva se piensa que los cambios en la conducta sexual de las adolescentes se propiciarían desde el cambio en la sociedad. Es la sociedad, según los/as entrevistados/as, la que debería plantear alternativas a la familia y a sus adolescentes.

“Ha faltado orientación de la sociedad; son jovencitas que se ven acorraladas tanto por la sociedad como por sí mismas (...) La misma sociedad les llama un mal paso, se les pone un sello de acusación (...) y como vivimos en una sociedad machista, se sienten rechazadas por los hombres”.

Según esta población, los problemas que más afectan a la familia y que inciden en la adolescente, en orden de importancia son:

- La familia disfuncional.
- La falta de comunicación entre padres/madres e hijos.
- La falta de orientación de los padres y las madres.
- La falta de tiempo y dedicación de los padres y las madres.
- La falta de apoyo y confianza.
- La violencia intrafamiliar.

Es importante destacar que prácticamente todos/as los/as proveedores/as sintetizan en la mujer- la madre- la responsabilidad de la educación sexual en las adolescentes de las familias. De las exposiciones de los/as proveedores/as se podría inferir que para ellos/as, la mujer- madre está exenta de la crisis social y familiar que ellos denuncian; por la ignorancia evidenciada en los temas de sexualidad; además que tienen un dominio y una comprensión de la realidad, de forma que podrían suplir las necesidades de información de las hijas.

Según éstos, la madre debe tener los conocimientos necesarios y la experiencia adecuada para transmitirla a la hija y prever que ésta los asimile; debe velar por la moral familiar, brindar un amor que contrarreste cualquier influencia externa nociva; pero sobre todo debe tener tiempo. En suma, la responsabilidad es de la madre, como lo expresaron dos de ellos/as:

“Bueno, los consejos en la casa, principalmente tienen que ser de la madre; la madre ayuda mucho a uno, uno tiene que confiar en su madre, principalmente si le pasa algo a uno, decir qué uno debe hacer, qué no debe hacer”.

“Nosotras las mamás tenemos la culpa de muchas cosas que hagan (...) porque si tiene 9 años y ya le quiero poner ropitas para que ella se exhiba en la calle, ya pienso que puede tener un novio, ya yo le estoy poniendo (...) que pueda salir embarazada”

En síntesis, para estos/as proveedores/as de salud, la familia es la principal responsable de las relaciones sexuales y de los embarazos de adolescentes, tanto en la generación de la problemática como en la búsqueda de la solución.

3.3.3. Visión sobre la adolescente

“Esas muchachas que se crían para estar metidas en sus casas, cualquiera las convence fácilmente y si las dejan se dejan seducir y las embarazan a temprana edad”.

“Ellas se embarazan y en realidad no saben lo que están haciendo ni lo que quieren; se lo digo por experiencia propia porque yo no salí embarazada pero me casé muy joven y después que yo me hice mayor de edad; en verdad fue que yo dije, pero ven acá, yo estuve casada y en realidad no sabía, no quería eso”.

En sentido general, los/as médicos/as y las enfermeras conciben a las adolescentes como personas en búsqueda de su propia identidad, con una voluntad moldeable a las influencias externas y sometidas a un proceso interno de clarificación conceptual.

Por ésto es que se entiende que una de las causas principales del embarazo prematuro es la facilidad con que las adolescentes asimilan modos de vida que les son extraños y a sus formas peculiares de entender las relaciones, entre otros.

“Se conciben como adultos/as”; “No les dan la importancia a las relaciones sexuales”; “Buscan independencia”; “Procuran la liberación de los padres”, “influenciadas por los amigos”.

Otro factor importante mencionado por los/as proveedores/as fue el grado de desconocimiento, en sentido general, que tienen las adolescentes y más cuando se trata sobre su sexualidad; también se les imputa cierta actitud de rechazo a los conocimientos establecidos como válidos por los/as adultos/as.

“No comprenden la libertad”; “Sí falta de preparación biológica y mental”; “No conocen su cuerpo”; “No se informan con los adultos”; “No procuran los métodos que se les ofertan”.

3.3.4. Otros factores

En el proceso de las entrevistas algunos/as, en ningún caso, no más de tres entrevistados/as, indicaron otras causas de esta situación que por considerarlas importantes y de muchas implicaciones para el diseño de los planes y los programas de capacitación del personal de salud, se considera pertinente analizar:

- a) En cierta forma el embarazo en adolescentes es un problema que llega desde fuera; fruto del proceso de transnacionalización y de la conformación de la cultura universal de nuestros tiempos; como algo no propio de nuestra sociedad:

“La transculturación, somos una sociedad donde copiamos mucho, y como en los países desarrollados, las adolescentes hacen lo que desean, pues en nuestra sociedad también, pues....” “y también por toda la influencia extranjera que les llega al país a través de películas, de novelas..”

- b) Son problemas creados por la sociedad, en tanto las leyes de protección al menor limitan la posibilidad de acción educativa²¹ de los padres:

“... con la ley al menor las cosas se han puesto peor, porque entonces las niñas, tanto los varones como las hembras; ah, no, no me pueden topar, no me pueden dar, porque si me dan, yo voy a la policía, yo voy a recursos de los menores, porque si me dan ésto, si me dan lo otro; ahí el padre coge temor, yo crié cuatro (...) fue a palo limpio”

- c) La facilitación de métodos de planificación no acompañada de un proceso educativo:

“ Yo no estoy de acuerdo (con el uso de métodos por adolescentes), con lo que estoy de acuerdo es con la educación, el apoyo emocional; todo ello ayudaría más que una

²¹ Entiéndase “educación” como la posibilidad de infringir castigos a niños, niñas y adolescentes.

planificación concienciación; la educación (...) eso a lo que conduce es a la promiscuidad del sexo”.

La siguiente matriz es una síntesis de las principales causas de las relaciones sexuales y del embarazo en adolescentes, percibidas por los/as proveedores/as del HMNSA y el HMISLM.

Tabla 3.1
Síntesis de la percepción de las causas de las relaciones sexuales y el embarazo de las adolescentes, según el establecimiento

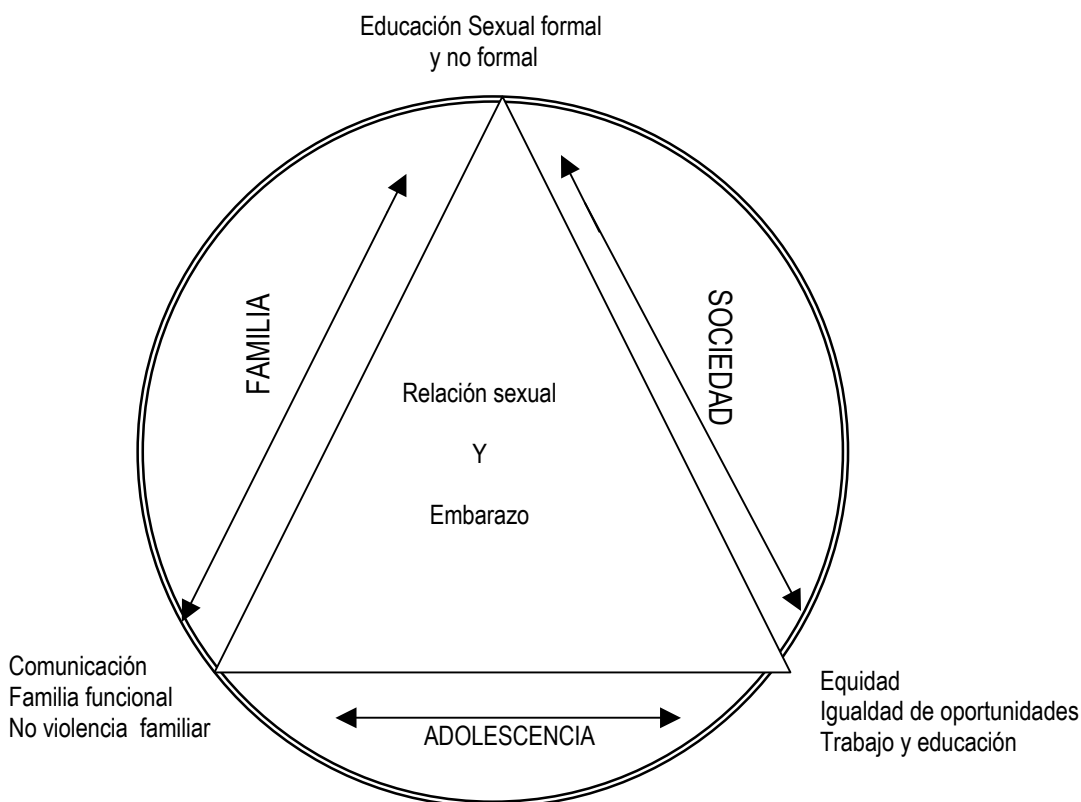
	HMNSA	HMISLM
SOCIEDAD	- Falta de educación sexual por deficiencia en los programas educativos - Falta de educación, en general - Las escuelas no incluyen programas de planificación familiar - Bajo nivel educativo de la población, en sentido general - Falta de apoyo de la escuela - Falta de recursos económicos y de empleo - Influencias extranjeras y de otras culturas - Tabú y mitificación del sexo - Influencia de los medios de comunicación; tratamiento del tema más comercial que formativo	- Corrupción social - Desorientación en la sociedad - Influencias de otras culturas - Falta de educación, de la sociedad en general y de la familia - Falta de orientación en las escuelas - Influencia de los medios de comunicación - Las leyes de protección al menor y a los/as adolescentes
FAMILIA	- Comunicación familiar, sobre el tema, no transparente - Violencia intrafamiliar - Falta de seguimiento de los padres en la educación de los hijos - Falta de información y orientación de los padres - Las madres exhiben a las hijas - Las madres no orientan lo suficiente - Falta de apoyo y orientación de las madres - Falta de apoyo emocional	- Falta de comunicación entre padres, madres e hijas - Falta de orientación, dedicación y apoyo de los padres y las madres a sus hijos/as - Falta de dedicación de los padres a sus hijos/as - Falta de apoyo y confianza - Falta de comunicación y orientación de los padres - Los/as adultos/as no dan confianza a los/as jóvenes - Permisibilidad de los padres y las madres - Falta de amor - La integración laboral de la madre - Desconocimiento de la madre de las actividades de las hijas
ADOLESCENCIA	- Falta de orientación de ellas - Falta de cuidado del individuo - No comprensión de la libertad - Ignorantes de cómo protegerse de las consecuencias de una relación - Falta de aceptación de los métodos de planificación - Falsas concepciones sobre los métodos - Vulnerables a las influencias - No saben lo que hacen - Desconocimiento de la magnitud de sus actuaciones	- Se conciben como adulto/a - No conocen riesgos - Falta de preparación biológica y mental - Actúan a escondidas - Poca información - No conocen su cuerpo - No procuran los métodos que se les ofertan - No dan importancia a las relaciones sexuales - No se informan con los/as adultos/as - Búsqueda de independencia - Búsqueda de liberación de los padres y las madres - Inducidas e influenciadas - Influencia de amigos/as

Desde otra perspectiva, las concepciones de los/as proveedores/as permiten plantear los supuestos de que la superación de los problemas que generan las relaciones sexuales y el embarazo de las adolescentes se podrían superar:

- Si se elevan los niveles educativos y si se mejoran las oportunidades de empleo de la población.
- Si se integra la educación sexual al currículo escolar en todos los niveles, especialmente los correspondientes a jóvenes y a adolescentes.
- Si se procura que las instituciones sociales como las iglesias y los medios de comunicación integren con una visión más humana la educación sexual en sus proyectos educativos.
- Si se fomentan familias más estables, funcionales, unidas por lazos de amor, comprensión y apoyo mutuo.

El siguiente esquema resume la concepción que se percibe tienen los/as proveedores/as sobre los diferentes aspectos que intervienen en el problema que se analiza y las formas de cómo podría ser superado.

Esquema 3.1
Concepción de los/as proveedores/as sobre la problemática de las relaciones sexuales y el embarazo en la adolescencia y las formas de superación



3.4. El embarazo

En este apartado se analizan los hallazgos de la investigación referentes a las perspectivas y experiencias de las adolescentes y sus familias frente al embarazo.

3.4.1. Situación general del embarazo de las entrevistadas

Cuatro de las entrevistadas en el HMNSA y dos en el HMISLM informaron que ellas habían planificado tener un/a hijo/a en ese momento. El estado marital, más que la edad, parece incidió en esta decisión. Cinco de ellas, en el momento de la entrevista, estaban casadas o unidas con su pareja. Tres tenían 19 años; una, dieciocho; una, quince y otra, catorce.

Dos adolescentes dejaron de usar un método de planificación con el propósito de procurar un embarazo. Por otra parte, treinta y tres de las adolescentes no pensaban tener un/a hijo/a, pero tampoco usaban métodos para evitarlos.

Algunas (seis) se enteraron del embarazo en el momento en que les diagnosticaron el aborto. Aunque la mayoría tenía sospechas (por falta de la menstruación) o “certezas” del embarazo, sólo tres mujeres se habían realizado una prueba médica con estos fines.

Una de cada tres de las que conocían su estado calculaban que tenían tres meses de gestación, en el momento del aborto; aproximadamente seis de cada diez, de un mes a dos meses y una de cada diez, no completaban el mes de embarazo. Tres no sabían que tiempo de embarazo tenían cuando visitaron el hospital.

3.4.2. Sentimientos respecto al embarazo

Las seis que habían planificado su embarazo hablaron que al conocer la noticia se sintieron felices, alegres y contentas. Unas sintieron felicidad porque tendrían sus hijos/as jóvenes; otras por complacer a sus maridos y otras porque con la maternidad se sentían predestinadas y elegidas para su realización plena como mujeres: “Un hijo es un regalo de Dios”.

Algunas mujeres no planificaron su embarazo, pero lo acogieron con alegría y felicidad. Unas, experimentaron sentimientos semejantes a las que lo habían planificado y otras, tenían la esperanza de que el embarazo fortaleciera su relación con su pareja.

“... Dios me iba a mandar el regalo más lindo que hay en el mundo, yo siempre he deseado tener un hijo; pero algunas veces pensaba que fuera otra persona quien me lo regalara; pero después pensé que esa persona, después que lo pariera, no iba a regalar a su hijo, a ninguna mujer le gustaría eso; yo me puse a pensar y entonces no le di mente a tener muchacho y desde ese día me dije yo misma, el marido mío me dijo, no ombe no le demos mente, el/ella llega. Y no le dimos mente hasta que caí embarazada”.

A un número significativo de entrevistadas, el embarazo les provocó una combinación de sentimientos extremos: “bien y mal”, “alegre y triste”, “normal e impactada”. Mientras, otras lo aceptaban con resignación, como un mal sin remedio: “me sentí bien porque estaba ahí y tenía que aceptarlo”.

El análisis de las informaciones revela que en esta fusión de sentimientos prima el malestar, la sorpresa, la tristeza y el impacto. Esto así porque:

a) Hay un sentimiento muy generalizado en ellas de que la llegada de un hijo “debe” producir alegría.

“¿Cómo te sentiste al saber que estabas embarazada?. Cheverísima... (RISAS). Bien me sentí bien, porque quiero tener un bebe”. “Me sentí bien porque voy a tener mi hijo joven”. “Alegría”

b) Algunas adolescentes tienen la convicción de que el embarazo les impediría desarrollarse con los patrones de vida denominados normales y que les obligaría a postergar sus planes.

“... yo como adolescente si inmediatamente estoy embarazada; eso es algo que me impide seguir mi futuro, con un embarazo ahí mismo ya usted sabe, todo se queda ahí, ya tengo que seguir aparte de mi familia, también tengo que sufrir mucho” .

“No quería tener más hijos hasta que no tenga una casa”.

c) Para la mayoría, los problemas familiares se les agudizarían e incluso el embarazo representaría la ruptura con la familia, aunque sólo sea temporalmente.

“ Yo misma no me atrevo a decir a mis padres que estaba embarazada porque ahí mismo me matan”.

“Me asusté porque yo sabía que no podía tener ese hijo; hubiera tenido problemas en mi casa”.

d) Además, algunas de ellas no se sienten preparadas para asumir la responsabilidad de tener un hijo.

” Un poco bien porque uno no puede desaprovechar la oportunidad de tener un niño y un poco mal porque no me sentí preparada, no estaba muy preparada”.

3.5. El embarazo en el contexto familiar de las adolescentes

3.5.1. Embarazo y relación de pareja

El análisis de este aspecto se hizo con base en 27 entrevistas (15 en el HMISLM y 12 en el HMNSA); es decir, el 70% del total de entrevistas realizadas. El 30% restante correspondió a las personas, que reportaron que conocieron del embarazo en el momento en que se trataban para el aborto; las que prefirieron no comentar con nadie de su gestación; y dos entrevistas que no contemplaron el tema.

El grupo de mujeres entrevistadas sintió que sus maridos reaccionaron al embarazo de formas diferentes:

La mayoría, especialmente las que habían programado el embarazo, manifestaron alegría.

Otras dijeron que sus maridos aceptaban el embarazo, aunque no habían observado grandes manifestaciones de contento e importantes cambios en la vida de ellos.

Los hombres, según observaron sus compañeras, cambiaron en la forma de tratarlas. Ahora eran más cariñosos y les expresaban sus caricias con más frecuencia. Ellas se sentían mejor atendidas y complacidas por sus continuos cuidados hacia su persona y por las “exigencias” de ellos para que cuidaran el embarazo. Cuatro de las entrevistadas se expresaron así:

“porque él antes de irse al trabajo él nunca me besaba, pero ahora, cuando yo salí embarazada, me dice cuida de mi chichí y cuando viene igual, me da un beso en la cara”.

“No dejaba que trabajara, no permitía que anduviera para arriba y para abajo, yo no soporto estar tranquila, estar quieta. Siempre me cuidaba” ; “ese hombre dormía poniéndome la mano en la barriga” , “...sí estábamos más contentos, él era tan que me llevaba a comer helado, me traía regalos, me traía de todo (...) porque él algunas veces me discutía por cosas y después pensaba y me pedía excusas; pero, después que yo quedé embarazada, santo amén”

Algunas mencionaron que después de estar embarazadas sus maridos eran menos violentos, menos celosos, y que en sentido general la violencia intrafamiliar había disminuido.

“...bien, fue buena la relación, mejoró muchas cosas, hablamos de un problema que teníamos semanas atrás, me apoyó mucho (...) no me trataba como antes; no me dejaba hacer fuerza, estaba pendiente de mí”.

Las acciones específicas en que los hombres manifestaron su deseo de tener un/a hijo/a y de que aceptaban el embarazo se citan a continuación, en el orden de frecuencia como las entrevistadas las explicaron:

- Asunción de los quehaceres domésticos.
- Aconsejar sobre cuidados del embarazo.
- Acompañar a su mujer al médico.
- Suplirles los medicamentos.
- Concretar de inmediato planes previstos en el futuro, como por ejemplo, formar hogar y matrimonio, entre otros.

Por otra parte, hubo rechazo, negación de la paternidad e inducción al aborto. Cuatro de las entrevistadas sufrieron, de sus parejas: el rechazo del embarazo, la separación de sus compañeros o la persuasión para el aborto:

“Yo se lo dije por teléfono y él me dijo que eso no podía ser”, “ mi marido y yo estamos en una situación que no podíamos mantener más de un niño; tú vez, entonces comenzamos a pelear, a pelear; él me decía que me lo sacara (...) me dio

dinero para que comprara pastillas, para que yo me lo sacara y yo lo gasté en otra cosa (...) dejó de ir a la casa (...) y yo ahora mismo yo estoy rodando”.

3.5.2. El embarazo y la familia

Contrario a la opinión de los/as proveedores/as de los hospitales, el embarazo involucró a las familias de la mayoría de las entrevistadas.

Con excepción de tres (dos entrevistadas en La Altagracia y una en Los Mina), muchas que optaron por vivir en silencio su estado de gestación y el posterior aborto, y las que recibieron la noticia del embarazo conjuntamente con la del aborto, las demás (31) lo comunicaron a algún miembro de su familia y/o a su compañero.

Después del marido o novio, las madres y madrastras ocupan el primer lugar (22) en haber sido partícipes del embarazo de las adolescentes; les siguen los padres y padrastros (10), los/as hermanas (7), las suegras (5) y otros familiares cercanos: abuelas, tíos/as, cuñados/as, entre otros (5). Siete entrevistadas dijeron que su embarazo había sido un acontecimiento familiar. Igual número hizo confidente a algunas de sus amigas.

Veinte de las adolescentes que hablaron acerca de quiénes les habían apoyado durante su corto tiempo de gestación dijeron que fueron ayudadas, en primer lugar, por su madre y/o sus hermanos/as y, en segundo lugar, por toda la familia de ella o la del novio/esposo.

Este soporte ellas lo sintieron en tres dimensiones de su vida: a) emocionalmente, sintiendo que su familia estaba “ahí”, “siempre presente”; b) recibiendo información, “me dan consejos” y c) supliéndoles necesidades y evitando que hicieran las actividades que suponían ponían en riesgo el embarazo, por ejemplo: ayudarles en los quehaceres domésticos que requerían esfuerzo físico.

Algunas sintieron que el embarazo las unía más a la familia; se sentían más protegidas, más “mimadas”:

“Mi mamá me dijo a mí que sobre todas las cosas ella era mi madre y que no le pare a nada, para eso yo tengo un rancho”.

El papel fundamental de las madres y las hermanas- incluyendo las que, de primera impresión, no recibieron la noticia con agrado- fue cuidar del desarrollo normal del embarazo y de que éste llegara a feliz término. Ellas básicamente aconsejaban a sus hijas sobre los cuidados que debían tener para impedir el deterioro de su salud y preservar el embarazo. Orientaban y ofrecían resistencia a las intenciones de abortar de las adolescentes o a los consejos de aborto de otras personas.

“Mami me aconsejaba y comenzó a pelearme que no podía salir embarazada. Me aconsejaba mucho porque ella nunca estuvo de acuerdo en que yo me lo sacara”.

“Mucha gente me decía que me lo sacara, que el niño estaba muy chiquito para parir de nuevo y mi mamá me decía que no, que ella nos tuvo a nosotras cinco y fue sola sin papá y nunca tuvo necesidad de abortar, que ella nos crió a todos nosotros y porque yo no podía criar dos. Ella dice que también abortando podría morir. Mis hermanas decían lo mismo y se llevaban el niño para la casa”.

Del sentir de las entrevistadas se interpreta que las madres procuraban que sus hijas asumieran la maternidad responsablemente, con conciencia de sus implicaciones y de que debe asumirse irremediablemente por encima de cualquier obstáculo.

Todas las exhortaciones de los familiares para las embarazadas estaban dirigidas a los cuidados médicos de la embarazada, a la toma de conciencia de la realidad del embarazo y, en algunos casos, a la búsqueda de asistencia en planificación familiar.

“Que no faltara a sus citas y que no hiciera fuerza y que tuviera ese hijo y se preparara”.

Cabe destacar que dos entrevistadas sintieron que sus padres les daban un cuidado especial cuyas recomendaciones no se diferencian de las orientaciones que ofrecen las madres. Las dos hablando de sus padres comentaron:

“Ellos (padre y prima) siempre estaban dándome vuelta y preguntándome si me sentía algo, si me sentía algo que fuera al médico”. “Dándome consejo que no me levantara, que no cogiera nada pesado. Mi papá tomó la cosa, muy cosa: no debiste salir embarazada ahora, pero después que saliste embarazada, bueno párelo, te doy todo el apoyo del mundo”.

Las reacciones de las amigas al embarazo no fueron tan homogéneas como la de los familiares. Hubo posiciones extremas; entre las que figuran recomendaciones para continuar el embarazo, ayudar con actos para su conservación e invitar y colaborar en el aborto.

“Estaban contentas querían ser madrinas toditas”.

“Me dijeron que no, que no podía parir ahora porque yo estoy estudiando ve, y eso atrasa a uno y es verdad eso atrasa a uno y más que yo tenía dos muchachos, atrasa a uno más”.

Generalmente se supone que la población adolescente -ante cualquier situación incierta- recurre en búsqueda de orientación, en primera instancia, con los/as amigos/as. Esta investigación aporta indicadores para pensar (profundizar) en que probablemente las adolescentes acuden a unos u otros (familiares o amigos/as) en función de las consecuencias futuras de la situación; del arraigo de los valores éticos, morales y religiosos que estarían en juego y de cómo sea afectada su imagen en la sociedad.

3.5.3. Formas de apoyar a la embarazada

Las formas cómo las adolescentes entienden que se les puede apoyar cuando se ven envueltas en una situación de embarazo se resume en tres aspectos: desde la

sociedad, ofertándoles mejores posibilidades de educación, en primer lugar, en planificación familiar; y después evitando el aborto y sus complicaciones de salud física, mental y psicológica. Procurar una familia más integrada, con menos violencia, con capacidad para entender a los/as adolescentes y jóvenes. Y, finalmente, ambas instancias deben procurar mayor comprensión de las decisiones para evitar la discriminación y la condenación moral de los/as involucradas en los embarazos prematuros.

El siguiente cuadro resume los aspectos señalados por las entrevistadas.

Cuadro 3.1

- Orientar sobre planificación (10)
- No inducir al aborto (8)
- Mejorar la comunicación con los padres y las madres; menos temor, más cariño (5)
- Las familias no rechacen a la embarazada (4)
- Disminución de la violencia familiar y prestar más ayuda y más cuidado (2)
- Orientar sobre cuidados del embarazo y de los/as hijos/as (2)
- La familia debe procurar mayor cuidado del embarazo (1)
- Proveer a la adolescente de sus necesidades (1)
- Procurar que la adolescente se sienta bien (1)
- Mayor comprensión de los errores de las jóvenes (1)
- Mayor apoyo económico (1)
- Orientar para que estudien antes del embarazo (1)
- Tener en cuenta la sensibilidad de la adolescente (1)

4. EL ABORTO

4.1. Introducción

El punto de partida de este capítulo serán algunas notas globales sobre el aborto, con el propósito de que el lector construya su propio marco acerca de la dimensión del tema tratado. A continuación, el análisis de las explicaciones que tiene el personal de salud sobre el aborto de sus clientas. La última parte trata sobre las causas del aborto desde la visión de la paciente y los sentimientos de ellas.

4.2. Notas de referencia

- El 13% de todas las muertes maternas están relacionadas a abortos inseguros. La atención postaborto de mala calidad es un problema extendido y multidimensional, el cual afecta a mujeres de muchos países, independientemente de la legalidad del aborto²².
- En República Dominicana, se producen aproximadamente 82 mil abortos al año, de los cuales sólo el 20% son espontáneos; lo que significa que 52 mil abortos son inducidos²³.
- Es competencia de los gobiernos velar por la salud sexual y reproductiva de niños (as) y adolescentes. La Convención sobre los Derechos del Niño y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, así lo reconocieron²⁴.
- Casi la décima parte de los abortos que ocurren se encuentran entre adolescentes de 15 a 10 años. Muchas veces, las adolescentes solicitan un aborto ya cuando el embarazo está más avanzado y los riesgos médicos son más graves. En algunos países, el 60% de todas las mujeres hospitalizadas con complicaciones relacionadas con el aborto son adolescentes.²⁵

4.3. Percepción de los/as proveedores/as sobre el aborto

En este tema, se les preguntó a los/as proveedores/as acerca de sus opiniones sobre la situación y las causas del aborto en la adolescencia. También se les solicitó que contrastaran su opinión con la que percibían en sus colegas.

²² Population Council. (2001). *Documento de Programa Número 1*. México: Fronteras de la Salud Reproductiva.

²³ Colectiva Mujer y Salud. (2000). *Leyes y Políticas en el Marco de los Derechos Reproductivos y Sexuales en República Dominicana*.

²⁴ Ipas. (2001). *Notas informativas: jóvenes en riesgo*. Carolina del Norte: Ipas.

²⁵ Ipas. (1999). *Intersecting health risks: adolescent unwanted pregnancy, abortion and AIDS*. North Carolina del Norte: Ipas.

En general, las opiniones y percepciones de ellos/as, respecto al aborto en la adolescencia, no son muy diferentes de las explicadas en el capítulo anterior sobre el embarazo.

Para el personal médico y enfermera, el aborto es, entre otros aspectos, consecuencia de la cultura de la pobreza, cuyas expresiones fundamentales son la falta de educación preconceptiva, tanto de la familia como de las adolescentes; la incapacidad de la familia para ofrecerles a las adolescentes apoyo emocional y orientación y la falta de recursos económicos para asumir la responsabilidad de un embarazo. Prácticamente todos/as los/as entrevistados/as consideran que el rechazo de la sociedad, de la familia y del novio/pareja a la adolescente embarazada es lo que las induce al aborto.

Conjuntamente con estos factores, perciben que las adolescentes no comprenden los riesgos que corren con el aborto; es decir, que no conocen su alto grado de exposición a la muerte y a la esterilidad.

El análisis de sus explicaciones revela cierta polaridad, tanto en su concepción como en el sentimiento que experimentan hacia la adolescente que aborta.

Aproximadamente la mitad de ellos/as manifiestan una actitud compasiva hacia las adolescentes: “dan pena”; “están desorientadas”; “no hay quién se ocupe de ellas”; mientras otros/as piensan que las adolescentes no son abiertas a la comunicación ni tienen una conducta clara y transparente; “están temerosas” y “actúan a escondidas”.

Otra proporción de la población entrevistada tiene la visión de que las adolescentes actúan de manera inconsciente e irresponsable con la práctica del aborto y, además, que la falta de reflexión sobre el hecho las convierte en una “tranquila” abortadora habitual. Para éstos/as, el interés primordial de las adolescentes cuando se inician sexualmente es ***“pasar el momento, salir del momento y no pensar en la consecuencia”***. ***“No nos explicamos por qué hay tantas adolescentes abortando, no se si es que ellas toman la vida más a la ligera”***.

Como se ha señalado los/as médicos/as y enfermeras calculan un número alto de abortos inducidos, entre el 50% y el 80% de los casos. Lo catalogan así al observar sangrado abundante, laceraciones en los genitales, como pastillas de Cytotec en el cervix, nerviosismo y sudoración extrema de la paciente.

Aproximadamente tres de cada cuatro de los/as entrevistados/as fueron muy cautos/as para comunicar abiertamente su posición moral frente al aborto. Siete de ellos hablaron de sus desacuerdos, cuyos fundamentos básicos son religiosos.

Cuatro del personal consideran que el aborto es un “crimen”; es asumir un derecho que no nos corresponde “el derecho de vivir”. Veamos qué nos dijeron tres de ellos/as:

“Principalmente es una vida que está poniendo en riesgo, la que tiene derecho a vivir; ya que está en el vientre, ya tiene derecho a vivir; no tiene ningún derecho por qué abortar”.

“Yo no estoy de acuerdo con el aborto porque provocarse un aborto es un ser humano que está matando; una persona indefensa. Provocarse un aborto es peor que tú matar a un anciano porque por lo menos él puede hablar y decirte y por lo menos puede tratar de defenderse; un niño no”.

“El aborto es un acto criminal, yo particularmente no lo comparto, yo no veo ninguna causa por la cual se haga un aborto. Pero la situación en las adolescentes ha llegado tan lejos que ellas se provocan un aborto y vienen y lo toman en una forma como si no hubiese pasado nada”.

Pensando en alternativas a la problemática del aborto en las adolescentes, el personal de salud entiende que es una obligación de la sociedad y de la familia propiciar un espacio en el que ellos/as puedan desarrollar su sexualidad en un marco más humano y digno, de forma que les capacite para la búsqueda de soluciones viables- humanas a la situación del embarazo y el aborto. Piensan que ésto se puede lograr si:

- La escuela implementa programas de intervención educativa en el ámbito de la salud preconceptiva.
- Los Subcentros de Salud mejoran la práctica médica y dan a las pacientes mayores atenciones APA, para así evitar los riesgos y facilitar el trabajo de los Centros Maternos.
- Existiera mayor apertura para la discusión del tema de la sexualidad, con niños/as y adolescentes.
- Se crearan instituciones con proyectos de orientación para la juventud.
- Los/as médicos/as ofrecieran más consejería sobre planificación.
- Se forman grupos culturales, organizaciones sociales y organizaciones gubernamentales, entre otras, con programas de intervención sobre el aborto.
- Se buscaran alternativas para la juventud (club, organizaciones, etc.) cuyas actividades no se centren en el sexo.
- Elaboraran programas de educación sexual sin exclusión de género, es decir, para todos los hombres y todas las mujeres adolescentes.

4.4. Causas del aborto; preocupaciones y sentimientos

4.4.1. Causas

A las adolescentes se les preguntó sobre el porqué- pensaban ellas- habían perdido el embarazo. A esta interrogante el 30% (12) respondió que había levantado objetos pesados: “hice una fuerza”; el 25% declaró que en algún momento del embarazo había tomado medicamentos convencionales o naturales, con la intención de provocarse el aborto o la menstruación (7 y 3 respectivamente); el 23% (9) no se explicaba el porqué había sucedido y el restante 20 % (8) citó diferentes causas. **(Véase tabla 4.1).**

Llama la atención el hecho de que prácticamente todas las que hablaron que habían perdido el embarazo por “hacer fuerza”, se refirieron específicamente a “cargar agua”. Esto, por un lado, podría evidenciar la baja calidad de los servicios que recibe esta población y la precariedad con que se desarrolla el trabajo doméstico; por otro lado, podría sugerir una investigación más profunda acerca de las creencias y las prácticas relacionadas con el aborto en esta población.

Otras causas citadas fueron: haber sufrido caída, el estrés e incomodidades, secuelas por intento de suicidio y falta de atención médica a tiempo. Las que no deseaban el embarazo ingirieron y/o usaron Cytotec o analgésicos o tés.

Aunque no era un objetivo importante en esta investigación indagar/ profundizar en las causas del aborto, un cuarto de las entrevistadas hablaron (algunas antes de ser cuestionadas) de que ejecutaron actividades con la finalidad de interrumpir el embarazo en algún periodo del proceso de gestación, por lo que se infiere que los niveles de abortos inducidos por las adolescentes son más altos que los hallazgos de esta investigación. Además, algunas de las que no confirmaron la realización de actividades abortivas aportaron indicadores, que sugieren la electividad del aborto. Por ejemplo: incoherencias en la narración del proceso del embarazo y el aborto; tomar tés y realizar esfuerzos físicos, que en la cultura de los sectores populares se consideran excesivos para una mujer embarazada.

El análisis de las motivaciones que llevaron a las diez adolescentes, solteras o unidas, a interrumpir su embarazo evidencia un drama familiar muy complejo, diverso, multidimensional y variado en sus manifestaciones:

- La tensión entre el “abandono” y la “comprensión” de la familia:

“Mi hermana me apoyó emocionalmente dándome consejos, me dijo que cuando tuviera un problema que no lo hablara con alguien igual que yo, joven, y que si tengo un problema grande ella me buscaba un psicólogo y sino ella hablaba conmigo. Yo siempre he estado deprimida porque hace un año yo me enteré que

mi mamá murió cuando yo tenía ocho meses de nacida y que mi madrastra no era mi mamá de verdad, y que por eso es que ella me trata mal”.

“...cuando las madres o la familia de uno rechazan a uno con un embarazo al estar confundido uno comete cualquier locura”

- La soledad:

“Mi esposo no lo sabe, yo no le he dicho donde estoy”

- La incapacidad para completar su desarrollo personal y el de un/a hijo/a:

“Se lo comenté a una amiga y ella me aconsejó que lo hiciera; ella misma se lo había hecho ya y me dijo que eso no era nada, que era algo sencillo; porque tener ese hijo iba a dañar mi futuro, mis estudios, casi todo”.

- Conflicto, violencia y el rechazo del hombre:

“Pienso que la culpa es del padre porque al decirme así, yo me sentí desesperada, desorientada, decía: ¡Ay, Dios mío, que será de mí”.

- Condiciones económicas precarias:

“ Yo vivo con mi mamá, soy estudiante y yo no podía traer un niño al mundo a pasar trabajo”.

4.4.2. Preocupaciones y sentimientos

Explicar e interpretar las preocupaciones, las vivencias y los sentimientos de las adolescentes respecto al embarazo y al aborto no es una tarea sencilla. Sin importar las causas del aborto, estas adolescentes comunicaron (verbal o con gesto) tristeza, dolor físico, dolor emocional *“me duele la mente y el corazón”*.

Como se indicó anteriormente, más de una entrevista no pudo ser concluida por la conmoción, generalmente de llanto, que sufría la entrevistada.

El análisis de las entrevistas revela algunas diferencias entre las que reportaron que tuvieron aborto espontáneo y las que se supone son inducidos. Las de aborto espontáneo se preocupaban más por el procedimiento del legrado y sus consecuencias; se sentían más tristes por la pérdida del hijo; manifestaron mayor tendencia a una explicación escatológica del caso:

“Recapacité; un poco en que ésas son cosas que Dios hace que pasen, tal vez él no quería que naciera, usted me entiende, tal vez iba a nacer enfermo o cuando naciera iba a ser más grande el dolor. Para mí después que nacen y se mueren es más grande el dolor que uno saber que está chiquito y que uno puede volver a salir embarazada y puede tener más hijos”.

“ Eso es cosa de Dios; si una no puede tenerlo hay que resignarse”.

Las que se presume o confesaron que eligieron el aborto, exteriorizaron mayores sentimientos de culpa, de pecado u ofensa a Dios; de rechazo de sí mismas y de temor a ser rechazadas por su familia y por su marido.

En resumen, el grupo investigado manifestó:

- Sentimientos de culpa: ***“Me siento como una homicida”.***
- Miedo al rechazo: ***“Que las personas me cataloguen como una persona baja”.***
- Autoincriminación y rechazo: ***“Me he sentido mal conmigo misma, con Dios, con todo el mundo, con toda la gente que me está viendo ahora”.***
- Miedo al rechazo de los familiares: ***“Me preocupa sólo la reacción de mi papá y de mi novio que son las personas que siempre han estado conmigo”.***
- Miedo a morir: ***“Mal, nerviosa, pensaba que podía perder la vida”.***
- Dolor físico.
- Tristeza.
- Resignación a los designios de Dios.
- Temor a quedar estéril.
- Temor a que la familia, especialmente la madre, conozcan del aborto: ***“Que mi mamá se de cuenta y cómo se pueda sentir” “Mi abuela cree que estoy chequeándome”.***

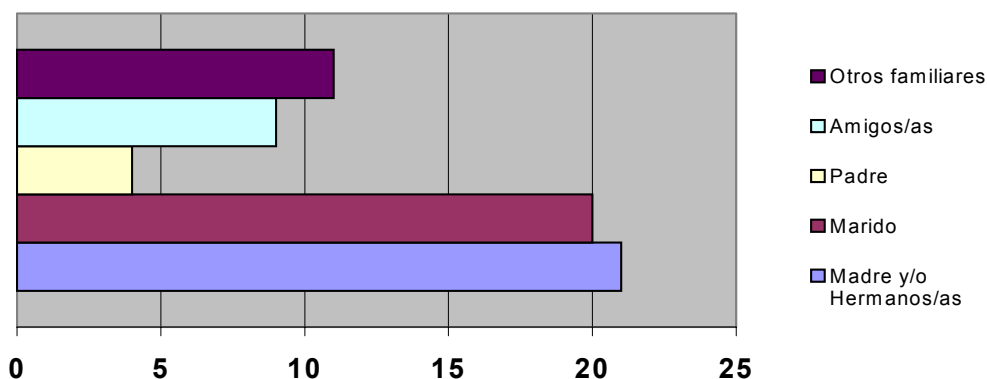
Tabla 4.1 resume los sentimientos y preocupaciones que, en primera instancia, las entrevistadas citaron al preguntarles cuáles eran sus sentimientos respecto al aborto.

4.4.3. El aborto y la familia

Igual que en el embarazo, en algún momento del proceso del aborto, los familiares y amigos/as de las adolescentes se involucraron en él. Sólo tres entrevistadas buscaron atención sin que alguien conociera del proceso del aborto; dos de ellas dijeron que sus familiares pensaban que iban al hospital a consultar sobre el embarazo. Una de estas adolescentes pasaba por su tercer aborto.

En el aborto han participado, en primer lugar, los novios/maridos, seguidos por las madres, las hermanas, otros familiares y las amigas. El que la mayoría de las adolescentes no guardaran silencio de su proceso abortivo en un hallazgo de la

Gráfico 4.1
Entrevistadas según quien conoce el aborto



investigación que cuestiona la percepción de los/as proveedores/as de que las adolescentes buscan asistencia para el aborto “solas” y “a escondidas”.

Veintiuna entrevistadas hablaron de cómo reaccionaron o reaccionarían sus maridos y los sentimientos que ellas interpretan en ellos.

Más de una adolescente tuvo una conversación entrecortada y a punto de llorar, en el momento de hablar de los sentimientos y reacciones de su pareja.

Sólo una entrevistada especificó que su marido sentía tristeza con la noticia y le había ayudado a buscar asistencia médica desde los primeros síntomas.

La mayoría de las que observaron o sospecharon la reacción de sus parejas (6), coinciden en que ellos les reprocharán, les acusarán de no haber evitado el aborto o de haberlo inducido.

***“El papá lo supo; me dijo de todo; me dijo que fui yo que me lo saqué. Que era una asesina, porque pensó que fui yo la culpable, y nada, después se puso bien”.
“Porque no me agarraba las manos y no tenía esa cosa conmigo, desde que llegamos aquí”.***

Otras piensan que ellos se atribuirán el haber causado el aborto; sobre todo por haberlas disgustado o estresado.

Con relación a sus madres, la mayoría de las adolescentes se mostraron convencidas de que las concepciones morales y éticas de sus madres estarán supeditadas al sentimiento de la maternidad. Ellas están conscientes que sus madres no las juzgarán mal y que por el evento del aborto no cambiarán el concepto que de ellas tienen.

La reacción, real o la percibida por las adolescentes, en sus madres, es opuesta a la de los maridos. Todas percibieron y/o observaron de sus madres algunas de las siguientes emociones o acciones:

- Oposición a cualquier actividad en la que sospechara que ellas querían abortar:

“Intenté beber algo como tres días antes de la caída, eran pastillas, mi mamá las encontró y las botó en la cañada”.

- Fundamentalmente, las madres que sospechaban las actividades abortivas de las hijas, aconsejaban sobre alternativas viables para continuar el embarazo y educar los hijos; algunas dijeron que sus madres las exhortaban a seguir sus ejemplos de madres solteras que no habían abortado y luchaban para educar a sus hijos.
- Otros sentimientos que las adolescentes perciben en sus madres, padres y hermanas son la tristeza, depresión y disgusto:

“Mi mamá sé que se va a sentir mal; tú ves, aparte me va a pelear muchísimo; usted ve, porque ella me había dicho que tratará de no salir embarazada, que me decía que no saliera embarazada ahora.”

Al igual que las madres, los padres de las jóvenes (pocos) estuvieron dándoles a sus hijas soporte emocional o de asistencia médica durante el aborto:

“Llevándome al médico porque creía que yo había hecho algo para abortar; me dijo que un embarazo no era nada, que lo malo era abortar. Me decía que si a mí me pasa algo es con él que tengo que hablar y no con personas de la calle (...) le dijo a mi madrastra que no me iba a abandonar porque yo era su hija y soy huérfana”. “Mi papá lloró mucho”.

En sentido general, las adolescentes están convencidas de que, por el hecho del aborto, inducido o espontáneo, las personas de su círculo íntimo de relación no cambiarán sustancialmente la forma de tratarlas y la concepción que tienen de ellas.

Tabla 4.1
Resumen de las causas, preocupaciones y sentimientos
de las adolescentes sobre el aborto

CAUSAS	CONOCIMIENTO	SENTIMIENTOS/PREOCUPACIONES		
		DE LA PACIENTE	PAREJA	FAMILIA
• Levantar objetos pesados: sacar agua de cisternas (12) • No sabe, no se explica (9) • Caída (3) • Uso de Cytotec (4) • Té (3) • Quiste (2) • Calmantes (2) • Estrés (2) • No acudir al médico con los primeros síntomas (1) • Intento de suicidio (1) • No especifica (1)	• Novio / esposo (20) • Madre (16) • Hermana (8) • Vecina (6) • Amiga (4) • Toda la familia (4) • Suegra (3) • Madrastra (3) • Cuñada (3) • Tío/a, primo/a (3) • Padre (2) • Hermano (2) • Patrona (2) • Prima (1) • Sobrina (1) • Nadie (3)	• Mal, triste (13) • La pérdida del bebé (10) • Ánimo para planificarse (5) • Dolor emocional (4) • Temor a morir (4) • El dolor físico del aborto (4) • Culpabilidad (4) • La familia, hijos, marido (3) • Salir rápido (3) • Normal, bien (2) • Decepcionar al esposo (2) • Tranquilidad (2) • Nerviosa (2) • Ningún sentimiento (2) • Temor a la esterilidad (2) • Abortos consecutivos (1) • Inasistencia a la escuela (1) • Haber inducido el aborto (1) • Asustada (1) • La secuela del procedimiento (1) • Reacción de la madre y de los familiares (1) • Cómo será catalogada (1) • No sabe expresar sus sentimientos (1) • Miedo al procedimiento (1) • Miedo (1) • Homicida (1) • Temor a ser reprochada (1) • Nada (1)	• No lo sabe / no puede / no percibe reacción (17) • Culpándose a sí mismo (2) • Culpando a la paciente (2) • Triste (2) • Enojado (2) • Recomendaría planificación (1) • Gritará, insultará (1)	• Aconsejará, madre (8) • No sabe la reacción (3) • No sabe (3) • Acusará de haberlo provocado (2) • Preocupados (2) • Mal (2) • Insultará (2) • Golpeará (1) • Deprimirá (1) • Disgustada (1) • Sumisa a la voluntad de Dios (1) • Preocupada (1) • Dará advertencia (1) • Se desesperará (1)

5. ATENCIÓN POSTABORTO

5.1. Introducción

Este capítulo trata tres aspectos: El primer aspecto plantea la necesidad de la atención postaborto de calidad para las clientas adolescentes y describe, de manera general, la concepción de los/as proveedores/as acerca de la calidad; cómo juzgan ellos/as el servicio que ofrecen y el papel de las adolescentes para ofrecerles un servicio de mayor calidad. La valoración de las adolescentes del servicio recibido. El último aspecto trata sobre la consejería, un componente del servicio que fue ampliamente destacado por los/as entrevistados/as.

El capítulo termina con la presentación de dos matrices; una, en donde se sintetiza la concepción del personal sobre la calidad y la valoración de los/as entrevistados/as y de los resultados de la investigación sobre el servicio en los establecimientos. La otra matriz muestra el resultado del análisis de fortalezas y debilidades de los servicios APA de las dos maternidades realizado por el personal.

5.2. Necesidad de la atención postaborto

Para aproximadamente el 60%(23) de las adolescentes, el proceso seguido desde los primeros síntomas del aborto hasta la sala de legrado de los Centros Maternos, fue aparentemente simple. Generalmente, el proceso abarcó tres fases: a) observación de los síntomas en sus casas; b) visita a un establecimiento médico, público o privado; c) asistencia para el legrado en el HMISLM o en el HMNSA.

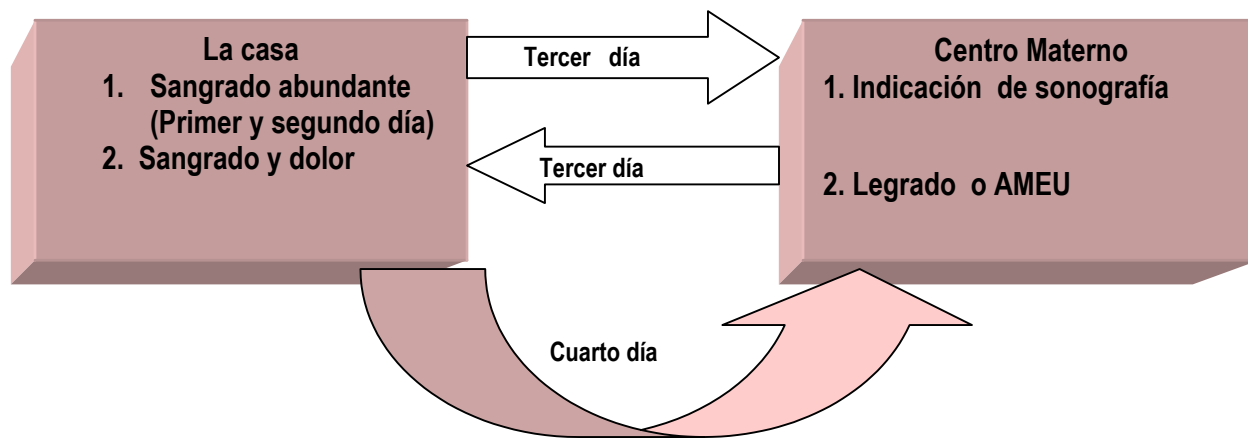
Para el restante 40% (17), tener que acceder al servicio fue un proceso arduo, que implicó varios días de dolencias, visita a varios establecimientos y, en ocasiones, diagnósticos diferentes.

Los esquemas 5.1. y 5.2. muestran dos casos diferentes sobre los pasos seguidos por las adolescentes en la búsqueda de atención.

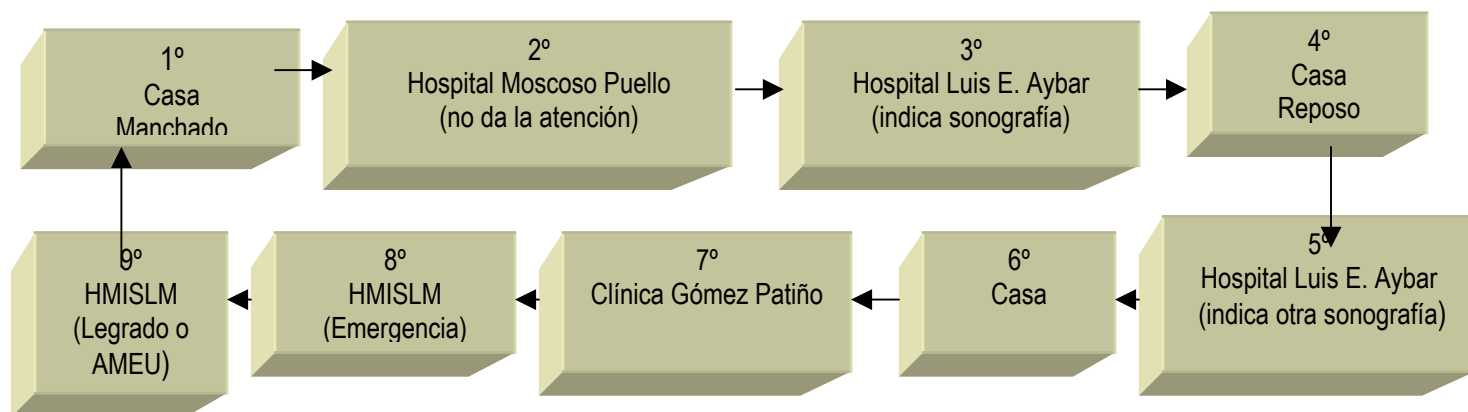
En los dos procesos, se observaron que el tiempo mínimo de duración fue de ocho a diez horas y que no hubo una relación directa entre el número de fases del proceso y el tiempo de duración. Algunas llegaron después de una semana y más. Además, generalmente, las adolescentes que reportaron haber interrumpido su embarazo voluntariamente buscaron atención médica más rápidamente que las demás. La mayoría llega después de dos a cuatro días de iniciados los síntomas del aborto.

La mayoría de las que regresaban a la casa después de una consulta o de indicación de sonografía lo hacían porque el establecimiento no ofrecía el servicio en el momento que se necesitaba o porque no tenían dinero para cubrir los gastos o no estaban conscientes de la inminencia del diagnóstico, entre otros.

Esquema 5.1
Proceso de búsqueda de atención
(Caso 1)



Esquema 5.2
Proceso de búsqueda de atención
(Caso 2)



Según declaración del personal de atención postaborto, la mayoría de las pacientes llegan al establecimiento solas o acompañadas de una amiga; ocasionalmente les acompaña un familiar cercano, adulto (a), que casi siempre desconoce la situación.

Es consenso entre los/as proveedores/as que al llegar al hospital las pacientes presentan un cuadro clínico con evidencias de haber perdido abundante sangre, en estado de palidez y con secuelas de haberse automedicado, con intenciones de inducir el aborto.

También señalaron que rara vez se presentan casos críticos de urgencias médicas o que las pacientes lleguen en estado de inconciencia y que es normal que busquen asistencia, después de varias horas de evolución del aborto, como lo explica una de ellas:

"El domingo en la mañana como a las 9:00 de la mañana yo tiré una manchita. Nada, mi esposo y mis suegros me dijeron que algunas mujeres embarazadas manchan, entonces como a las 11:00 volví y tire otra manchita y nada no volví a tirar más, entonces como a las 7:00 de la noche ahí manché mucho, fui al médico y me recetaron una sonografía pélvica. Eso fue el domingo, entonces ayer en la mañana cuando yo me estaba bañando para ir a hacerme la sonografía, me dio un dolor grande y yo tiré un coagulito como de este tamaño, así (proporción de tamaño) y que tenía como un ladito amarillo; entonces, nada, fui y me hice la sonografía, me dijeron que me la entregaban hoy. Cuando fui a buscarla, me dijeron que la sonografía salió mal, pero que la doctora que me examinó se dio ... me dijo que era un aborto y que tenía restos, y me sacó algunos pedacitos allá en la clínica y me dio una indicación para que viniera aquí a la maternidad de Los Mina para que me hicieran una limpieza".

Por otra parte, las pacientes coincidieron con los/as proveedores/as al describir el cuadro clínico con que llegaron al hospital: dolor intenso y con el aborto en proceso.

Los/as proveedores/as perciben que las adolescentes llegan ansiosas, con prisa, nerviosas, escondidas de familiares y amigos/as, sin equipaje de hospitalización y con gran deseo de que se les atienda de inmediato; entienden que ellas se preocupan más en salir del caso, para no verse delatadas con los familiares, que por el procedimiento clínico:

"Si desesperadas por irse porque están estudiando, salieron para la universidad, salieron para el colegio, salieron a dar un paseo y entonces es para acá que cogen, a veces vienen solas, sin nadie, sin nada, porque vienen a escondidas".

Contrario a lo declarado por el personal, sólo tres pacientes indicaron que habían llegado solas al hospital y que ninguna persona de su círculo social o familiar tenía conocimiento de su caso. Las demás habían llegado al hospital acompañadas o alguien tenía conocimiento de la situación; por ejemplo, su pareja y alguien cercano como la madre, las/los hermanos/as y las/os amigas/os.

También expresaron que antes de llegar al Centro Materno habían realizado un recorrido por diferentes centros hospitalarios o por casas de amigas/os y familiares, envueltas en una mezcla de sentimientos, en donde predominaba el temor a la muerte, temor al procedimiento del legrado, tristeza por la pérdida del embarazo y algunas con sentimiento de culpabilidad.

"Yo agarré y me fui para donde un tío mío y para donde un primo mío y me acosté allá, porque yo le dije que mi mamá me dijo que si me ponía a hacer sangrado que no me quería tener en su casa porque el esposo mío, como dicen, es un tigre, es un invasor de solares, él vende solares, y mi mamá me dijo que no quería

problemas;, entonces me dijo que me fuera para donde Roberto, pues él me dijo que me iba a llevar porque no quiero que te pase nada malo, y él sí me acompañó, estuvo conmigo desde el mismo 25 hasta el 26, amaneció allá, no durmió conmigo, pero se quedó acompañándome. El 26 volví a la casa de mi mamá porque ella me hace sentir mejor, pero el 27 él me llamó que quería que bajara a dormir donde Roberto otra vez, el 28 amanecí con fiebre y muy mal; entonces fue que vine para acá. Fui a emergencia y me trasladaron para acá".

".... Que las personas me cataloguen como una persona baja y que yo sin saberlo estropeé una vida y no sepa cómo arreglarme con mi novio y lo qué él pueda pensar de mí".

5.3. El ambiente de la sala de recuperación

A continuación, la descripción de un momento de espera para la realización de la entrevista:

Seis camas alineadas sin división entre ellas. Entrada y salida de pacientes y del personal de hospital; personal de la sala de APA, médicos y enfermeras de otras áreas, personal de consejería y personal de seguridad. Tanto las pacientes en recuperación como el personal hablan en voz extremadamente alta.

Las pacientes ingresan con ropas de calle al área quirúrgica, aunque tienen que esperar turno por el procedimiento. Se quejan de dolor, de que no les proporcionan calmantes y se les dice que no se les dará calmantes porque el dolor cesará con el procedimiento.

Mientras, llega un empleado del hospital con una paciente que dijo era su hermana y que venía un ginecólogo de planta a hacerle el legrado; la mandaron a acostarse y ella de inmediato fue a buscar una sábana. Las camas tienen una sábana, pero las mujeres las desvisten para arroparse con la sábana porque les da mucho frío; así, se acuestan en el colchón desnudo.

Se escucha cuando el médico dice que buscará una legra más fina para no tener que dilatar mucho la paciente.

En todo momento, los/as presentes en la sala hablan de cualquier tema y refieren diferentes casos del hospital.

Por otra parte, las transcripciones de las entrevistas testifican el acontecer en el momento de la recuperación: "Bulla" "Arrastran objetos, sillas". "Llanto de bebé" "Ruidos y conversaciones" "¿Dónde están los guantes de aquí?" "Silencio, por favor".

5.4. Concepción del personal sobre la atención

En este tema se les solicitó a los/as proveedores/as que explicaran su concepción acerca de un servicio postaborto de calidad, y que señalaran los indicadores. También se procuró que a la luz de los indicadores citados juzgaran sus centros de trabajo y dijeran qué debían aportar sus clientas para recibir un servicio como el concebido.

5.4.1. Visión del personal sobre la atención en los establecimientos

Para mí sería, en primer lugar, recibir a la paciente, y sobre todo, si es adolescente, clasificarla en base a la edad que tiene y orientarla; en primer lugar, en relación al hecho de lo que va a recibir.

Orientarlas, y, por otro lado, también igualmente investigar cuáles fueron las razones por las cuales llegó a producirse el hecho de ese aborto porque en base a esto podemos saber si hubo presencia de algún instrumento o solamente fue alguna píldora y así para poder entonces saber exactamente cómo debemos trabajarlas, después darles una orientación del servicio que se les va a ofrecer. También después recibir las en la sala y darles su correcta analgesia y anestesia y orientarlas. Ya durante el mismo proceso del acto de realización del procedimiento, del legrado, realizarlo con la instrumentación adecuada, enseñándoles cada instrumento para que así se sienta un poco más confiadas. Enseñarles igualmente un pequeño ejercicio de relajación para que tome confianza e irles comentando y hablando acerca de sus familiares para que se sientan en confianza con el médico que les está realizando el procedimiento y así pueda haber una mejor relajación de toda su musculatura, ya sea pélvica, rectal y urológicas. En sí es eso, básicamente, orientarlas.

El seguimiento por parte del personal de enfermería debe ser un servicio de atención de calidad, en el hecho de un buen trato a la paciente, no deben tomar en cuenta su bajo nivel social ni económico, sino que es una paciente que viene a recibir un servicio del cual está muchas veces sin orientación, pero que va a recibir.

La relación entre las enfermeras y las pacientes, conlleva a que las pacientes entren mucho más en confianza con el ambiente en que se encuentran, que sea un ambiente relajante, un ambiente confortable, que se sientan bien, que no se sientan con calor, que se sientan confortables; igualmente la cobertura a nivel de sus medicamentos, adecuada; las pacientes reciban información de los medicamentos que les van a suministrar para que así sepan de ellos. Igualmente, nosotros saber si hay algún proceso anafiláctico o alérgico que alguno de ellos pueda producir, y al mismo tiempo recibir las informaciones que ellas tienen; o sea, que ellas reciban los medicamentos y se den cuenta en sí de que no es tan simple haberse realizado o haber tenido un aborto, que eso lleva sus complicaciones y lleva sus riesgos.

(Un/a proveedor/a)

La orientación y consejería a la paciente; la aplicación de medicamentos, incluyendo anestesia; y la provisión de métodos y/o conocimientos en el área de salud

reproductiva fueron las características más mencionadas, por los/as proveedores/as como esenciales en un servicio postaborto de calidad.

El personal citó otros indicadores indispensables para la calidad del servicio, como son la adecuada recepción de la paciente en la sala de emergencia, el ofrecer apoyo psicológico y emocional a la paciente, dar un trato humano, facilitar un ambiente confortable y de asepsia, dar seguimiento después de la alta, un buen sistema de referimiento y abastecimiento de equipos y materiales gastables adecuados, entre otros.

Puestos a valorar la calidad de su establecimiento los/as médicos/as y enfermeras expusieron un conjunto de factores que evidenciaban la intención de estos centros por ofrecer un buen servicio. Especialmente hicieron referencia a la capacitación del personal. No tienen dudas de que hay un personal con capacidad para ofrecer un servicio de mayor calidad, si las circunstancias lo permitieran.

Varios/as entrevistados/as (uno en el HMNSA y cinco en HMISLM) dijeron que la atención de su establecimiento coincidía totalmente con la concepción que ellos/as tienen de una atención de calidad. Por el contrario otro/a interrogado/a señaló que los estándares de calidad de su establecimiento no se correspondían con su pensamiento.

Al preguntárles si tenían algún obstáculo para realizar su trabajo tal y como lo concebían, sólo tres personas, dos de la HMNSA y una del HMISLM, no habían tenido ninguna dificultad, lo que explica que el modelo concebido por la mayoría no se corresponde con lo que en la realidad ellos tienen que ejecutar.

En la tabla 5.2 se presenta una síntesis de los aspectos esenciales para lograr un servicio postaborto de calidad, según el personal de salud, y los resultados de sus críticas a la calidad del servicio que ellos ofrecen en sus establecimientos. Tanto el análisis de las informaciones de la tabla, como de los aspectos similares señalados por las entrevistas/os, permiten construir las siguientes conclusiones:

- El personal está conforme con su nivel de capacitación, clínica y humana, para el servicio, y siente que puede ofrecer un mejor servicio del que en realidad realiza. Es decir, las deficiencias de la calidad están más relacionadas con diversas áreas del establecimiento que con la capacitación del personal.
- La concepción y visión del personal sobre la calidad del servicio coincide con los estándares internacionales acordados para estos fines. Ellos/as consideran importante que las pacientes tengan una recepción adecuada en el área de emergencia, lo que incluye precisión en el diagnóstico y facilitación de conocimientos, la necesidad de informar y orientar a las pacientes de su diagnóstico y del tratamiento que requieren; controlar el dolor mediante la medicación de analgésicos y la anestesia requerida para cada caso, con apoyo en la consejería. Se tienen claras informaciones de que las relaciones con las clientas, tanto clínica como humana, se

deben basar en valores de respeto y de comprensión de su condición humana, psicológica y cultural.

- Prácticamente hay consenso en cuáles son los obstáculos que ofrece el contexto de las maternidades para la oferta de un buen servicio. Específicamente se refieren a la falta de equipos de AMEU, bandejas, camas, sábanas, métodos de planificación familiar y espacio.
- El personal ve importante que se les capacite en la atención a adolescentes. Sin embargo, ninguno consideró que su falta de conocimientos en esta área puede estar afectando la calidad del servicio postaborto en las maternidades. Por el contrario, varios juzgaron que ofrecen un buen servicio e informaron que en su trabajo no establecen diferencias entre una mujer adolescente y una adulta.
- Se percibe cierta resistencia del personal para hablar claramente de las necesidades acerca de la calidad del servicio de su establecimiento. Esto no impidió que sus principales críticas fueran al equipamiento y la asepsia de los dos establecimientos y que se mostraran más abiertos en los juicios de los aspectos médicos administrativos, que en los que atañen directamente al personal de postaborto. Hubo negatividad del personal médico para analizar las fortalezas y debilidades del aporte del personal de enfermería a la calidad y viceversa.
- Unos pocos limitaron la calidad a la oferta de su establecimiento.
- Todos/as están de acuerdo en que ofrecen consejería. No parece que el personal tenga claridad de a quién le corresponde la consejería, del contenido y del momento adecuado para ofrecerla. Se percibe en algunos/as médicos/as la creencia de que la consejería es una responsabilidad más del personal de enfermería que de ellos/as. Asimismo, no queda claro si establecen diferencia entre el diálogo- imprescindible-médico-paciente y la consejería propiamente dicha.
- La mayoría está de acuerdo en la importancia de la anestesia, que actualmente en pocas ocasiones se aplica, para ofrecer un mejor servicio. También hay conciencia de que se podría hacer un tratamiento sin anestesia pero que el instrumental no es el adecuado para ello.
- Este personal le da mucha importancia a lo humano y algunos piensan que se debe dar un tratamiento más humano a las adolescentes, tanto en la parte clínica (medicarla y respeto a la privacidad, entre otros) como en la interacción personal; es decir, dialogar, aconsejar e informar, entre otros. Sin embargo, no parece haber claridad de a quién le compete: los/as médicos piensan que las enfermeras son las que deben mejorar las relaciones personales con las pacientes y las enfermeras perciben lo mismo de los/as médicos/as. En este orden, el personal del HMISLM expresó mayor conformidad con la forma de tratar a las mujeres sometidas al procedimiento de evacuación que el del HMNSA.

- El personal de Los Mina centraliza en la superpoblación de clientas y, por consiguiente, en la falta de personal, las deficiencias en la calidad del servicio; y los de La Altagracia, en el abastecimiento de medicamentos, equipos y materiales.
- No hay un sistema eficaz y formal de referimiento entre las diferentes áreas de la atención postaborto. Algunos aspectos dependen de la voluntad individual del personal; por ejemplo: la consejería, la planificación y la referencia al área de psicología.

5.4.2. Modelos de atención

Todo el personal reportó que conocía dos modelos de atención APA: el AMEU y el Legrado Instrumental. Esto sugiere que el personal percibe al APA principalmente en un contexto clínico, más que un aspecto integral de salud.

Con respecto a las técnicas para evacuar al útero, en la evaluación de ambas técnicas explicaron que el AMEU tiene unas características que no posee el instrumental, que lo califican como el modelo ideal no sólo para adultas, sino también para adolescentes. Muy pocos/as opinan que con cualquiera de los dos procedimientos se puede dar un servicio con igual calidad.

En la comparación de estos procedimientos, el personal opina que:

El AMEU es menos doloroso y menos riesgoso, porque disminuye las probabilidades de perforaciones; más seguro, ya que la flexibilidad del material evita daños al útero de la paciente; las posibilidades de contaminación son menores, debido a que el metal es más propenso a la transmisión de gérmenes en la cavidad endometrial; existe más control en el sangrado y presenta más facilidad para la paciente y para el médico. Según el personal, este procedimiento no requiere de anestesia y a la paciente se le prepara mediante un diálogo, simultáneo al tratamiento médico y en postcirugía. Es importante la presencia de la persona, de la enfermera que pueda dar la consejería a la paciente, mientras el médico trabaja.

Todo el personal cree que este procedimiento es: “excelente”, “prefiero el AMEU”, “más humano”, “muy bueno”, “es bonito” “es más cómodo”.

El Instrumental: Las curetas cortantes que se usan representan un peligro para las jóvenes; sin embargo, el personal se mostró confiado de su pericia, razón por la que ocurren pocos accidentes en las maternidades. Algunos/as (tres personas) señalaron que un procedimiento no aventaja al otro. Unos, se basaron en que la experiencia, la pericia y los conocimientos del médico podría suplir las desventajas del instrumental y otros, se basaron en el tiempo del aborto y el cumplimiento de los valores científicos de ambos.

En resumen, los dos procedimientos pueden ser usados en pacientes APA, si se cumplen las exigencias, básicamente el tiempo del aborto.

“El de aspiración uno lo elige cuando el aborto es temprano, de pocas semanas; hasta las 8 –10 semanas, se debe hacer por aspiración. Algunas veces, muy escasas, pueden quedar restos que haya que hacer una instrumentación, pero es mucho mejor para la paciente que se le aspire a que se le vaya a introducir un instrumental. Luego el legrado instrumental es un método muy importante cuando hay un embarazo avanzado en que hay restos de placenta pequeña y membranas que hay que sacarlas muy bien; entonces hay que usar el instrumental porque el de aspiración no las puede sacar bien”.

“... son provechosos los dos, porque si el personal que está elaborando el instrumental ya tiene vasta experiencia para manejar cada instrumento: en que momento, cuándo, tiene su calidad y tiene sus recomendaciones, tanto como el AMEU. También, si se hace al tiempo que se manda hacerse y con la calidad y el adiestramiento que se tienen para realizarlo, los dos tienen sus beneficios”.

Los/as entrevistados/as que sí ven diferencias en términos de eficacia, entre los dos procedimientos. Dicen que el instrumental es: *“Más dramático”, “más cosa.....* (gesto de desagrado); *“más peligroso”.*

Algunos opinaron que la aplicación del instrumental necesita menos preparación, es más rápido que el AMEU por lo que se debe recurrir a él, ya que la paciente generalmente requiere de una intervención rápida. Otro argumentó que su aplicación es rápida y segura si la hace una persona con destreza.

Todo el personal está de acuerdo en que no se ha descrito una técnica específica para las adolescentes. Pero la mayoría piensa que el AMEU es la técnica ideal para ellas, si las restricciones de su uso lo permiten; y que cuando se les da tratamiento con éste hay mayores cuidados y atenciones que con las adultas. Uno de los/as entrevistados/as decía:

“Diríamos que con un poco más de delicadeza, con un poco más de cuidado y con un poco más de qué sé yo, porque son adolescentes, pero yo diría que igual porque no veo gran diferencia, diríamos porque quizás no hay tiempo o no hay quizás lo adecuado para tratarlas diferente, diferente en el sentido de que uno busca más cuidado porque son muy niñas y como adolescentes al fin uno las ve indefensas”.

5.4.3. Ruta crítica de atención

El análisis de la reconstrucción del proceso seguido por las clientas adolescentes de los servicios postaborto, desde que llega a la puerta de la maternidad hasta que se le da de alta pone de manifiesto varios aspectos, a saber:

El referimiento de la usuaria del servicio de postaborto a la planificación, al área de psicología y al departamento de adolescente no es formal e institucional; depende de la convicción y el compromiso del/a proveedor/a del servicio. Algunos servicios para adolescentes de esos departamentos se ofrecen sólo en una de las dos tandas al día.

No se percibe un sistema de referimiento.

Las dos maternidades no tienen grandes diferencias en las fases de la rutina de atención postaborto. Sólo que en los/as entrevistados/as del HMISLM se aprecia un poco más de tensión cuando tienen que relacionar el tiempo disponible para cada cliente con la población que demanda el servicio.

Los medicamentos más usados, según los/as entrevistados/as, son: Xilocaína, Diclofenac, Oxitocina, Ergotrate.

Hay elementos de la consejería no definidos. Por ejemplo, ¿cuándo se realiza? ¿Quién la ejecuta? ¿Cuál es su contenido? ¿Cuáles procedimientos se utilizan?

Tabla 5.1
Reconstrucción de la ruta crítica de la atención postaborto

EMERGENCIA	SALA DE PRE – LEGRADO	SALA DE LEGRADO	SALA DE RECUPERACIÓN
1) Inscripción en archivo 2) Toma de datos (auxiliar de enfermería) 3) Evaluación por el médico (médico residente de ginecobstetricia de tercer año) 4) Chequeo de niveles infeccionales 5) Tacto vaginal (verificación de la presencia de indicadores de aborto en curso) 6) Indicación de sonografía, si el cervix no está abierto 7) Se le abre un expediente con el examen físico: estado general, evaluación del corazón, pulmones, abdomen 8) Se remite a la sala de legrado, la traslada un camillero, con referimiento escrito	1) El personal de enfermería recibe la paciente 2) Canalización de vena 3) Evaluación de la paciente para confirmación de diagnóstico de emergencia (médico) 4) Administración de analgésicos antiinflamatorios 5) Toma de muestra de sangre, hemograma, tipificación, orina 6) Sala de legrado	1) Colocación en posición de litotomía y la enfermera lava el área con agua; con espéculo se visualiza la cervix 2) Mientras se explica el procedimiento 3) Uso de la pinza de Pozzi para pinzar el labio anterior del cervix 4) Después se coloca una valva pesada 5) Anestesia paracervical (Xilocaína) 6) Ejercicios de respiración de la paciente, para relajación, mientras se le explica el procedimiento 7) Se retiran los fluidos cervicales y los restos embrionarios 8) Uso de la legra o equipo de AMEU	1) Administración de medicamentos: antibióticos, ergonovínicos/oxitocicos (enfermera) 2) Orientación a planificación (Referimiento verbal) 3) Indicación de hemáticos 4) De alta, con tarjeta de expediente

5.4.3. El aporte de las clientas a la calidad

Al personal de salud se le preguntó en qué podrían colaborar las clientas adolescentes para ofrecerles un servicio más eficiente y eficaz. Ellos/as señalaron que estos aportes podrían ser en el orden de que:

a) Las pacientes tengan mayor **control de sí mismas** y de su situación de forma que permitan que el trabajo se realice bien, rápido y facilite la maximización del tiempo respecto al número de pacientes.

“Estar relajadas, no ponerse tensas”; “No llorar”; “ No gritar, no dar show”;

“Muchas saltan de las camillas desde que ven los instrumentos”.

b) Deben tener mayor **conocimiento de su estado de salud y del procedimiento** a que se someten, pero -sobre todo- deberían tener mayor confianza en el personal que les atiende.

“Algunas no se dejan ni siquiera examinar del médico y uno tiene que estar con el médico, ahí (...) déjate examinar, tú tienes que permitir que el médico te examine . A veces para atenderlas tiene que venir la doctora (Dpto Adolescente), viene la psicóloga y de acuerdo a como tú las abordes y las orientes, ellas colaboran”.

“ Muchas de ellas cuando ven que les van a poner una solución o que les van a poner un suero, que generalmente no conocen, dicen: para qué me va a poner suero, yo no lo necesito; yo estoy bien; yo vine a que se me limpie solamente”.

c) Comprender mejor **las limitaciones del servicio y aceptar** lo que se les ofrece. Hasta cierto punto los/as proveedores/as esperan que las pacientes sean compromisarias con la imposibilidad de darles un mejor servicio.

“Que comprendan que uno está trabajando con ellas en las condiciones en que estamos, y deben atenerse a ciertas limitaciones”. “Que entiendan que ellas no son las únicas, que hay más pacientes”.

d) Lo más importante para el/la proveedor/a es que las clientas les tengan **confianza** y les hagan partícipes de las **causas reales del aborto** y en algunos casos de su intimidad o de las actividades que de alguna forma activaron el aborto. También que ella tenga dominio del proceso, desde la aceleración del aborto hasta su encuentro con el doctor.

“ ¡Ah!, doctor yo estoy embarazada, yo tuve una relación, no tengo esposo; yo hoy me tomé esto; me tomé lo otro...; ahí me está diciendo la verdad y el doctor ya sabe cómo la va a manejar”.

“ A veces vienen con la historia de que se les cayó... de que yo estaba cargando una agua, que me caí de un motor. Eso no tiene tanta relación para un aborto, entonces tú no sabes cuál es espontáneo y cuál es inducido y a veces tú hasta pecas de exceso pensando que fue inducido; o sea, uno a veces...; puede ser 15%

de posibilidades que sea espontáneo, a veces uno y el personal lo juzga como si fuesen inducidos, pero es por eso, porque muy pocas de manera espontánea, inicial y temprana lo informan, vienen envolviendo el problema con un origen distinto.”

e) Mayor **higiene** personal y cooperar con la higiene del establecimiento.

f) Tener un **comportamiento adecuado** al lugar en dónde se hallan- un establecimiento de salud- porque “algunas están como si fuera en el patio de su casa”.

“Ellas quisieran que desde que llegan las atiendan inmediatamente; no miden que los médicos que les van a hacer el legrado tienen otras pacientes que están pariendo, que son urgencias o que se está haciendo una emergencia. Algunas dicen palabras para que se les atienda rápido; otras se desesperan y un sinnúmero de cualidades”.

g) Dos proveedores/as opinaron que el servicio mejoraría si las pacientes pagaran alguna cuota por el servicio que reciben. El pago de esta cuota ayudaría al abastecimiento de materiales y equipos de los hospitales y crearía en las clientas una conciencia de derecho que las convertiría en protagonistas activas en las exigencias de mayor calidad.

“...que se les cobre (...) que a veces nos hace falta otras cosas, que si no tenemos y las completamos (...) si van a una clínica tienen que pagar. Cuando venga la Seguridad Social a cada paciente les van a cobrar, entonces que den una cuota, no que se les cobre, pero que den una cuota de recuperación”.

La mayoría de los/as proveedores/as opina que de todos los aspectos, antes citados, con el que con mayor frecuencia contribuyen las adolescentes es con la disposición de cumplir las solicitudes del/a médico/a de hacer silencio, no movilizarse mientras se les practica la evacuación uterina y controlar su estado nervioso. Esta disponibilidad es más notoria y frecuente en las que han participado en el programa de adolescente de la maternidad.

Además, se enfoca como un aporte a la calidad, la convicción y la decisión de la adolescente para hacerse el aborto.

Lo que menos aporta esta población es el comunicarse; el decir abiertamente cuáles son las causas del aborto:

“Lo que menos se da aquí es que nos digan qué usaron, no lo dicen por nada”.

Asimismo, uno/a de los/as entrevistado/as dijo que lo menos frecuente es que la adolescente dé indicios de arrepentimiento, de insatisfacción con lo que ha realizado:

“La mayoría son abortos y aunque no me compete son abortos provocados y ellas toman esto como que no ha pasado nada; ellas buscan una salida y están satisfechas, ya salí del problema; estoy libre”.

5.5. Visión de las clientas sobre el servicio

Al llegar al hospital, la mayoría (35) de las adolescentes tenían inquietudes de diferentes naturalezas. Prácticamente todas manifestaron alguna preocupación relativa al servicio que recibirían. Muchas (24) tenían preocupaciones en el orden médico-clínico del servicio.

El temor al legrado, al dolor y/o que no se usara anestesia en el procedimiento quirúrgico, estuvo presente en 12 de las clientas. Otras sintieron miedo o incertidumbre sobre la atención médica y sus resultados (5); perder el hijo (3); no saber con certeza las circunstancias clínicas en las que se hallaban (3), y, finalmente, una dijo que sentía temor de que la dejaran interna.

“Me dijeron que me iban a hacer un legrado, porque todavía tenía residuos adentro. Aunque boté mucho allá, pero había que limpiarlo que podría ser peligroso. A la verdad que fue bien doloroso, hubiera preferido parir y pasar trabajo, que hacer eso que me hicieron y a sangre fría, sin anestesia”.

La mitad (19) estuvieron de acuerdo en el modo con que el personal despejó sus preocupaciones, aunque no todas conversaron de sus preocupaciones con quienes les proporcionaban el servicio. Generalmente se sintieron complacidas por la forma y el contenido de lo que les hablaba el personal:

“Me ayudaron; porque ella me dijo que yo estaba bien, que no tenía nada de que preocuparme. El doctor de legrado me dijo que no tenía nada malo, que tenía infección y que tenía que hacerme un legrado. También en emergencia me ayudó una doctora que se llama (...), me llevó abajo para ver qué era lo que tenía, y me trajo para acá”.

Las que comentaron que los/as proveedores/as no satisficieron sus inquietudes se basaron en la poca comunicación que hubo entre ellas y el/la proveedor/a.

“ Nada, ellos no me dijeron nada”; “ellos hacen su trabajo”; “no explicaron el procedimiento, hablaron de nada, sólo preguntaron cuándo nació”.

El primer contacto de la paciente con el establecimiento es con el portero. El juicio, el sentido común del portero y/o la prudencia, en ocasiones, puede ser decisivo en la gravedad de un caso. En determinadas horas del día, él decide a quién deja pasar²⁶ o con quién colaborar. Algunas contaron que sus buenas relaciones con el portero les facilitó comunicarse con sus acompañantes, que no podían entrar al hospital. También se observó que el portero ayudaba en algunas diligencias a las clientas; por ejemplo, a buscar sábanas y a comprar comidas. Por el contrario, otras le acusaban de poco comprensivo de su situación:

²⁶ Esta investigación no profundizó en las funciones y mecanismos de supervisión del portero, de forma que sus decisiones no interfieran significativamente en la salud materno infantil.

“Sí, me preocupaba que el portero no me dejaba pasar”.

“El portero que cuando iba a pasar, vio que tenía un sangrado y se quedó ahí mismo y me echó un boche, en vez de dejarme pasar. Debí de preguntarme si tenía tarjeta o dejarme pasar y sentarme ahí, hasta que vinieran”.

En la emergencia, la paciente es recibida por una enfermera (auxiliar), que además de iniciar el expediente sus funciones están estrechamente relacionada a la consejería. Esto se hace en los dos hospitales. Prácticamente todas las entrevistadas muestran satisfacción con el recibimiento de la enfermera de emergencia.

“Ella me dijo que no tenía nada de qué preocuparme”. “Hubo una enfermera que conversó mucho conmigo, me fue aliviando esa inquietud que tenía”. “Ellas me explicaron que me relajara, que todo iba a salir bien. Me daban valor. Unas enfermeras y una doctora en emergencia son muy agradables”.

c) La evaluación del/a médico/a, generalmente estudiante- residente es apreciada de manera diferente por las entrevistadas. Un grupo sintió que fue comprendido y que el/la médico/a les atendió bien, que tuvieron confianza mutua. Las adolescentes esperan que el médico haga una buena evaluación y tenga un comportamiento ético, adecuado a su profesión.

“El me trató bien; me estaba haciendo unas cuantas preguntas. Relajaba conmigo, estaba muy contento conmigo”.

“Más comprensión de todos los médicos porque hay una parte que es buena y otra que es grosera”.

“Para las demás jóvenes (fue atendida sin respetar los turnos) podría decir que los doctores no son muy rápidos, o muy eficientes en su trabajo, porque cuando estaba abajo me pasaron delante de dos personas que estaban para ser atendidas inmediatamente. Yo pasé porque tenía un problema, pero pienso que no debieron pasarme delante de ellas porque tenían un problema mayor”.

La administración de medicamentos a la paciente está sujeta al abastecimiento y al criterio del personal médico, basado en las condiciones de la paciente. Muchas de las clientas se quejaron que no les medicaron, especialmente que no les administraban anestesia y analgésicos.

“Duran mucho para dar medicamentos”. “Más atenciones en materiales, como inyecciones, pastillas, medicamentos”; “poner anestesia”; “Sábanas para cubrirse, uno viene demasiado alterada, y no puede estar poniéndose panties; sería bueno para uno cubrirse con sábanas para no quedarse así. Y el piso, toda esa sangre, yo boté mucha sangre y no han venido a limpiarla”.

A las pacientes se les preguntó qué opinaban del servicio de los hospitales. La pregunta directa obtuvo una respuesta positiva; es decir, la mayoría contestó que se sentían bien y que habían recibido un buen servicio. Sin embargo, cuando se analiza su discurso se descubre que la satisfacción de las pacientes está mediada por la “gratitud”, de que se les haya ayudado a salir de un problema que ellas consideraban riesgoso para su vida.

Por ésto, la profundización en los diferentes aspectos de la atención (tratamiento clínico, relación personal, facilitación de información e higiene, entre otros) muestran a las pacientes con un alto nivel crítico del servicio, conscientes de sus derechos, más espontáneas en las críticas y con un nivel de conocimiento de lo que debería ser un servicio postaborto de calidad.

5.5.1. Clientas del HMISLM

Las clientas del **HMISLM** aprecian que el hospital podría ofrecer un mejor servicio, pero para ésto tendrían que mejorar en todos los aspectos de la calidad :

A) En el orden del tratamiento clínico: Hacer una evaluación de las pacientes, evitando suposiciones y hacer más cuestionamientos sobre las causas del aborto; usar anestesia, de manera que se sienta menos el dolor del procedimiento; la aplicación de analgésicos debería ser más eficaz; procurar disminuir el intervalo de tiempo desde la llegada al hospital hasta la de alta; y las enfermeras deberían acudir con mayor rapidez a las solicitudes de atención. Separar las pacientes de recuperación de postaborto de las de postparto; tener dos salas.

“Que me pusieran la anestesia porque ese dolor sin anestesia; !AY, yo no sé ni como yo saqué fuerza”.

“Atender a tiempo, no dejarme como a mí...”.

“Bueno, que deberían de atender pronto, a los pacientes porque mira hay una señora que está desde las siete de la mañana, y ella dejó sus hijos solos, y ella está ahí con un aborto, y ella se preocupa más por sus hijos que por el bebé que tiene, y no la han atendido; y ello hay mucha gente esperando y muchas se fueron porque no las atendieron rápido; poner más enfermeras en eso; porque las enfermeras que había eran tres en la sala de parto”.

“Había algunas que se pusieron nerviosas y tenían que pasar, yo estaba bien, estaba dispuesta a todo pero me pusieron nerviosa ellas. Habrá que tener en un lado a las que chequearon y en otro a las que no, porque las ponen nerviosas a las que no se han chequeado. Poner en un lado a las que están pariendo en un lado y en otro a las que están chequeando, porque juntan a las que están de aborto y a las que están de parto, que las separen”.

“Ellos deben de preguntarle cómo fue el aborto; como ella cree que fue provocado para ver cómo las pueden atender; si ha botado muchas cosas o algo, si ha sangrado mucho, si ha botado mucho coagulo, si ha botado el bebé”.

B) En el orden de la consejería: Las clientas sugirieron que todos/as los/as proveedores/as, en mayor medida los/as médicos/as que hacen el legrado o AMEU, deben proponerse mejorar la comunicación con las pacientes; comunicar sobre el trabajo que realizan con ellas; las indicaciones médicas deberían ser más precisas, más claras, más espontáneas, no esperar a que sean ellas las que pregunten y deberían hablarles de planificación. (Ver sección 4.6 para más detalles.)

“Bueno, primero sería orientarlas, decirles cómo será el proceso, tratar de que no se sientan nerviosas”; “me gustaría recibir como dije anteriormente algo como una indicación, porque ahora mismo no han mandado una indicación; que si puedo tomar esto; que si tengo que tomar lo otro; te salió todo bien; que te encontramos tal cosa ahí abajo; que tiene problema con esto; me gustaría que se pudieran dar así las recomendaciones y más informes a las personas de cómo van las cosas”.

“Dedicarle tiempo y explicarle todo el procedimiento que le van a hacer antes y después del aborto. Diciéndole los métodos de planificación para que no vuelvan a pasar por este tipo de problema”. “ En la planificación”. “Hablar con los padres, no les peleen; las traten con cuidado. Porque los padres entienden mejor a los médicos que a las jóvenes en cuanto a tratamientos”.

C) En el aspecto de higiene y prevención de infecciones, muchas criticaron la obligación de compartir la cama con una o más pacientes, de las que no saben si padecen enfermedades que pongan en riesgo su salud; además de que las camas son pequeñas y, generalmente, no están cubiertas con sábanas. Juzgan que en el hospital hay poca preocupación por la limpieza y que ésta no se hace con la frecuencia que debería hacerse.

“Donde están todas las mujeres (sala de postparto y postlegrado); ellos ahí deberían de tener a alguien, por lo menos que en esa área haya más limpieza, más o menos; en la mañana llega una y le hacen un legrado y sangra un paquetón y todavía en la noche, todavía la cama está llena de sangre y las personas no saben qué tiene esa persona; eso es la higiene.”

Botan mucha sangre al lado de uno y eso tiene mal olor. ¿Qué te ocasiona esto de estar juntas? Que ese mal olor revoltea el estómago a uno, y acostadas demasiadas personas en una sola cama. Que dejen a una sola persona en una cama, dos personas en una cama no pueden, como uno con un dolor se va a extender así, uno no puede soltarse bien. Había una con un dolor por no poder extender las piernas y tenerlas cerradas el niño se le salió así, en la sala de legrado, en la cama donde estaba”.

“Ellas llamaron a un doctor y dijeron que se le salió, ella abortó y botó al niño, cuatro personas en una sola cama, hubo una que se manchó que estaba al lado”.

D) Trato personal: En dos de los aspectos en los que las mujeres hicieron más énfasis fueron en las formas de tratarlas y en la forma de comunicarse con ellas. A su juicio, el personal debe mejorar la manera de tratarlas. Ellas piensan que las especulaciones del personal sobre las causas del aborto, espontáneo o inducido, no debe llevarles a relacionarse con ellas de forma diferenciada y discriminatoria para las que suponen se provocaron el aborto, como se hace con frecuencia. Respecto a la comunicación interpersonal, consideran que el lenguaje del/la médico/a debe adecuarse a la ética médica. Algunas adolescentes ven favorable que el establecimiento les permita mayor comunicación con los familiares que les acompañaron, ya que ellos podrían ayudarles a comprender mejor las orientaciones e indicaciones del/a médico/a.

“Que sean simpáticos con la gente y no que sean unos perros con uno”.

“Lo que más me ha gustado es que los residentes, por lo menos, ellos te tratan de ayudar tratan de ponerte cómoda, eso fue en mi caso no sé en otras personas; en mi caso ellos me ayudaron mucho, me trataron de tranquilizar siempre, me tuvieron aconsejando; como ahí; quédate tranquila y siempre me tuvieron bien”.

“Encuentro que aquí hay médicos groseros”. “Debieran comprender a los pacientes, tratarlas mejor”. “Más comprensión de todos los médicos, porque hay una parte que son buenos y otros que son groseros”.

“Bueno, yo pienso que si yo fuera doctora y viene una paciente grave, el deber mío es atenderla, no hablarle mal, decirle que se aguante, decirle cuando se está pariendo y cuando tu estaba en cama no te dolía eso a ti, tu cogía gusto y por qué ahora no; eso no son palabras, tampoco no son palabras ni de un médico o de una doctora”.

Cobra importancia destacar que todas las adolescentes hicieron referencia, en un momento u otro de la entrevista, a todos los aspectos de la calidad, antes señalados. O sea, hay unanimidad en la percepción de los aspectos que deben ser mejorados en la HMISLM.

5.5.2. Clientas del HMNSA

A) En el orden del tratamiento clínico: Casi todas las entrevistadas, en esta maternidad, se mostraron muy conformes con el tiempo invertido para recibir el servicio; la mayoría habla de que tardaron poco, lo mismo en emergencia como en la sala de legrado. Sólo dos dijeron que el tiempo de espera para ser atendidas fue largo (alrededor de 10 horas). También juzgan positivamente la evaluación realizada en emergencia. Pero, consideran que si se usara anestesia, el servicio mejoraría notablemente.

“Me trataron bien en la limpieza. Me trataron bien en el tiempo que estuve aquí. Lo que menos me ha gustado fue el tiempo que duré afuera”.

“El de la doctora xxx es el que más me ha gustado. Lo que menos me gustó fue que me hicieron el legrado a sangre fría”. “El legrado porque duele mucho”.

“Ayudándolas, limpiándolas, que no se pongan nerviosas, diciéndoles muchas vainas para que se tranquilicen, y no hacerle eso a sangre fría; ponerle anestesia para dormirla entera, que así no sientan”.

B) En el orden de la consejería: Tres pacientes de este establecimiento comentaron que recibieron explicaciones del procedimiento o de cada uno de los instrumentos usados o de los cuidados del embarazo y postaborto. Las restantes no recibieron ninguna información. Ellas opinan que deben recibir mayor información sobre el embarazo, los riesgos del aborto, planificación, los cuidados del embarazo y del postaborto, entre otros. (Ver sección 4.6 para más detalles.)

“Después que me hicieron el legrado no me dijeron nada de cómo tenía que cuidarme. Recuerdo que una de las pacientes le preguntó a la enfermera que

cuánto es el tiempo de reposo y ella le dijo: el mismo tiempo, como si fuera una tarea normal. Más información del proceso del legrado”.

“Hablarles del aborto y de todos los datos que deben saber las jóvenes para no quedar embarazadas tan rápido, planificarse, evitar los abortos rápidos; o sea, no tener niños tan rápido”.

“El doctor me dijo que tratara de cuidarme de no salir embarazada ahora, porque si salgo embarazada ahora, puede ser que tenga otro aborto y después puede que no pueda tener hijos”.

“Bueno, lo que no me ha gustado que todavía no me dicen lo que yo tengo; si no voy a tener hijos; si voy a tener; no me dicen cómo yo tengo la matriz ni nada, porque eso se explica también”.

“Ellos me dijeron lo que tenía que hacer. Sí, tomarme los antibióticos que me dieron, que los comprara y me los tomara para que no me coja infección”.

“Hacer programas para adolescentes en el hospital, que expliquen el aborto en sí, que le hablen porque ellos están para ayudar; usar un televisor para orientar sobre el aborto y el embarazo”.

C) Ninguna de las entrevistadas mencionó aspectos relativos al tema de higiene y prevención de infección que deban ser mejorados para ofrecer un servicio de mayor calidad en la maternidad.

D) Trato personal: Al evaluar la calidad del servicio en la maternidad, dieciocho entrevistadas le dieron primacía a los aspectos relacionados con la comunicación entre la paciente y el/a médico/a o enfermera; una se refirió al tiempo de espera y otra a la aplicación de medicamentos. Las adolescentes consideran que el personal debe ser más amable, debe mejorar su vocabulario y tener mejor comunicación.

“Cuando vayan a hacer el legrado sean más abiertos con uno; que le digan el proceso; que vayan dando conocimiento de lo que van a hacer. No, aquí estoy yo, ya; soy la que sé. Cuando se llega a un centro médico que te dejen ahí a esperar a que les dé la gana de atender. Una emergencia es una emergencia”.

“No debieron de tomar las cosas tan bruscamente, tener más comunicación con uno. Pero, para como yo llegué en la madrugada pienso que a las personas de la mañana las tratan mejor”.

“No me hable de esa doctora, es insoportable; me decía que tal vez eso fue planeado para no tener el hijo. Las personas no pueden juzgar de esa manera”. La doctora fue muy grosera, poco profesional, la forma de hablar y de actuar, diciéndome: a mí que me importa si quedaste sucia, no soy yo la que me voy a morir, quién sabe cómo lo perdiste”.

“Los que más me ayudaron fueron el doctor y la enfermera que me hicieron la limpieza porque me trataron bien y se me quitó el miedo. El doctor me enseñaba cada instrumento que iba a usar cuando lo iba a introducir”.

5.6. Consejería e información

5.6.1. Justificación de la consejería y la información

La lectura atenta de los capítulos anteriores demuestra, explícita o implícitamente, la carencia de conocimientos sobre salud, en sentido general, y más aún de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Para hacerse una visión de conjunto de las dimensiones de esta problemática basta destacar algunas de las informaciones analizadas:

- Generalmente el nivel de escolaridad de las participantes en el estudio no se corresponde con su edad y probablemente éstas no alcancen el nivel donde se empieza a hablar (tímidamente) sobre temas de sexualidad humana, además de que la salud reproductiva no es un tema del currículo escolar de las adolescentes. Sus pocos conocimientos sobre salud se circunscriben a datos muy específicos, con una dimensión práctica inmediata.
- Probablemente su nivel social, cultural y de conocimientos generales (bajo) influyan para que sus cambios orgánicos no sean para ellas grandes preocupaciones y además no les facilite buscar explicaciones por encima de la intuición, antes de un desenlace dramático. Casi todas, incluyendo las que dijeron que no sabían de su embarazo hasta el momento del aborto, habían tenido más de una falta de la menstruación y pocas confirmaron la sospecha de embarazo con una prueba clínica.
- Sus planteamientos sobre el embarazo y el aborto evidencian un pensamiento poco coherente al respecto, donde los límites entre la realidad y el mito son difíciles de deslindar: **“Lo que me empeoró (hablando del aborto) fue ese cloro que usé y me lavé la cabeza” “El aborto fue por levantar una cubeta de agua; una inyección que tenía, y me recetaron unos óvulos y una ampicilina 500”.**
- El aborto, voluntario o inducido, tuvo un impacto en la vida emocional, familiar y social de las entrevistadas. Posiblemente esto cambie sus expectativas de vida, tanto en lo familiar como en otros contextos de su relación social; lo que hace impostergable la necesidad de diseñar estrategias educativas para acompañarlas en su desarrollo emocional.
- La investigación no profundizó en el alcance de la educación en salud sexual y reproductiva de las adolescentes; pero halló elementos para suponer su inconsistencia, su asistematicidad y poca claridad en los contenidos sobre métodos anticonceptivos:

“ ¿Conoce algún método? Sí el DIU (...) no puedo decir mucho porque tengo una amiga que se lo puso y le hizo daño” “¿Cuáles has utilizado? La pastilla. Es un método bueno para las personas que no puede usar otro”.

5.6.2. El personal y la consejería

La mayoría del personal entrevistado está consciente de la importancia y la necesidad de que las adolescentes estén más informadas sobre diferentes tópicos de la salud sexual y reproductiva. Para ellos/ellas las adolescentes llegan a la maternidad con pocos conocimientos sobre salud, pero menos aún sobre salud sexual y reproductiva. En oposición a esto, algunos/as tienen la convicción de que los conocimientos que condujeron a las adolescentes a tener relaciones y a embarazarse les facultan para tener una comprensión más amplia de su salud sexual, en ocasiones, “más que los/as adultos/as”.

En sus consultas, el personal ha observado que las principales deficiencias de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes son sobre los temas siguientes:

- Planificación familiar: Tipo de métodos, ventajas y desventajas del uso de métodos; mecanismos de actuación; posibilidades y restricciones del uso de los diferentes métodos, especialmente de los que ellas más han oído hablar y demandan; por ejemplo, el DIU, las pastillas, las inyecciones y el Norplant..
- Embarazo: Prevención, protección de embarazos no deseados, espaciamiento.
- Las infecciones de transmisión sexual: VIH/SIDA.
- Sexualidad y fisiología de la mujer.

Por otra parte, el personal no parece tener un pensamiento uniforme y coherente respecto a la consejería e información que se les debería de ofrecer a las pacientes. Esto podría explicarse, porque no existe un programa que explicita los contenidos y estrategias de la misma.

La falta de este programa podría ser una de las causas por las que el personal dude sobre el contenido de la consejería y sobre si realmente en el establecimiento se ofrece el servicio. Para unos, especialmente las enfermeras, la consejería es el proceso de diálogo simultáneo a la ejecución del legrado o AMEU, o cualquier conversación que se tenga con la paciente durante el proceso. Para otros, generalmente los/as médicos/as, es la facilitación sobre la instrumentación mientras se hace el legrado o AMEU.

Por esto el contenido de la misma es, primordialmente, sobre las advertencias del dolor durante el procedimiento; de la necesidad de la cooperación de la paciente mientras se les hace el legrado; de las posibles complicaciones por la falta de serenidad de las adolescentes mientras se le practica el procedimiento; posibilidad o no de perforación uterina y de la necesidad de las informaciones sobre planificación, sin profundizar en los diferentes métodos.

El contenido de la consejería no satisface las necesidades de conocimiento de las adolescentes y sus cuestionamientos invitan a mayor profundización sobre diferentes temas de salud.

Todo el personal concuerda en que las adolescentes cuestionan tanto sobre sus padecimientos del momento como por aspectos afines a su conducta sexual y reproductiva futura. Los temas específicos por los que ellas muestran mayor interés son:

- El dolor.
- El aborto: Procedimiento del legrado o AMEU, secuelas, relación aborto y esterilidad; prevención, relación del aborto y la maternidad.
- Medicación: Tipo de anestesia, medicamentos aplicados, costos de los medicamentos.
- Recuperación: Período, actividades adecuadas a la recuperación, prevención de enfermedades derivadas del aborto, secuelas del aborto y la probabilidad de muerte de ellas.
- Planificación: ¿Qué método usar? ¿Cómo usar el método?. Ventajas y desventajas de los métodos.

5.6.2.1. Departamento de adolescentes

Las dos maternidades tienen un Departamento para la atención a las adolescentes embarazadas. El programa para adolescentes no tiene por objetivo la atención a las de postaborto; sin embargo, en caso de que las pacientes, en situación de aborto lo requieran, éstas son referidas al Departamento o son asistidas por su personal en la sala de atención, emergencia o legrado. Generalmente, se da asistencia en los casos de víctimas de agresión sexual, agresividad de la paciente, miedo de la paciente al personal o al tratamiento médico y situación emocional que impida realizar el trabajo.

Con frecuencia, las adolescentes que se presentan con problemas de aborto no provienen del programa de adolescentes.

El programa educativo de este departamento incluye psicoprofilaxis al parto, asistencia emocional, los derechos de ser asistidas en salud, salud sexual y reproductiva, riesgos del embarazo y riesgos del aborto.

Y el programa de trabajo con adolescentes abarca:

- Análisis del contexto, el que es realizado por una trabajadora social.
- Facilitación de contenidos.
- Asistencia psicológica.
- Asistencia ginecológica.
- Consejería en PF
- Oferta de métodos y seguimiento en planificación.

Otras funciones de este departamento son la capacitación de los residentes en pediatría y obstetricia, tanto en las funciones del departamento como en las condiciones de las adolescentes, y la oferta de capacitación a los centros de socialización de los/as adolescentes, como las escuelas y los clubes.

5.6.3. Las pacientes y la consejería

5.6.3.1. HMISLM

Un grupo significativo de las entrevistadas en el HMISLM dijeron sentirse satisfechas con las informaciones proporcionadas por el personal. Dieciocho, recibieron información directa de que se les haría un legrado o limpieza. Una se enteró por las conversaciones sostenidas entre el personal y una dijo que los/as médicos/as que le atendieron les solicitaron datos para hablar con sus familiares, pero que ella no recibió ningún tipo de información.

Entre las informaciones que se les ofreció a las mujeres cobran importancia las concernientes al dolor; cuidados durante el embarazo para evitar los abortos, los cuidados después del procedimiento, tipos de medicamentos usados y la explicación detallada del procedimiento.

“Me tiraron una sonografía y me dijeron que tenía placenta incompleta; me ingresaron, me dijeron lo que me iban a hacer, de lo que me iban a inyectar, la anestesia, que me iba a doler, que no me moviera durante el proceso del legrado, que iba a sentir mucha molestia”.

“Me dijeron muchas cosas de bien”. “ Me gustó la doctora, es buena gente y me atendió bien. No me gustó que todas esas mujeres hablan mal a uno: estas mujeres se provocan el aborto y eso no me gustó porque ellas no saben como es la vaina. Yo sé que hay muchas mujeres que se provocan el aborto, pero otras no”. “Por suerte, me ayudaron emocionalmente; me dijeron que no me dolería, que no le diera mente, que no llorara.”

Un grupo de adolescentes criticó la superficialidad y la falta de claridad con que el personal se había referido a su caso. Ellas consideran que los/as médicos /as, deberían haber sido más explícitos y comunicativos en todos los ámbitos de su salud, en ese momento, y que deberían haber abordado con mayor profundidad sobre los resultados del tratamiento, las secuelas del aborto y el tratamiento para el dolor.

“Considero que cuando terminaron de hacerme lo que me hicieron darme como un informe decirme qué pasó, como quedó eso para yo reportarlo a mi médico de cabecera. Por ejemplo, yo ahora mismo no tengo ni idea en realidad de qué me hicieron”.

“Ellos debieron de decirme lo que me iban a hacer y con qué me lo iban a hacer; si me iban a poner anestesia, me debieron comunicar cómo me iban a tratar”. “No entendí nada porque no sabía lo que me iban a hacer; yo pensaba que era lo mismo que la sonografía, que era igual”.

5.6.3.2. HMNSA

Contrario a lo acontecido en el HMISLM, pocas mujeres de este establecimiento se sintieron satisfechas con las informaciones recibidas. Las que recibieron informaciones dijeron que se les habló básicamente de los riesgos del aborto.

“Mientras me hacía la limpieza me explicaba lo que estaba haciendo; me decía que no me durmiera porque yo me estaba como durmiendo y me decía qué era cada instrumento pero no me acuerdo y cuando me puso un aparato pesado ahí me lo dijo para que no temiera porque era grande. Me decía que no me moviera para no cortarme. El doctor que me limpió, me dijo que me cuidara, que un aborto era peligroso y que me podía causar la muerte, que si iba a tener relaciones, que me planificara”.

Las pacientes consideran que debieron de hablarles sobre las causas del aborto, cuáles cuidados deberían tener con el embarazo y ofrecerles algún apoyo emocional.

En general, ellas piensan que este personal deber ser más comunicativo y propiciar un ambiente de mayor confianza con ellas; tener menos agresividad y no rechazar su situación.

“Lo que no me ha gustado es que todavía no me dicen lo que yo tengo; si no voy a tener hijos; si voy a tener; no me dicen cómo yo tengo la matriz ni nada, porque eso se explica también. No, no me informan nada”.

5.6.4. Síntesis sobre la consejería

Los siguientes puntos sintetizan los hallazgos de la investigación en el aspecto de la consejería:

- Todo el personal está consciente de la necesidad de la consejería; tiene interés en ofrecerla; cree que debe ofrecerse; que se debe habilitar un tiempo y un espacio para ello. Asimismo, observa en las adolescentes disposición para recibir información y su interés en conocer más sobre su salud sexual y reproductiva.
- La consejería la ofrecen más las enfermeras que los/as médicos/as.
- La consejería es puntual; es decir, no obedece a un programa con propósitos y estrategias de enseñanza bien definidas. Los consejos más que corresponder a un programa, obedecen a la voluntad del/a proveedor/a y a las circunstancias.
- No se contempla el seguimiento en el proceso de consejería.
- Las diferentes instancias no tienen claridad de sus funciones informativas y/o de consejería, por lo que se producen vacíos. Por ésto, frecuentemente, las adolescentes culminan su visita a la maternidad y salen con lagunas o sin recibir ninguna información.
- Falta claridad sobre la metodología de exposición en la consejería. Se evidencia confusión sobre el contenido de la información y los procedimientos adecuados para la misma.
- Las pacientes mostraron mayor conformidad con el contenido de la información que con el modo y el tono de la comunicación. En ocasiones, la diferencia de tono

influyó para que la paciente acogiera la información como un consejo o como un insulto.

- Las diferencias culturales entre las pacientes y el personal influyen en la eficacia de la comunicación. Esto explica, en parte, los desacuerdos entre el personal y las adolescentes: el personal piensa que ofrece consejería y ellas dicen que no se les “dijo nada”.
- La mayoría de las entrevistadas percibió o sintió que el personal las acusaban de haber inducido el aborto. Esta suposición- comunicaron ellas- influía en la agresividad exhibida por los/as proveedores/as, en el modo de tratarlas y de hablarles.
- Para algunas adolescentes, el principal canal de información sobre el tratamiento, en las dos maternidades, fue otra usuaria con más experiencia en el servicio.
- Las informaciones distorsionadas sobre salud reproductiva- fundamentalmente acerca de los métodos que tienen las pacientes- crea algunas dificultades para la asimilación de nuevos conocimientos. En ocasiones, mostraron mayor nivel de credibilidad en las informaciones adquiridas por canales informales y fruto de las relaciones primarias, a las que se sienten más ligadas emocionalmente, que en las informaciones facilitadas por el personal.
- El número de pacientes por turno de trabajo del/a proveedor/a limita el ofrecimiento de consejería, que amerita de tiempo, concentración y dedicación.
- Existe muy poca comunicación técnico - profesional entre las diferentes áreas de atención (por ej. sala de legrado y departamento de adolescentes).
- Al analizar el discurso del/a proveedor/a al referirse a las adolescentes en situación de embarazo y aborto se podrían plantear algunas hipótesis: a) Es un discurso compasivo: **“mi hijita, la pobre” “dan pena” “esas infelices”**; b) represivo, inquisidor: **“¿ por qué hiciste eso?” “no haga eso”**; c) autoritario más que motivador: **“yo le digo que se planifiquen” “no hagan eso, que para eso hay métodos”**; d) primacía del temor a la información preventiva **“les decimos que pueden quedar estéril”, “se les puede perforar el útero”, “les decimos que pueden morir”, “un aborto es peligroso y que me podía causar la muerte”**.

5.7. Síntesis

A continuación se presentan dos matrices donde se sintetizan los aspectos relevantes del capítulo. La primera da una visión sobre el análisis de la calidad del servicio. La segunda es el resultado del análisis de las fortalezas y las debilidades de la APA realizado por los/as proveedores/as.

Tabla 5.1
Indicadores de calidad y síntesis de percepción de la calidad en los establecimientos

Indicadores	#	Síntesis de evaluación de la calidad	
		HMNSA	HMISLM
- Consejería y orientación: médico y/o enfermeras orientadores/as, orientación diferenciada por edad, educación preventiva, ofrecer informaciones sobre medicamentos e instrumentos	15	- Generalmente se explica a la paciente los procedimientos - No hay un programa para orientar la consejería	- Faltan enfermeras que puedan dar consejería durante el procedimiento - Iniciativa individual de la enfermera
- Aplicar medicamentos: Antibióticos en caso necesario, Analgésicos (Ergotrate, Oxitocina, Gentamicina, Amicaxina)	11	- Deficiencia en la administración de medicamentos Por casi dos meses falta de argonovina - A veces no hay medicamentos Escasea el Ergotrate Sólo se aplica un analgésico anti-inflamatorio	- Falta de material gastable - Falta de lubricantes - En ocasiones falta de medicamentos - Los familiares deben comprar los medicamentos
- Salud Reproductiva: Provisión de métodos, tratar tema de planificación, espaciamiento de embarazos, etc	8	- Hay programas de planificación a los que las adolescentes pueden acceder	- Hay servicios de planificación - Algunas adolescentes de postaborto reciben métodos anticonceptivos
- Recibimiento y evaluación adecuada: rápida, completa, siguiendo normas médicas; consultas específicas para las condiciones de riesgo	7	- Realización de hemograma - El horario de sonografía es limitado; no hay sonografía en emergencia - No hay privacidad para evaluar la paciente - Falta una definición de políticas y normativa de emergencia para el manejo de la paciente	- La demanda de pacientes limita la calidad de las emergencia - El recibimiento funciona a un 50% de eficacia - Se ofrece atención rápida - El miedo de la paciente para dejarse evaluar
- Anestesia general o epidural	5	- Se aplica anestesia paracervical - Algunos médicos no aplican anestesia - No hay un servicio de anestesia de apoyo para APA	- Se aplica anestesia paracervical - Algunos médicos no aplican anestesia No hay un servicio de anestesia de apoyo para APA
- Servicio de psicología: integral; es decir, adolescente, familia establecimiento, apoyo emocional; recuperación con un apoyo psicológico	5	- Existe un Departamento de atención a las adolescentes - No hay programa de atención especial para adolescentes de APA	- No hay apoyo psicológico integral - Se le brinda apoyo emocional (individual) - Falta de personal para atención psicológica - No se le da seguimiento para el apoyo emocional - Poco personal que pueda dar apoyo emocional durante el procedimiento - No se clasifica el paciente según sus condiciones psicológicas
- Trato humano: aceptación, no recriminación, equidad, ofrecer confianza, amor, cariño, no juzgar por el hecho, etc.	7	- En ocasiones no hay trato humano adecuado	- El trato humanizado está presente en el 80% de los casos - Precariedad en el orden humano
- Ambiente confortable e higiene, asepsia en general :	4	- Generalmente no hay sábanas en la emergencia	- No hay comodidad que facilite el apoyo emocional, pocas camas

Los Servicios Postaborto para las Adolescentes de la República Dominicana

Indicadores	#	Síntesis de evaluación de la calidad	
		HMNSA	HMISLM
camas individuales y cubiertas; sala de recuperación sólo para postaborto, espacio adecuado		- Bancos para subir a la camilla - Escasean las sábanas en las camas de APA - A veces no hay agua para bañar a la paciente	- Dos pacientes por camas - Pocas camillas de atención - Una sábana usada para diferentes pacientes - En ocasiones por falta de equipo no se termina el proceso de esterilización de los instrumentos
- Seguimiento a la paciente: en la sala de recuperación y después de la de alta; programa de capacitación laboral	3	- No hay seguimiento después de la de alta	- En la sala de postligado se le da seguimiento al proceso - No hay seguimiento después de la de alta
- Un instrumental por paciente: esterilización rápida	2	- A veces el instrumento no se adecua al cuello de la paciente	
- Referimiento	1	- En ocasiones se refieren de un área a otra sin requisitos previos Por ejemplo: a legrado sin sonografía	- Un sistema de referimiento con muchos elementos informales
- Área especializada para legrado	1		- Poco espacio en las salas, no hay sala especializada de tratamiento con todos sus requerimientos - No hay un espacio en el que ellas se puedan identificar
- Médico anestesiólogo para legrados	1		
- Lámparas	1	- Las lámparas de cuello de ganso están dañadas.	
- Ejercicios de relajación	1		
- La población			- El miedo de la paciente - Alta demanda del servicio APA - Necesidad de personal capacitado para ofrecer un servicio de calidad

Tabla 5.2
Análisis de las fortalezas y debilidades del servicio APA
en el HMISLM y en el HMNSA

Aspectos de la atención	Fortalezas	Debilidades
Sistema de salud	• Oferta gratuita del servicio • Apoya a las adolescentes • El deseo de hacer un buen trabajo • La preocupación de las autoridades por ofertar un buen servicio • La introducción del AMEU	• Alta demanda del servicio por ser gratuito • Falta de políticas definidas para la atención de las adolescentes en los servicios de APA • Superpoblación de pacientes • Bajo presupuesto para el servicio
Establecimientos	• Ofrece el servicio • Existen programas para adolescentes • Hay equipos de legado • Deseos de ofertar una atención dentro de los estándares de calidad • Ha habido progreso en equipos y personal • Centros de enseñanza • Tienen todas las especialidades necesarias para la atención • La dirección de los establecimientos es capacitada en el área • Tienen todas las áreas de atención (vacuna, planificación, epidemiología, trabajo social, etc.) • Disponibilidad para suplir la demanda	• Falta de equipos y de material gastable • Falta de un personal que pueda dar seguimiento a las pacientes • Falta de procedimientos, normas y reglas para el trabajo (protocolos de atención) • Falta de responsabilidad para asumir las normas existentes • Falta de higiene, mantenimiento y limpieza en general • El departamento de anestesia tiene una demanda por encima de su capacidad • El horario de trabajo con algunos equipos es limitado. Por ejemplo: sonografía • Los locales son pequeños; no hay espacio
Personal médico	• Parte del personal orienta y aconseja a las pacientes • Actúa con rapidez • Tiene conciencia de la situación • Tiene destrezas en el tratamiento • Tiene buen entrenamiento	• No ofrece consejería sistemáticamente • Parte del personal no ha recibido capacitación en AMEU • Alta demanda de pacientes • En ocasiones tiene formas no adecuadas de dirigirse a las pacientes • Ocasionalmente maltrata verbalmente a las pacientes
Personal de enfermería	• Ofrece consejería • Ofrece apoyo emocional a las pacientes • Fidelidad en el cumplimiento de las indicaciones del/a médico/a • Asignación de trabajo bien definida	• Poco personal para la atención a las pacientes • En ocasiones el personal no puede cumplir con el trabajo por falta de recursos • Ocasionalmente trata a las pacientes no adecuadamente • Alto nivel de estrés en el trabajo básicamente por la alta proporción de pacientes que cada enfermera debe atender
Pacientes	• Disponibilidad, espontaneidad y decisión para recibir el tratamiento • Muchas tienen conciencia de sus derechos para que se les oferte un buen servicio	• Tienen poca información sobre los riesgos y el procedimiento • Bajo nivel de escolaridad • Falta de orientación • Temor al procedimiento • Resistencia a ser tratadas sin anestesia • Generalmente no han tenido chequeos de embarazo antes de buscar atención • Pocas informaciones sobre su estado de embarazo

Los Servicios Postaborto para las Adolescentes de la República Dominicana

Aspectos de la atención	Fortalezas	Debilidades
Familiares de paciente	• Buscan alternativas al problema • En caso de necesidad apoyan al establecimiento (compra de medicamentos, sangre, atención a la paciente, etc) • Tienen interés por el caso • No presionan	• Generalmente no acompañan a las pacientes al establecimiento • No cuestionan la práctica médica, aceptación y pasividad
AMEU	• En comparación con el Legrado instrumental es menos doloroso y ofrece menos posibilidades de perforaciones uterinas • Rápida recuperación • Ofrece seguridad al médico • Disminuye riesgos • Adecuado para pocas semanas (de 10 a 12) de embarazo • Se logra más cooperación de la paciente • Alta efectividad	• Actualmente no se ofrece capacitación • Proporción significativa del personal no está capacitada para aplicarlo • Es más complejo y lleva más tiempo que el instrumental • No hay equipos para su aplicación
Instrumental	• Bueno para más de tres meses de embarazo • Efectivo para embarazos avanzados	• Procedimiento muy doloroso • Exige mucha capacidad y destreza del médico • Mayores probabilidades de perforaciones uterinas
Orientación y consejería	• Contribuye a aumentar el acervo de conocimientos en las jóvenes • Generalmente es eficaz cuando se trata de planificación y métodos	• La demanda de pacientes disminuye la posibilidad de ofrecer consejería • Parte del personal no entiende cómo deber ser la consejería ni el contenido
Planificación familiar	• Hay programas de planificación en los establecimientos	• Uso inadecuado del método • Ocasionalmente no hay disponibilidad de métodos en el área de APA • Riesgo de que estimule relación sexual entre jóvenes

6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

6.1. Introducción

Los cuestionamientos en este tema fueron acerca de cuáles métodos conocían, su opinión al respecto, la experiencia en el uso y las fuentes de información. El primer apartado es una síntesis sobre la Planificación en República Dominicana; los demás apartados describen los hallazgos sobre conocimiento y uso de métodos, fuentes de conocimiento de los métodos, creencias y actitudes en el uso de métodos por las adolescentes, y las opiniones de los/as proveedores sobre la planificación en las adolescentes.

6.2. Visión general de la planificación familiar en la República Dominicana

En la década de los 80, una población amplia de adolescentes dominicanos/as sabía de algún método de planificación, aunque una proporción muy pequeña los había usado. En consecuencia, para inicios de la década del 90, la práctica de la contracepción había disminuido con relación a los hallazgos del 1986²⁷.

La ENDESA 96 determinó que prácticamente el universo de las mujeres entrevistadas conocía algún método de planificación: la Píldora, la Esterilización Femenina, el Condón, el DIU y el Norplant; asimismo que el método menos conocido era la Vasectomía; que no había diferencias en uso, de acuerdo a características sociodemográficas y que se presentaban mayores diferencias por el nivel educativo. Entre las adolescentes existía una baja prevalencia de métodos, de 10.1 %. Es importante destacar que del 1991 al 1996 todos los métodos modernos incrementaron su uso en las mujeres unidas; en primer lugar, la esterilización, y en segundo lugar, la píldora.

Según la Encuesta, las jóvenes de 15 a 24 años usaban una mayor variedad de métodos, principalmente la Píldora y el DIU y las adolescentes, de 15 a 19 años, el Condón y el Retiro.

Comparada con la ENDESA del 1991, en la del 1996 no se observaron cambios importantes en la tasa de discontinuación pero sí en sus causas: en el 1991 era el deseo de quedar embarazada; en el 1996, eran los efectos colaterales. Asimismo, la ENDESA – 96 estableció mayores niveles de intención de uso y de aceptación de métodos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

En ese mismo orden, la Encuesta Experimental de Demografía y Salud 1999 (ENDESA-99), indica que las adolescentes jóvenes se encuentran entre los grupos de mujeres con necesidades insatisfechas de métodos para espaciar los hijos/as (21%). Las adolescentes de 15 a 19 años tienen la demanda satisfecha más baja de todos los grupos de edad (64%).

²⁷ Molina, M. y Quiterio, G. (1993). Fecundidad de Adolescentes Dominicanas, Causas y Consecuencias. Santo Domingo: CESDEM.

Por otro lado, en un estudio con un grupo de adolescentes pertenecientes a un proyecto de Salud Sexual y Reproductiva, se evaluó sobre el conocimiento que ellos/as tenían sobre los métodos de planificación familiar y su uso²⁸. Respecto al conocimiento de métodos no hay diferencias significativas entre este estudio y los citados en los párrafos anteriores. La mayoría de los/as adolescentes tenían conocimientos del Condón, la Píldora, la Esterilización Femenina y el Norplant. Los métodos menos conocidos eran el método del Retiro, la Vasectomía y el método del Ritmo.

En esta investigación se determinó que las redes de amigos/as juegan un papel importante en el conocimiento de PF y que los medios de comunicación (citados en orden de mayor importancia) televisión, radio, folletos y periódicos tienen muy baja incidencia en la oferta de conocimiento para esta población.

Con relación al uso, se encontró que siete de cada diez jóvenes (hombres y mujeres) entrevistados/as habían usado alguna vez un método de planificación, principalmente el Condón. Los hallazgos sobre el uso de otros métodos no fueron significativos.

Los/as jóvenes de este proyecto estaban de acuerdo en que el uso de un método de planificación debe ser una decisión de la pareja, no de uno/a solo/a, y que en las relaciones sexuales debe usarse algún método, especialmente el condón. Del condón, además de su valor en prevención de embarazos, ellos/as saben que con su uso podrían evitar el contagio con ITS/VIH/SIDA. Otro hallazgo fue que la iniciativa para que se usara algún método en su primera relación sexual, la tuvo la mujer. Sin embargo, los hombres, más que las mujeres, les dan continuidad al uso del método. Esto podría explicar por qué el condón es el método más usado por los/as jóvenes en su primera relación sexual.

La comparación de los resultados de esta investigación con otra realizada con otras clientas jóvenes, no adolescentes, pero también con membresía en un proyecto de Planificación Familiar²⁹, tampoco reveló grandes diferencias a las ya citadas. De igual forma, prácticamente todas las clientas tienen información sobre los métodos de planificación. Los que más conocen son: la Píldora, el Condón, la Esterilización Femenina, la Depo-Provera, el DIU y el Norplant; y los menos conocidos son la Vasectomía y la Minipíldora. En esta población, el método de más aceptación para su uso es la Pastilla. La decisión de usar un método y de cuál usar recae básicamente en la usuaria: la mujer.

También se encontró asociación entre el uso de los métodos de contracepción en jóvenes y el nivel de instrucción, hasta cierto grado de escolaridad. De esta forma hay

²⁸ García, B. (2000). Encuesta de Impacto Acerca de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Santo Domingo. Santo Domingo: Development Associates, Inc. y CESDEM.

²⁹ García, B. y Molina, M. (2000). Análisis de la Situación de los Servicios de Planificación en las ONGs del Proyecto de PP&S en la República Dominicana, 2000. Santo Domingo: Proyecto de Planificación familiar y Salud, USAID/RD, Proyecto 517-0259.

un mayor uso entre los/las jóvenes que han superado el nivel básico de educación que entre los/las que no han alcanzado este nivel³⁰.

No se puede afirmar que el uso de métodos sea un hábito entre los/las jóvenes y los/las adolescentes sexualmente activos/as, a pesar de que es bastante extendido el conocimiento de los mismos y de que prácticamente toda la población ha usado alguno de ellos en su historia de relaciones sexuales. La mayoría de las investigaciones informan que el uso de métodos en la última relación sexual prácticamente se reduce a la mitad de los/as que alguna vez han usado métodos.

Con frecuencia, los/as adolescentes muestran menos adhesión a la anticoncepción que los/as adultos/as, entre otros factores porque ellos/as se muestran ambivalentes en cuanto al uso de anticonceptivos; tienen dificultades para tomar regularmente cualquier medicamento; bajo nivel informativo y unas excesivas preocupaciones relacionadas con la incidencia de los efectos adversos. Por eso, una adecuada información sobre el método elegido y un seguimiento regular pueden mejorar la adhesión y disminuir la incidencia de fracasos³¹.

6.3. Conocimiento y uso de métodos

A todas las entrevistadas en este tema (37) se les cuestionó sobre cuáles métodos de planificación conocen o podían mencionar. Treinta y dos (32) de ellas mencionaron los métodos que conocían y siete (7) dijeron que no conocían ningún método de planificación³².

Como se puede leer en la tabla siguiente, los métodos más conocidos por ellas son la Píldora, seguido por el DIU, la Inyección, el Condón y el Norplant. Estos datos se corresponden con los hallazgos de las investigaciones realizadas, antes citadas, no sólo en las adolescentes.

El 56% (21) de las que conocían algún método habían usado uno de ellos, principalmente los métodos hormonales, las píldoras y las inyecciones. Catorce habían usado la Píldora; cuatro, la inyección; tres, condones y dos, el DIU. Tres de las entrevistadas tenían historia de uso de más de un método.

Cinco clientas estaban usando un método cuando salieron embarazadas. Tres, usaban un método hormonal; dos, la Píldora y una, la Inyección; y dos usaban el

³⁰ Gómez, C. et al. (1999). *Encuesta de Recreación, Salud y Trabajo en Adolescentes y Jóvenes (Jóvenes 99)*. Santo Domingo: Dirección General de la Juventud.

³¹ Bruce, J. 1990. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning* 21(2): p. 61-90.

³² Es importante señalar que todas las adolescentes fueron preguntadas sobre el tema pero en tres grabaciones (dos de La Altagracia y una de Los Mina) hubo problemas en esta parte.. También la entrevistadora de La Altagracia incorporó la pregunta, ¿en la escuela te han hablado de planificación?, lo que, lamentablemente, no hizo la de Los Mina.

método de lactancia. Se percibe que las entrevistadas prefieren un método con efectos de larga duración.

Tabla 6.1.
Distribución de las entrevistadas,
según conocimiento y uso de método.

Método	Conoce	Uso pasado
Píldoras	30	14
DIU	19	2
Inyección	16	4
Condón	13	3
Norplant	10	0
Minipíldora	2	0
Espumas	1	0
Esterilización	1	0
Femenina		

6.4. Fuente de información

Para esta población, la principal fuente de información sobre los métodos fue un establecimiento médico (18), público o privado; la segunda en importancia fue la escuela y a continuación algún familiar: madre, hermana o tía; amigas; libros folletos y finalmente, por haber escuchado alguna conversación informal. Dos se habían informado en la maternidad en la que se entrevistaban.

A 13 adolescentes de las entrevistadas en el HMNSA se les preguntó directamente si en sus escuelas se les informaba sobre el uso de los métodos. Sólo cuatro respondieron afirmativamente y una explicó que en su escuela todos los viernes, médicos de la Clínica Dra. Evangelina Rodríguez³³, les daban charlas y otra dijo que había olvidado todo.

6.5. Creencias y actitudes anticonceptivas

Once (11) entrevistadas, en las dos maternidades, comunicaron su experiencia con los métodos. En sentido general, se percibe aceptación para el uso de los métodos de planificación, aunque en el desglose por método se nota algún temor acerca de los riesgos de los mismos, y la concepción de que la eficacia de éstos depende más de las condiciones individuales de la mujer que del método. El rechazo/temor a la planificación está fundamentado en lo que ellas entienden como efectos secundarios.

³³ Centro Especializado en Salud Reproductiva auspiciado por PROFAMILIA.

Según ellas, los métodos- tanto en sí mismas como en otras usuarias- han sido causa de menstruación anormal, náuseas, gastritis, aumento de peso, adelgazamiento, nerviosismo, barros o espinillas, vómitos, partos prematuros, mareos, pérdida del apetito y manchas en la cara, entre otros. Estos trastornos los observan principalmente en la Pastilla, el DIU, el Norplant y la Inyección, que son los métodos que más han usado.

Ninguna de las adolescentes mostró confianza total en los métodos que conocían y/o habían usado. Sólo una rechazó todos los métodos y no dio explicación de esto. Por otro lado, su disposición para usar un método podría estar mediatizada por los efectos que ellas perciben:

“Tienen muchas hormonas. Engordan demasiado”.

“ Yo usé la inyección, la ponen por tres meses, entonces no me bajaba, primeramente me llegó la menstruación y duré como 15 días y después que se me quitó esa menstruación no me dio más la menstruación, estaba toda flaca, fea, no tenía fuerza, estaba nerviosa y tenía la cara llena de espinillas”.

“No me gustan las pastillas; para mí, no me gustan. Bueno cuando yo bebí la pastilla me daba mareo, ganas de vomitar y me puse flaca, no podía ni comer, ni hacer nada. Bueno, para mí es bueno la inyección y el aparato nada más”.

Mientras se recuperaban del procedimiento, cinco adolescentes mostraron disposición de planificarse para evitar más embarazos y abortos. Una, lamentaba que su aborto fuera un distanciamiento entre sus conocimientos y su práctica; ella tenía la convicción de que había recibido la información necesaria para poder evitar la situación en la cual se encontraba en el momento de la entrevista.

“Pienso planificarme mañana. Es un deber obligatoriamente, porque lo que acaba de pasar no es para estar pariendo de una vez, puedo correr el riesgo de salir embarazada y darme algo y morirme”. “una amiga me ha dicho que me planifique para que no salga embarazada de una vez, como a las mujeres les hacen limpieza y salen embarazada de una vez”

“ En el colegio me daban volantes sobre el aborto y la adolescencia, el sexo sin protección, mira lo que me pasa a mí”.

6.6. Síntesis

En conjunto, las adolescentes han oído hablar de una variedad de métodos; sin embargo, es notorio que no poseen suficiente información, que tienen informaciones distorsionadas sobre los riesgos clínicos de los métodos; poca información del método que se adecua a su condición y edad; tienen dudas de su efectividad y de los posibles efectos secundarios. Aparentemente no conocen de los beneficios adicionales para la salud, como la reducción de ITS/VIH/SIDA.

Ellas sienten necesidad real de planificarse, pero subyace cierto rechazo en tanto han vivido más historias de desventajas que de ventajas.

7. REFLEXIONES FINALES

Luego de adentrarnos en los sentimientos y las reacciones de las adolescentes con complicaciones de aborto que buscan servicios APA, en el HMISL y el HMNSA, y además conocer sus opiniones sobre el servicio conjuntamente con las del personal que lo oferta, nos permitimos hacer la siguiente reflexión.

- Las adolescentes mostraron mayor apertura para contar y socializar su experiencia alrededor del embarazo y el aborto que la esperada. Las entrevistadas se mostraron abiertas, sinceras, críticas de sí mismas y del servicio. Por un lado, ésto podría significar que esta población tiene grandes necesidades de comunicarse y encontrar alternativas en situaciones de crisis; por otro lado, podríamos suponer que en la población joven se gesta un proceso de “despenalización” del aborto y se está forjando una nueva moral, con una visión más humana y más enraizadas en los sujetos.
- Valdría la pena hacer observaciones y exploraciones más profundas acerca del segundo supuesto del párrafo anterior, porque su confirmación abriría la posibilidad de desarrollar procesos de investigación cualitativa, tipo estudio de casos, con los diseños éticos, legales y metodológicos adecuados al tema y a los sujetos.
- En ese orden, es importante que todos/as los/as integrantes del equipo de investigación (las agencias, los directores de procesos, las entrevistadoras, entre otros) abran un espacio de discusión más profundo sobre la dimensión ética de las entrevistas desarrolladas en medio de un proceso de intervención médica.
- El énfasis puesto más en la dimensión familiar e individual que en factores de carácter global para entender la problemática del embarazo y el aborto, presenta dificultades en varios aspectos : obstaculiza el diseño de políticas y estrategias sobre salud sexual y reproductiva de adolescente en un marco más amplio que el que brindan las políticas de atención a la población. En este sentido, las intervenciones en el ámbito se enfocan en aspectos muy concretos, perdiendo de vista su relación con otros contextos y los condicionamientos de los sujetos; se pierde la visión de las adolescentes como personas con capacidad para el desarrollo de su sexualidad, sin que ésto signifique una ruptura con su desarrollo emocional – social.
- Uno de los grandes obstáculos que las adolescentes deben afrontar para acceder al servicio APA de calidad es el de la pobreza y- por ende- la cosmovisión del mundo, de su familia, de sí misma, de las relaciones y de los derechos que ésta genera, cosmovisión que interfiere en su capacidad para comprender la necesidad de la atención y para buscarla en el momento y lugar adecuado.
- La capacitación del personal que proporciona servicios APA, desde una perspectiva de educación en valores, podría facilitarles una visión más amplia de las

dimensiones psicológicas y culturales de las adolescentes, que redundaría en una comunicación más clara, más respetuosa y humana entre el personal y la clienta. Igual, esta capacitación ayudaría a cambiar el enfoque que existe, principalmente hacia la parte clínica de APA dentro del modelo de atención. Este énfasis detrae de los otros aspectos de servicio, emocionales y sociales, que igual son importantes para la paciente.

- Asimismo, los programas de capacitación APA para adolescentes podrían proporcionar la formación en valores y actitudes que favorezcan la conformación de la identidad personal de las adolescentes y la toma de conciencia sobre sus derechos de recibir una atención de calidad, independientemente de la concepción del personal de servicios y de las circunstancias que envuelven el embarazo.
- Considerar programas APA con participación de las adolescentes y sus familias para generar una nueva cultura sobre la sexualidad de las jóvenes y una visión de la complejidad del embarazo prematuro.
- Con frecuencia las adolescentes concluyen su ciclo educativo formal y no han sido informadas ni educadas en relación con la salud sexual y reproductiva. Por esta razón es impostergable la formulación de programas educativos que contemplen el tema. Asimismo, el diseño y la ejecución de programas de consejerías deben partir de la comprensión de la subjetividad de las pacientes y disminuir la recurrencia a fórmulas generales y descontextualizadas.
- Los centros hospitalarios no tienen la infraestructura adecuada para ofrecer un servicio de alta calidad; existen carencias de personal capacitado y de espacio para la atención especializada en adolescentes; falta de equipos y materiales y de medicamentos. Aparte del instrumental, no existen opciones para el legrado, porque no poseen los equipos para el AMEU, ni todo el personal está capacitado para su uso, lo que de hecho limita una oferta de calidad.
- Las adolescentes están conscientes de que su tratamiento debe implicar el acceso libre a la maternidad, sin mediación de empleados (no médicos y enfermeras) que cataloguen su caso; la evaluación, privada, confidencial, rápida e informada del/a médico/a que las recibe; la evacuación del útero con un tratamiento adecuado del dolor y en un proceso de dialogado entre ella y su médico/a. Es importante que tanto el/la proveedor/a como la paciente dispongan de guías programáticas que coadyuven a la conducción de este proceso.
- Con la finalidad de satisfacer a las clientas, las futuras intervenciones APA en los dos hospitales deberían enfatizar tanto en la ética de las relaciones humanas entre el personal y la clienta como en la prevención de infecciones mediante una adecuada asepsia.
- En ocasiones, los programas de atención a la salud sexual y reproductiva no están suficientemente integrados con programas para adolescentes en otras áreas para

su atención. La atención postaborto en las maternidades podría trascender la fragmentación de los diferentes servicios APA y de atención a adolescentes, por lo que convendría estructurar estos servicios con procedimientos, directrices y normas claras y formales que vinculen las diferentes áreas y las diferentes ofertas.

- Las necesidades de información y educación en planificación familiar de las adolescentes están por encima de las posibilidades de la oferta del personal que les atiende, por complicaciones de aborto y de la capacidad real de aprendizaje, del momento, de la paciente, lo que sugiere pensar en opciones de información y educación más efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- AVSC International. (1999). *Lessons learned in postabortion care: An evaluation of the Dominican Republic's PAC program*. New York: Unpublished.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). (1999) *Tendencias demográficas, problemas sociales y desarrollo en República Dominicana*. Volumen I. Santo Domingo: Gente.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), US Agency for International Development, Demographic and Health Surveys. (2001). *Encuesta experimental de demografía y salud*. Santo Domingo: Gente.
- Colectiva Mujer y Salud. (2000). *Leyes y políticas en el marco de los derechos reproductivos y sexuales en República Dominicana*.
- EngenderHealth. (2001). *Protocolo de investigación para la mejora de servicios APA en las adolescentes de la República Dominicana*.
- Ehrenfeld, N. (1999). *Female adolescents at the crossroads: sexuality, contraception and abortion in Mexico*. In: *Abortion in the developing world*, edited by Axel I. Mundigo and Cynthia Indriso. London: Zed Books, p. 368-386.
- García, B. y Molina, M. (2000). *Análisis de la situación de los servicios de planificación en las ONGs del Proyecto PP & S en la República Dominicana*. Santo Domingo: Proyecto de Planificación Familiar y Salud, USAID/República Dominicana, Proyecto 517-0259.
- García, B. (2000). *Encuesta de impacto acerca de salud sexual y reproductiva en adolescentes de Santo Domingo*. Santo Domingo: Development Associates, Inc. y Centro de Estudios Sociales y Demográficos.
- Gómez, C. et al. (1999). *Encuesta de recreación, salud y trabajo en adolescentes y jóvenes (Jóvenes 99)*. Santo Domingo: Dirección General de la Juventud.
- IEPD/PROFAMILIA y FNUAP (1997). *Madres adolescentes en la República Dominicana 1996*. Santo Domingo: PROFAMILIA.
- Ipas. (2001). *Notas informativas: jóvenes en riesgo*. Carolina del Norte: Ipas.
- Ipas. (1999). *Intersecting health risks: adolescent unwanted pregnancy, abortion and AIDS*. Carolina del Norte: Ipas.

- Magnani, R.J., Sosler, S.M., and McCann, H.G. (2001). *Trends in reproductive behavior among adolescents and young adults in the Dominican Republic*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.
- Molina, M. y Quiterio, G. (1993). *Fecundidad de adolescentes dominicanas, causas y consecuencias*. Santo Domingo: CESDEM.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Population Council. (2001) *Documento de programa número 1*. México: Fronteras de la Salud Reproductiva.
- República Dominicana. Ley 14-94, Art. 9. Código para la protección de niños, niñas y adolescentes.
- República Dominicana. Ley 14-94, Art. 11. Código para la protección de niños, niñas y adolescentes.
- USAID, UNICEF, Johns Hopkins (1999). *Informe de resultados de encuesta de recreación, salud y trabajo en adolescentes y jóvenes*. Santo Domingo: DGPJ.

AneXOS

INDICE DE ANEXOS

Anexo A: Concept Paper for Adolescent Study in the Dominican Republic (en inglés)

Anexos B:

- Comunicación de EngenderHealth al doctor Hilario Reyes Pérez, Director del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina
- Comunicación de EngenderHealth al doctor Francisco Gómez Sánchez, Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.
- Autorización del Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina.
- Comunicación del Centro de Estudios Sociales y Demográficos al Hospital Materno Infantil de Los Mina

Anexo C: Guía de entrevista a pacientes APA

Anexo D: Guía para proveedores de servicio APA

Anexo E: Objetivos, temas/variables e interrogantes para APA

CONCEPT PAPER:
Improving PAC Services for Adolescents in the Dominican Republic

I. Introduction: Problem statement

About one-third of the cases of incomplete abortion at the Maternidad Nuestra Señora de la Alta Gracia are adolescents. There are about 3500 cases per year. At the other large hospital in Santo Domingo, Hospital Materno Infantil de Los Mina, another study found that 16.7% were adolescents in this age group. Providers, policy makers, and USAID staff see adolescent pregnancy as a priority in their program planning. In fact, the USAID mission has made adolescent reproductive health one of their top two priorities in the next four years. Providers say that adolescent women who come to hospitals for treatment of incomplete abortion are anxious and scared, and for this reason they are difficult to treat. Providers agree that their services do not meet adolescents' needs very well and that the provision of family planning services is a great shortfall. Most information about incomplete abortion in adolescents is anecdotal as there are no formal studies that looked specifically at the needs of adolescent PAC clients in the Dominican Republic.

II. Main objective: To determine how hospitals can better meet adolescents' needs for postabortion care and prevent additional unwanted pregnancy

Subsidiary objectives:

- Explore the reasons that adolescents seek PAC
- Learn about adolescent PAC clients' perceptions of the basic elements of good quality PAC and their experiences receiving PAC services
- Identify barriers (institutional, provider-focused, and familial) that adolescent clients face in receiving good quality PAC services
- Determine what information and services adolescent PAC clients want to receive

III. Methodology

- Qualitative study of in-depth interviews with providers and clients conducted by consultants
- Data collection in one or two sites where EngenderHealth is already working to strengthen PAC services. Sites would be determined according to caseload, desire to participate, record keeping abilities
- Data analysis by consultants
- Development of recommendations to present to hospitals

IV. Activities

- Literature review
- Identification of interviewers
- Development and testing of instruments

- Data collection and analysis
- Develop and finalize report
- Dissemination and action planning meeting

V. Outputs

This study will produce a report of the findings that will be presented at a meeting for hospital staff, hospital administrators, and other key stakeholders. There will be a session to plan the next steps for each hospital to improve PAC services for adolescents and roles and responsibilities of each party. EngenderHealth will provide follow-up and technical support to the action plans.

06 JUN 2002 13:57

ANEXO B

ENGENDERHEALTH

Mejorando la salud de la mujer en todo el mundo

Anteriormente AYSC Internacional

Edificio D'Roca, Apt. 301
Ensanche Paraiso
Santo Domingo,
República Dominicana
Tel.: (809) 547-3932
Fax: (809) 566-2259
www.engenderhealth.org

4 de Octubre del 2001

Comunicación de Engenderhealth al Doctor
Hilario Reyes Pérez, Director Hospital
Materno Infantil San Lorenzo De Los Mina

Dr. Hilario Reyes Pérez
Director Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina
Santo Domingo, D. N.
Su despacho.

Distinguido doctor Reyes Pérez

Reciba ante todo un afectuoso saludo.

Como es de su conocimiento que EngenderHealth tiene la intención de continuar con el apoyo a ese Hospital Materno Infantil, para seguir contribuyendo al fortalecimiento y mejora de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva ofrecidos a todas las mujeres dominicanas. En esta ocasión queremos reforzar aun más el apoyo ofrecido a los servicios de Atención a las Adolescentes y Atención post aborto, para lo cual necesitamos conocer la percepción de las adolescentes al recibir los servicios, así como la percepción de los proveedores de salud (médicos/enfermeras) de como ellos les brindan los servicios a las adolescentes.

Para lograr esta información solicitamos su autorización para realizar entrevistas a unas 10-15 adolescentes en el área de post aborto y a 15 proveedores de la salud (médicos ayudantes, residentes y enfermeras), y de esta manera obtener una *información cualitativa*, que permita introducir elementos para mejorar o fortalecer la atención a las adolescentes.

Las entrevistas serán aplicadas por un personal profesional, relacionado al área de la salud y que son parte del staff de una prestigiosa institución dedicada a la investigación en población y salud como lo es el Centro de Estudios Demográficos (CESDEM), monitoreadas por nuestro personal.

Esperamos como siempre su comprensión y apoyo.

Sin otro particular por el momento, se despide con sentimientos de estima y consideración

Atentamente,

Dr. José Figuerola Méndez
Gerente de Programa de Rep. Dominicana
EngenderHealth
Tel: 547-3932 / 567-3277
Fax: 566-2259
e-mail: jfiguerola@engenderhealth.org

ENGENDERHEALTH
Improving Women's Health Worldwide



Family Planning • Maternal Child Health • Men As Partners • Postabortion Care • STI/HIV Prevention • Quality of Care

ANEXO B



ENGENDERHEALTH

Mejorando la salud de la mujer en todo el mundo

Anteriormente AIC Internacional

Calle Federico Geraldino esq.
Jacinto Mañón
Edificio D'Roca, Apt. 301,
Ensanche Pinarillo
Santo Domingo,
República Dominicana
Tel.: (809) 547-3932
Fax: (809) 566-2259
www.engenderhealth.org

4 de Octubre del 2001

Comunicación de Engenderhealth al Doctor
Francisco Gómez Sánchez, Director Hospital
Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Dr. Francisco Gómez Sánchez
Director Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia
Santo Domingo, D. N.
Su despacho.

Distinguido doctor Gómez

Reciba ante todo un afectuoso saludo.

Como es de su conocimiento que EngenderHealth tiene la intención de continuar con el apoyo a esa Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, para seguir contribuyendo al fortalecimiento y mejoría de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva ofrecidos a todas las mujeres dominicanas. En esta ocasión queremos reforzar aun más el apoyo ofrecido a los servicios de Atención a las Adolescentes y Atención post aborto, para lo cual necesitamos conocer la percepción de las adolescentes al recibir los servicios, así como la percepción de los proveedores de salud (médicos/enfermeras) de como ellos les brindan los servicios a las adolescentes.

Para lograr esta información solicitamos su autorización para realizar entrevistas a unas 10-15 adolescentes en el área de post aborto y a 15 proveedores de la salud (médicos ayudantes, residentes y enfermeras), y de esta manera obtener una **información cualitativa**, que permita introducir elementos para mejorar o fortalecer la atención a las adolescentes.

Las entrevistas serán aplicadas por un personal profesional, relacionado al área de la salud y que son parte del staff de una prestigiosa institución dedicada a la investigación en población y salud como lo es el Centro de Estudios Demográficos (CESDEM), monitoreadas por nuestro personal.

Esperamos como siempre su comprensión y apoyo.

Sin otro particular por el momento, se despide con sentimientos de estima y consideración

Atentamente,

Dr. José C. Figueroa Méndez
Gerente de Programa de Rep. Dominicana
EngenderHealth
Tel: 547-3932, 567-3277
Fax: 566-2259
e-mail: jfigueroa@engenderhealth.org

AutORIZADO
DR. FRANCISCO GÓMEZ SÁNCHEZ
MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
SECRETARÍA DE ESTADO EN SALUD
9/10/2001

ANEXO B

AUTORIZACIÓN DEL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
CENTRO MATERNO-INFANTIL "SAN LORENZO" DE LOS MINA
HOSPITAL AMIGO DE LA NIÑEZ Y LAS MADRES

R Autorización

Por este medio
Autorizo a la persona
Ernesta Añón, pa
Anal Os. a realizar
Ces. Terci. de sub. Termi

Nombre del Paciente
Edad
Próxima Cita



CENTRO DE ESTUDIOS
SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS

Av. Solvar No. 911, Apt. 602, La Jula, Apartado Postal 4279
Tels.: (809) 381-0181 / (809) 472-0201 / (809) 472-0653 • Fax: (809) 344-9003
Santo Domingo, República Dominicana • E-mail: cesadem@coditel.net.do

Santo Domingo, D. N.

**Comunicación del Centro de Estudios Sociales y
Demográficos al Hospital Materno Infantil de Los Mina**

Doctor

Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina
Ciudad.

Apreciado Doctor Kelly:

Muy cortésmente nos dirigimos a usted para comunicarle que nuestra institución está realizando el estudio "Servicios post-aborto para adolescentes", bajo contrato con EngenderHealth, una organización internacional que apoya servicios de salud reproductiva. Dicho estudio se está ejecutando en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina.

En este sentido se están llevando a cabo entrevistas a pacientes adolescentes que han recibido servicio de legrado tras un aborto incompleto y a proveedores de servicio entre los que se incluyen médicos ginecobstetras, enfermeras y educadores de salud.

Usted ha sido seleccionado por el equipo investigador como informante clave de este estudio, por lo cual le invitamos a participar en una entrevista a profundidad, la cual será grabada con su consentimiento, acerca de la calidad del cuidado que se ofrece a las adolescentes que visitan su establecimiento requiriendo servicios post-aborto. Su información es muy valiosa para nosotros por lo cual le invitamos a establecer una cita para entrevista en el más corto plazo que le sea posible.

Las personas delegadas para realizar dicha entrevista son las señoras Herminia Arias, Brigida Garcia y Griselda Lerebours, cualquiera de las cuales se pondrá en contacto con usted en la fecha y hora establecida para la entrevista.

Le saludamos muy cordialmente y agradecemos su atención a la presente.



Guía de entrevista a pacientes APA

Explique el consentimiento verbal a las entrevistadas

Enuncie cada tema a tratar según vaya desarrollando la guía.

Consentimiento verbal

De acuerdo a como fue explicado en nuestra sesión de retroalimentación, el siguiente texto es un modelo de consentimiento verbal. Lo ideal es que no sea leído a la paciente, sino explicado, aunque se apoye en la lectura de algunas secciones para mayor claridad. Es importante reiterar la voluntariedad de la participación, así como la confidencialidad de los datos y el anonimato de la participante.

Finalidad e introducción

¡Hola! Trabajo con el Centro de Estudios Sociales y Demográficos y Engender Health, una organización internacional para la salud de las mujeres, en un proyecto para aprender más sobre cómo mejorar la calidad del cuidado ofrecido a mujeres jóvenes que requieren de atención médica tras la pérdida de un embarazo. La información que recojamos de mujeres jóvenes como usted, será utilizada para desarrollar y crear políticas, y llevar a cabo actividades que mejoren la calidad de los servicios.

Nos gustaría invitarle a participar en una entrevista. Su participación es voluntaria; además es de gran importancia. Antes de que decida, me gustaría explicarle algunos de los derechos que tiene usted como participante y cuáles son los procedimientos de la entrevista, en caso de que aceptara participar. Si tiene alguna pregunta, puede hacérmela en cualquier momento.

Procedimientos

Nos interesa escuchar la historia de la pérdida de su embarazo, cuestiones relacionadas con su sexualidad y con los servicios que recibió en este hospital hoy. Calculamos que la conversación puede durar alrededor de dos (2) horas. Ni su nombre ni ningún otro tipo de información personal serán grabados o utilizados en ningún informe. La información que usted nos dé no será pasada a nadie en este centro. Nos gustaría grabar la entrevista, porque lo que usted tiene que decir es importante para nosotros; pero sólo en caso de que usted esté de acuerdo. Si en cualquier momento de la entrevista usted se siente incómoda con alguna pregunta, podemos ignorarla y continuar con la siguiente, o si usted se siente cansada, podemos parar y regresar más tarde para continuar la charla.

Riesgos y molestias

Algunas de las preguntas pueden ser personales o delicadas. Si usted se siente incómoda contestando a alguna pregunta, puede ignorarla sin ningún problema.

Beneficios

Este estudio puede que no le beneficie a usted directamente, pero puede ser de gran ayuda para otras mujeres jóvenes.

Derecho a no participar o a cambiar de idea

Su participación es voluntaria. Si usted decide no ser entrevistada, está en su pleno derecho a hacerlo sin tener que temer que los servicios o tratamientos que va a recibir se vean afectados por ello. Además está en su derecho de dejar de participar en el estudio en cualquier momento.

¿Tiene alguna pregunta?

¿Le gustaría participar?

Ahora puede iniciar la conversación con la entrevistada, intercambie algunos comentarios generales para entrar en confianza, antes de iniciar las preguntas.

Sección I Embarazo

Ahora vamos a hablar de tu embarazo.

¿Tú planificaste este embarazo? Cómo te diste cuenta que estabas embarazada? ¿Cuánto tiempo de embarazo tenías? ¿Cómo te sentiste/reaccionaste al saber que estabas embarazada? ¿Quiénes supieron del embarazo? *(si el embarazo era oculto para otras personas sondear las razones)*

¿Cómo reaccionó tu familia?

Y tus amigas, las otras personas con las que tú te relacionas *(como maestros, compañeros de estudio/trabajo)* ¿cómo reaccionaron?

El compañero que te embarazó quería este embarazo? Cómo reaccionó/cómo se sintió? ¿Este embarazo cómo influyó en la relación con tu compañero? ¿Cómo te apoyó él en este embarazo?

¿Durante el tiempo que duró el embarazo quiénes fueron las personas que más te apoyaron y cómo te apoyaron; es decir, qué hicieron para manifestarte su apoyo?

¿Cuáles sugerencias tú le darías a las personas (familiares, amistades, etc) para que apoyen a una joven como tú embarazada, qué deben hacer?

Sección II Aborto.

Ahora vamos a hablar sobre el aborto que tuviste

Proceso del aborto: Cuáles fueron los primeros síntomas, cuándo?

¿Qué te hizo decidir que necesitabas ayuda? ¿Qué hiciste, a quién se lo comunicaste? Cuéntame todo lo que hiciste/pasó desde que te diste cuenta hasta llegar a esta sala.

¿Por qué piensas tú que ocurrió el aborto?

Se sugieren las siguientes preguntas si hay alguna admisión de manipulación del embarazo. Quieres contarme cómo fue? ¿Qué hiciste? ¿Quién te ayudó? ¿Por qué lo hiciste?

Desde que se inició el aborto, Cuáles han sido tus sentimientos, cuáles han sido tus preocupaciones, en qué has pensado?

En este momento cuáles son tus sentimientos?

¿Quiénes tienen conocimiento de que tú estás aquí en el hospital?. Esas personas qué saben de este aborto, ¿Cómo reaccionaron ?¿Cómo piensas tú que reaccionarían las personas (amigas, madre, padre, novio / compañero) que no lo saben? .

¿Habías perdido otros embarazos? ¿Cuántos?

¿Piensas que por el hecho de haber tenido este aborto cambiará la forma en que te tratan las personas con que te relacionas? (*familia, amigos compañeros, si menciona algún familiar indagar cómo cree que cambiará la relación*).

Sección IIV

Percepción de la adolescente de la atención post aborto.

Vamos a hablar de las atenciones que recibiste aquí

Cuando llegaste aquí al hospital, tenías alguna preocupación, qué te preocupaba?

El personal que te atendió, en qué te ayudó a resolver tus preocupaciones?

¿Cuáles personas y cómo? (*recordar que debe especificar el personal y el área*)

Información recibida: ¿Te explicaron el procedimiento que te iban a realizar? Qué te dijeron sobre eso?

¿Te explicaron que reacciones y cuidados debías tener? ¿Te hablaron de alguna otra cosa, podrías decirme de qué te hablaron?

¿Cuáles informaciones consideras tú que debieron ofrecerte y no te ofrecieron? (ginecólogo, enfermera, residente).

¿Cuáles dificultades piensas tú que tienen las jóvenes como tú para buscar servicios médicos en una situación de aborto?

¿Cuál crees tú que es la mejor forma en que el personal médico puede apoyar a una joven (como tú) en situación de aborto? ¿Qué deben hacer ellos para apoyarte?

Del servicio que has recibido en este hospital que es lo que más te ha gustado, y lo que menos te ha gustado?

¿Cuáles sugerencias tú puedes hacer para mejorar el servicio que se te ha dado, qué te gustaría recibir que no se te haya dado?

Juicios y críticas sobre los tiempos: 1º de espera de la paciente en el hospital para la aplicación del procedimiento; 2º con el médico para la información y el procedimiento; 3º tiempo de recuperación.

Sección IV
Planificación familiar
Vamos a hablar de Planificación Familiar

1. Conocimiento de métodos: opinión, qué conoce, cuáles, etc.
2. Uso de métodos: experiencia en el uso
3. Fuentes de información.

Sección V
ENGENDERHEALTH- CESDEM

Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.....

--	--

VISITA DEL (A) ENTREVISTADOR (A)

FECHA		DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
NOMBRE DEL (LA)		MES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
ENTREVISTADOR(A)		AÑO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
		ENTREVISTADOR <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
		RESULTADO.....		

SECCION I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

101- Edad	AÑOS.....
102- Estado civil	a) Unida (con vivienda compartida) 1 b) Unida o casada (sin compartir vivienda)..... 2 c) Casada (con vivienda compartida)..... 3 d) Soltera..... 4
103- ¿Asistes tu actualmente a la escuela?	a) Sí (Pase a la pregunta 107) b) No
104-¿ Por qué dejaste los estudios?	a) 1 Matrimonio..... 2 b) Por embarazo 3 4 c) Razones de trabajo..... 5 d) Razones económicas. e) Otras (Especifique
105-¿Qué edad tenías tú cuando dejaste los estudios?	Edad.....
106-¿ Piensas volver a estudiar?	a) Sí..... 1 b) 2 No.....

107- ¿Cual es tu último curso aprobado?	a) 1 Ninguno..... 2 b) Primer ciclo básico de 1° A 3 4°..... 4 c) Segundo ciclo básico 5° A 8° 5 d) Bachillerato 1° 2° 3° 4°..... e) Inicio de universidad.....
108- ¿Dónde has pasado el mayor tiempo de tu vida?	a) En el campo..... 1 b) En la capital..... 2 c) En un pueblo..... 3
SECCION II. EMPLEO	
201- Trabajas tú?	a) Sí. ¿En que?..... 1 (Especifique) b) No..... 2 (Si no trabaja pase a sección III)
202- ¿A qué edad tuviste tu primer trabajo?	Edad.....
203- ¿Aproximadamente cuánto ganas tú quincenal?	RD\$.....
204- ¿Cuántas horas diarias trabajas?	Horas.....
SECCION III. FAMILIA:	
301 ¿Cuántas personas viven contigo?	Personas.....

302- ¿Cuáles de las siguientes personas viven contigo ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) Madre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) Padre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) Hermanos.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) Marido.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e) Suegra (Suegro).....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) Familiares del marido.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g) Otros familiares.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(Especifique)</td> </tr> </table>			Si	No	a) Madre.....	1	2		b) Padre.....	1	2		c) Hermanos.....	1	2		d) Marido.....	1	2		e) Suegra (Suegro).....	1	2		f) Familiares del marido.....	1	2		g) Otros familiares.....	1	2		(Especifique)			
		Si	No																																		
a) Madre.....	1	2																																			
b) Padre.....	1	2																																			
c) Hermanos.....	1	2																																			
d) Marido.....	1	2																																			
e) Suegra (Suegro).....	1	2																																			
f) Familiares del marido.....	1	2																																			
g) Otros familiares.....	1	2																																			
(Especifique)																																					
303- Me podrías decir la edad de tu padre?	Edad del padre..... No sabe.....98																																				
304-¿ Me podrías decir cuál fue el último curso aprobado por tu padre?	<table border="0"> <tr> <td>a) Ninguno.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) Primer ciclo básico de 1° A 4°.....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>c) Segundo ciclo básico 5° A 8°</td> <td>3 4</td> </tr> <tr> <td>d) Bachillerato 1° 2° 3° 4°.....</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>e) Universitario.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) No sabe.....</td> <td></td> </tr> </table>	a) Ninguno.....		b) Primer ciclo básico de 1° A 4°.....	1 2	c) Segundo ciclo básico 5° A 8°	3 4	d) Bachillerato 1° 2° 3° 4°.....	5 6	e) Universitario.....		f) No sabe.....																									
a) Ninguno.....																																					
b) Primer ciclo básico de 1° A 4°.....	1 2																																				
c) Segundo ciclo básico 5° A 8°	3 4																																				
d) Bachillerato 1° 2° 3° 4°.....	5 6																																				
e) Universitario.....																																					
f) No sabe.....																																					
305- Me podrías decir la edad de tu madre?	Edad de la madre No sabe.....98																																				
306- ¿Me podrías decir cuál fue el último curso aprobado por tu madre?	<table border="0"> <tr> <td>a) Ninguno.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>b) Primer ciclo básico de 1° A 4°.....</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>c) Segundo ciclo básico 5° A 8°</td> <td>4 5</td> </tr> <tr> <td>d) Bachillerato 1° 2° 3° 4°.....</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>e) Universitario.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) No sabe.....</td> <td></td> </tr> </table>	a) Ninguno.....	1	b) Primer ciclo básico de 1° A 4°.....	2 3	c) Segundo ciclo básico 5° A 8°	4 5	d) Bachillerato 1° 2° 3° 4°.....	6	e) Universitario.....		f) No sabe.....																									
a) Ninguno.....	1																																				
b) Primer ciclo básico de 1° A 4°.....	2 3																																				
c) Segundo ciclo básico 5° A 8°	4 5																																				
d) Bachillerato 1° 2° 3° 4°.....	6																																				
e) Universitario.....																																					
f) No sabe.....																																					
307-¿Me podrias decir a que edad se casó o unió tu mamá?	Edad..... No sabe.....98																																				

308-¿Me podrias decir a que edad tu mamá tuvo su primer hijo?	Edad..... No sabe.....98
309- Pensando en tu familia, ¿cuáles son las cosas que más te gustan de ella? _____ _____ _____	
310- ¿Y lo que menos te gusta.? _____ _____ _____	
SECCION IV: ACERCA DE LOS HIJOS Y LA PAREJA	
401-¿Tú tienes hijos?	a) Sí..... 1 b) No.....2 (Si no tiene hijos pase a preg. 406)
402-¿Cuántos?	No. de Hijos.....
403-¿Qué edades tienen tus hijos?	a) 1er. Hijo..... b) 2do Hijo..... c) 3er Hijo.....

404-¿Vives con todos tus hijos?	a) Sí.....1 b) No.....2
405-¿Todos tus hijos son de un solo padre?	a) Sí.....1 b) No.....2
Sólo para las que tienen compañero de lo contrario termine la entrevista	
406- Me podrías decir la edad de tu compañero?	Edad del compañero..... No sabe.....98
407-¿Me podrías decir cuál fue el último curso aprobado por tu compañero?	b) Ninguno..... b) Ciclo básico de 1° A 4°..... c) Ciclo básico 5° A 8°..... d) Bachillerato 1° 2° 3° 4°..... c) Universitario..... f) No sabe.....
408-¿Tu compañero trabaja?	d) Sí.....1 e) No.....2 Fin
409-¿Aproximadamente cuánto gana tú compañero quincenal?	RD\$..... No sabe.....98
410-¿En qué trabaja tu compañero?	_____ (Especifique)

Guía para Proveedores/as de Servicio APA

- **Explicar el protocolo de consentimiento.**
- **Explicar a quiénes nos referimos cuando mencionamos población adolescente.**
- **Solicitar a la persona entrevistada que mencione su cualificación, experiencia y el tiempo de servicio en el área.**
- **Enuncie cada tema, según vaya desarrollando la guía.**

Consentimiento verbal.

Finalidad e introducción

¡Hola! Trabajo con el Centro de Estudios Sociales y Demográficos y EngenderHealth, una organización internacional para la salud de las mujeres, en un proyecto para aprender más sobre cómo mejorar la calidad del cuidado que se ofrece a las adolescentes que requieren de atención postaborto. La información que obtengamos en este estudio será utilizada para desarrollar y crear políticas y llevar a cabo actividades que mejoren la calidad de los servicios.

Nos gustaría invitarle a participar en una entrevista. Su participación es voluntaria; además de gran importancia. Antes de que decida, me gustaría explicarle algunos de los derechos que tiene usted como participante y cuáles son los procedimientos de la entrevista, en caso de que aceptara participar. Si tiene alguna pregunta, puede hacérmela en cualquier momento.

Procedimiento.

Las preguntas están relacionadas con el tipo de cuidados ofrecidos a clientes adolescentes que llegan a este centro, con complicaciones tras un aborto, incluyendo abortos incompletos. Calculamos que la conversación puede durar alrededor de dos (2) horas. Ni su nombre ni ningún otro tipo de información personal serán grabados o utilizados en ningún informe. La información que usted nos proporcione no será revelada a nadie en este centro, ni al personal administrativo ni a otros proveedores. Esta información no está tampoco destinada a evaluar su actuación profesional. Nos gustaría grabar la entrevista porque lo que usted tiene que decir es muy importante para nosotros; pero sólo en caso de que usted esté de acuerdo. Si en cualquier momento de la entrevista usted se siente incómodo con alguna pregunta, podemos ignorarla y continuar con la siguiente; o si usted tiene que regresar al trabajo, podemos parar y regresar más tarde para continuar la charla.

Riesgos y molestias

Algunas de las preguntas pueden ser personales o delicadas. Si usted se siente incómodo contestando a alguna pregunta, puede ignorarla, sin ningún problema.

Beneficios

Este estudio puede que no le beneficie a usted directamente, pero puede ser de gran ayuda para las mujeres jóvenes que solicitan atención postaborto en éste y en otros hospitales.

Derecho a no participar o a cambiar de idea.

Su participación es voluntaria. Si usted decide no ser entrevistado, está en su pleno derecho de hacerlo, sin tener que temer que su empleo aquí se vea afectado por ello. Además, está en su derecho de dejar de participar en el estudio en cualquier momento.

¿Tiene alguna pregunta?

¿Le gustaría participar?

Sección I

Percepción del personal de salud sobre las adolescentes y la problemática del aborto Vamos a hablar acerca de la percepción de usted sobre las adolescentes y la problemática del aborto

1. ¿En general qué piensa usted sobre las relaciones sexuales de las adolescentes?
2. ¿Qué opinión tiene sobre la situación de las adolescentes embarazadas? ¿A su juicio, cuáles son las principales causas o circunstancias del embarazo de las adolescente?
3. ¿Qué opinión tiene sobre la situación del aborto en las adolescentes? ¿A su juicio, cuáles son las principales causas o circunstancias que conducen al aborto en las adolescentes?
4. ¿Piensa usted que el personal médico (**enfermera**) de este establecimiento está de acuerdo con **su opinión** sobre el embarazo y el aborto en las adolescentes?. Coménteme sobre los acuerdos o desacuerdos entre **su opinión** y lo que usted percibe en los demás médicos (**enfermeras**).
5. Podría citar algunos de los comentarios más generalizados que ese personal hace al referirse a las adolescentes que buscan atención en situación de embarazo o de aborto.

Sección II:

Razones para la búsqueda del servicio

1. ¿Cuáles piensa usted que son las principales razones por las que las adolescentes buscan este tipo de asistencia? ¿Cuáles son las circunstancias en que llegan las adolescentes a este establecimiento?
2. ¿Qué es para usted un servicio postaborto de calidad para la población adolescente y cuáles indicadores deben estar presentes?.
3. ¿Cuántos y cuáles modelos de atención cuidados postabortos (APA) conoce? ¿Cómo los evalúa? Se ha descrito o diferenciado un modelo o estilo de atención específico para pacientes adolescentes de APA. ¿Qué piensa sobre ello? (**MODELO GENERAL**)
4. Describa el modelo seguido en este establecimiento para ofrecer servicio en la atención postaborto:Cuál es la rutina para iniciar el procedimiento? Describa la ejecución del procedimiento y la ruta de atención desde que la paciente llega hasta que se le da de alta.
5. ¿Cuáles de los aspectos de calidad (**recordar los aspectos**) del modelo que usted describe están presentes en el modelo de atención de este establecimiento?. ¿De cuáles aspectos carece?. Considerando su experiencia de trabajo en este hospital, cuáles dificultades específicas ha tenido usted para ofrecer a las adolescentes un servicio de calidad como usted lo concibe.

5. ¿Qué relación o coordinación se establece entre esta área de atención y otras unidades del establecimiento, para proporcionarle servicios a las adolescentes? Por ejemplo: la Unidad de Atención Integral de Adolescentes, el Departamento de Psicología u otros.

Sección III

Fortalezas y debilidades en la atención postaborto.

1. Vamos a hacer un análisis de los diferentes componentes del modelo de atención postaborto para adolescentes.

Aspecto	Fortalezas	Debilidades
1. Sistema de Salud		
2. AMEU		
3. Instrumental		
4. Personal médico		
5. Personal de enfermería		
6. Establecimiento: (Emergencia Sala de legrado, administración, otros).		
7. Paciente (condiciones, aspectos de la evaluación, su colaboración).		
8. Familiares de las pacientes.		
9. Planificación familiar (oferta, conocimiento de métodos, etc.).		
10. Consejería u orientación.		
11. Otros. (mencionar los citados por el entrevistado).		

2. ¿Cuáles piensa usted que pueden ser las principales limitaciones que confrontan las adolescentes para buscar o para recibir servicios de atención postaborto?

3. En cuanto a las pacientes, cuáles son los principales aspectos de colaboración y aporte que ellas deben dar para contribuir a recibir un buen servicio. ¿Cuáles de esos aspectos se presentan con más frecuencia? ¿Cuáles con menos?

4. De la cantidad de pacientes (**Frecuencia: mensual, trimestral, etc.**) adolescentes que acuden al servicio, qué proporción piensa usted que ha inducido el aborto, cuáles evidencias se toman en cuenta para evaluar la inducción?

5. Para sintetizar este tema, ¿podría hacer una descripción general de la situación que se presenta con la adolescente que requiere cuidados post-aborto?

Sección IV
Percepción de la satisfacción de la paciente con los servicios

1. ¿Con cuáles aspectos del servicio percibe usted que las pacientes adolescentes manifiestan mayor grado de satisfacción?. ¿Y con cuáles expresan menor satisfacción?. ¿Cuáles son las principales opiniones que expresan sobre el servicio, sobre el personal, sobre el establecimiento, etc.?

Sección V
Informaciones y servicios que requieren las adolescentes

1. ¿Cuál es su percepción de los conocimientos de las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva?. (SU EXPERIENCIA PERSONAL)
2. ¿Que información le oferta el personal de salud a las pacientes adolescentes? ¿se ha desarrollado algún programa específico de orientación o consejería para esta población?
3. Hábleme de ese programa (**orientación o consejería**): momento en que se ofrece, contenido, personal facilitador, capacitación de los facilitadores, nivel de planificación, etc.
4. ¿Manifiestan ellas algunas inquietudes en cuanto a las informaciones?. Cuáles preguntas les hacen a usted? ¿Sobre qué quieren saber?
5. Para finalizar este tema, en su trato con las adolescentes, mientras provee el servicio, cuáles percibe usted que son las mayores preocupaciones de ellas? ¿Qué quieren obtener? ¿Percibe usted que ellas desean demandar o demandan otros servicios de salud?

Sección VI
Mejoría de los servicios

Para finalizar la entrevista y para resumir algunos de los aspectos que ya hemos conversado, ¿Cómo mejoraría usted los servicios postaborto para las adolescentes en este establecimiento?

Tabla 1.2
Objetivos, temas/variables e interrogantes para la atención postaborto
(Referida a pacientes)

Objetivos	Temas/variables	Interrogantes
Explorar las razones por las cuales las adolescentes requieren atención postaborto (APA).	Embarazo: historia, sentimientos y reacciones. (paciente, familia, compañero, amigo/a) Aborto: historia, procedimiento, reacción (paciente, familia, compañero, amigo/a). Circunstancias para el aborto (cómo, cuándo) Circunstancias de llegada al hospital Planificación: opinión, qué conoce, cuáles experiencias en el uso de métodos, fuentes de información	Embarazo: ¿Tú planificaste este embarazo? ¿Cómo te diste cuenta que estabas embarazada? ¿Cuánto tiempo de embarazo tenías? ¿Cómo te sentiste/reaccionaste al saber que estabas embarazada? ¿Quiénes supieron del embarazo? (Si el embarazo era oculto para otras personas sondear las razones). ¿Cómo reaccionó tu familia/tus amigas? ¿Las demás personas con las que te relacionas (maestros/as, compañeros/as de estudio/trabajo), cómo reaccionaron? ¿El compañero que te embarazó quería este embarazo? ¿Cómo reaccionó/cómo se sintió? ¿El embarazo cómo influyó en tu relación con tu compañero? ¿Cómo te apoyó él en este embarazo? ¿Durante el tiempo que duró el embarazo quiénes fueron las personas que más te apoyaron y cómo te apoyaron? ¿Qué hicieron para manifestarte su apoyo? ¿Cuáles sugerencias tú darías a las personas (familiares, amistades, etc.) para que apoyen a una joven como tú, embarazada? ¿Qué deben hacer? Proceso del aborto: ¿Cuáles fueron los primeros síntomas? ¿Cuándo? ¿Qué te hizo decidir que necesitabas ayuda? ¿Qué hiciste? ¿A quién se lo comunicaste? Cuéntame todo lo que hiciste/pasos desde que te diste cuenta hasta llegar a esta sala? ¿Por qué piensas tú que ocurrió el aborto? Se sugieren las siguientes preguntas, si hay alguna admisión de manipulación del embarazo. ¿Quieres contarme cómo fue? ¿Qué hiciste? ¿Quién te ayudó? ¿Por qué lo hiciste? ¿Habías perdido otros embarazos? ¿Cuántos? Planificación: ¿Cuáles métodos conoces? ¿Cuáles métodos has utilizado? ¿Dónde (quién) te informaste o? ¿Cuándo te embarazaste usabas algún método?
Identificar las barreras institucionales o familiares que las adolescentes confrontan de cara a recibir un buen servicio APA.	Condiciones socio-económicas: edad; escolaridad, estado civil; empleo de paciente y compañero; edad padres, madres y compañeros; escolaridad padres, madres y compañeros; # de miembros de familia; parentescos de miembros del hogar Relación familiar: padres/madres /miembros del hogar	¿Asistes actualmente a la escuela? ¿Por qué dejaste los estudios? ¿Qué edad tenías cuando dejaste los estudios? ¿Piensas volver a estudiar? ¿Cuál es tu último curso aprobado? ¿Dónde has pasado el mayor tiempo de tu vida? ¿Trabajas tú? - ¿A qué edad tuviste tu primer trabajo? ¿Aproximadamente cuánto ganas quincenal? ¿Cuántas horas diarias trabajas? ¿Cuántas personas viven contigo? ¿Cuáles de las siguientes personas viven contigo? ¿Me podrías decir la edad de tu padre? ¿Me podrías decir cuál fue el último curso aprobado por tu padre? ¿Me podrías decir la edad de tu madre? ¿Me podrías decir cuál fue el último curso aprobado por tu madre? ¿Me podrías decir la edad de tu compañero? - ¿Me podrías decir cuál fue el último curso aprobado por tu compañero? ¿Tu compañero trabaja? ¿Aproximadamente cuánto gana tu compañero quincenal? ¿En qué trabaja tu compañero? ¿Durante el tiempo que duró el embarazo quiénes fueron las personas que más te apoyaron y cómo te apoyaron; es decir, qué hicieron para manifestarte su apoyo? ¿Cuáles sugerencias tú le darías a las personas (familiares, amigos/as, etc.) para que apoyen a una joven como tú, embarazada? ¿Qué deben hacer?

Objetivos	Temas/variables	Interrogantes
	Redes en el aborto	¿Quiénes tienen conocimiento de que tú estás aquí en el hospital?. Esas personas que saben de este aborto, ¿Cómo reaccionaron? ¿Cómo piensas que reaccionarían las personas (amigas, madre, padre, novio / compañero) que no lo saben?. ¿Qué hiciste? ¿Quién te ayudó? ¿A quién se lo comunicaste?
	Cambios en la vida: escolar, económica, familiar y de amistad	Desde que se inició el aborto, ¿cuáles han sido tus sentimientos? ¿Cuáles han sido tus preocupaciones? ¿En qué has pensado? ¿En este momento cuáles son tus sentimientos?
	Autopercepción	¿Piensas que por el hecho de haber tenido este aborto cambiará la forma en que te tratan las personas con los que te relacionas? (Familia, amigos compañeros. (Si menciona algún familiar indagar cómo cree que cambiará la relación).
	Confianza y percepción acerca del personal médico	¿Cuándo llegaste aquí al hospital, tenías alguna preocupación ¿Qué te preocupaba? El personal que te atendió, ¿en qué te ayudó a resolver tus preocupaciones? ¿Cuáles personas y cómo? (recordar que debe especificar el personal y el área)
	Factores de incidencia en la atención	¿Cuáles dificultades piensas que tienen las jóvenes como tú para buscar servicios médicos en una situación de aborto?
	Conocimiento de planificación y del proceso: sus preocupaciones.	Planificación: opinión, qué conoce, cuáles, experiencia en el uso de métodos, fuentes de información.
Conocer la percepción de las clientas adolescentes de APA sobre cuáles son los elementos básicos para un APA de calidad y de cómo ha sido su experiencia al recibir un APA	Valoración del personal proveedor: trato personal, capacidad de información, capacidad de interacción personal	¿Cuándo llegaste aquí al hospital, tenías alguna preocupación? ¿Qué te preocupaba? El personal que te atendió, ¿en que te ayudó a resolver tus preocupaciones? ¿Cuáles personas y cómo? (recordar que debe especificar el personal y el área). ¿Cuáles informaciones consideras que debieron ofrecerte y no te ofrecieron? (Ginecólogo, enfermera, residente). ¿Cuáles dificultades piensas que tienen las jóvenes como tú para buscar servicios médicos en una situación de aborto? ¿Cuál crees que es la mejor forma en que el personal médico puede apoyar a una joven (como tú) en situación de aborto? ¿Qué deben hacer ellos para apoyarte? Del servicio que has recibido en este hospital, ¿qué es lo que más te ha gustado, y lo que menos te ha gustado? ¿Te explicaron el procedimiento que te iban a realizar? ¿Qué te dijeron sobre eso? ¿Te explicaron qué reacciones y cuidados debías tener? ¿Te hablaron de alguna otra cosa, podrías decirme de qué te hablaron?
	Juicios y críticas sobre el tiempo y el procedimiento aplicado	Juicios y críticas sobre el tiempo: 1º espera de la paciente en el hospital para la aplicación del procedimiento; 2º con el médico para la información y el procedimiento; 3º tiempo de recuperación ¿Te explicaron el procedimiento que te iban a realizar? ¿Qué te dijeron sobre eso? ¿Te explicaron qué reacciones y cuidados debías tener?
	Perspectiva de la calidad	¿Cuáles sugerencias puedes hacer para mejorar el servicio que se te ha dado? ¿Qué te gustaría recibir que no se te haya dado?
Determinar las informaciones o servicios que la adolescente está interesada o necesita recibir para conocer más sobre una reproducción segura	Información sobre el servicio Información sobre planificación Información sobre aborto Información sobre embarazo	¿Cuáles informaciones consideras que debieron ofrecerte y no te ofrecieron? (Ginecólogo, enfermera, residente). ¿Te explicaron el procedimiento que te iban a realizar? ¿Qué te dijeron sobre eso? ¿Te explicaron qué reacciones y cuidados debías tener? ¿Te hablaron de alguna otra cosa, podrías decirme de qué te hablaron? Planificación: opinión, qué conoce, cuáles, experiencia en el uso de métodos, fuentes de información ¿Cuántos? ¿Cuáles métodos conoces? ¿Cuáles métodos has utilizado? ¿Dónde (quién) te informaste? ¿Cuándo te embarazaste usabas algún método? Del servicio que has recibido en este hospital, ¿qué es lo que más te ha gustado, y lo que menos te ha gustado?

Tabla 1.3
Objetivos, temas/variables e interrogantes para la atención postaborto
(Referida a proveedores)

Objetivos	Temas/Variables	Interrogantes
Explorar las razones por las cuales las adolescentes requieren atención postaborto (APA)	Contenido del servicio de calidad Modelos de la atención APA Fases de los procedimientos Crítica a los modelos de atención Aportes del Sistema de Salud para un servicio de calidad: normas, establecimiento, personal, etc.	¿Qué es para usted un servicio <u>postaborto de calidad</u> para la población adolescente, cuáles indicadores deben estar presentes? ¿Cuántos y cuáles modelos de atención APA conoce? ¿Cómo los evalúa? ¿Se ha descrito o diferenciado un modelo o estilo de atención, específica para pacientes adolescentes de APA? ¿Qué piensa sobre ello? Describa el modelo seguido en este establecimiento para ofertar servicio en la atención postaborto: ¿Cuál es la rutina para iniciar el procedimiento? Describa la ejecución del procedimiento y la ruta crítica de atención; desde que la paciente llega hasta su alta. ¿Cuáles de los aspectos de calidad del modelo que usted describe están presentes en el modelo de atención de este establecimiento? ¿De cuáles aspectos carece? Considerando su experiencia de trabajo en este hospital, ¿cuáles dificultades específicas ha tenido usted para ofrecer a las adolescentes un servicio de calidad como usted lo concibe? ¿Qué relación o coordinación se establece entre esta área de atención y otras unidades del establecimiento dedicadas a proporcionarle servicios a las adolescentes? Podría hacer un análisis de las fortalezas y las debilidades (aquí y ahora) de los aspectos de la atención postaborto: sistema de salud, AMEU, instrumental, personal médico, personal de enfermería, establecimiento, paciente, familiares de pacientes, planificación familiar, orientación y consejería. ¿Cuál es su concepción de un servicio integral en salud reproductiva para las adolescentes? De acuerdo a ese modelo de calidad que usted concibe, ¿cómo juzga el servicio existente?
	Situación de la adolescente que requiere APA	¿Qué opinión tiene sobre la situación del aborto en las adolescentes? ¿A su juicio, cuáles son las principales causas o circunstancias que conducen al aborto en las adolescentes?
Identificar las barreras institucionales o familiares que las adolescentes confrontan de cara a recibir un buen servicio APA	Concepción sobre la cliente: relación sexual, embarazo, aborto, conocimiento y uso de métodos	¿En general qué piensa usted sobre las relaciones sexuales de las adolescentes? ¿Qué opinión tiene sobre la situación de las adolescentes embarazadas? ¿A su juicio, cuáles son las principales causas o circunstancias del embarazo en una adolescente? ¿Qué opinión tiene sobre la situación del aborto en las adolescentes? ¿A su juicio, cuáles son las principales causas o circunstancias que conducen al aborto en las adolescentes? ¿Piensa usted que el personal médico de este establecimiento está de acuerdo con su opinión sobre el embarazo y el aborto en las adolescentes? Coménteme sobre los acuerdos o desacuerdos entre su opinión y la que usted percibe en los demás miembros del personal. ¿Podría citar los comentarios más generalizados que el personal hace al referirse a las adolescentes que buscan atención en situación de embarazo o aborto? De la cantidad de pacientes adolescentes que acuden al servicio, ¿qué proporción piensa usted que han inducido el aborto, cuáles evidencias se toman en cuenta para evaluar la inducción? ¿Podría hacer una descripción general de la situación que se presenta con la adolescente que requiere cuidados postaborto? ¿Cuál es su concepción de un servicio integral en salud reproductiva para adolescentes? De acuerdo a ese modelo, ¿cómo juzga el servicio existente?
	Capacitación en el tema	¿Podría hablarme sobre su cualificación y su experiencia de servicio en el área?

Objetivos	Temas/Variables	Interrogantes
Conocer la percepción de las clientas adolescentes de APA sobre cuáles son los elementos básicos para un APA de calidad y de cómo ha sido su experiencia al recibir un APA	Aspectos de colaboración de la paciente	¿Cuáles piensa usted que pueden ser las principales limitaciones que confrontan las adolescentes para buscar o recibir servicios de APA? ¿Cuáles son los principales aspectos de colaboración y aporte que las adolescentes deben facilitar para recibir un servicio de calidad? ¿Cuáles de esos aspectos se presentan con más frecuencia? ¿Cuáles menos?
	Estrategias para la evaluación de la paciente Elementos de la evaluación médica	¿Cuáles de los aspectos de calidad del modelo que usted describe están presentes en el modelo de atención de este establecimiento? ¿De cuáles aspectos carece? Considerando su experiencia de trabajo en este hospital, ¿cuáles dificultades específicas ha tenido para ofrecer a las adolescentes un servicio de calidad como usted lo concibe? ¿Qué relación o coordinación se establece entre esta área de atención y otras unidades del establecimiento para proporcionarle servicios a las adolescentes? Por ejemplo, la unidad de atención integral de adolescentes, el Dpto. de Psicología u otros.
Determinar las informaciones o servicios que las adolescentes están interesadas o necesitan recibir para conocer más sobre una reproducción segura	Contenido de las informaciones para la paciente (qué, cuándo, interés y posibilidades de la información) Capacitación recibida en el área Temas de interés para las adolescentes Posibilidades y límites para la comunicación con la joven	¿Cuál es su percepción de los conocimientos de las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva? ¿Qué conocen sobre planificación familiar? ¿Cuáles métodos usan? ¿Preguntan por métodos, cuáles preguntas hacen? ¿Qué opinión tiene sobre la oferta de métodos a adolescentes? ¿Qué información le oferta el personal de salud a las pacientes adolescentes? ¿Se ha desarrollado algún programa específico de orientación o consejería para esta población? Hábleme de ese programa (orientación o consejería): momento en que se ofrece, contenido, personal facilitador, capacitación de los facilitadores, nivel de planificación, etc. ¿Manifiestan las adolescentes algunas inquietudes en cuanto a informaciones? ¿Cuáles preguntas les hacen a usted? ¿Qué quieren saber? En su trato con las adolescentes mientras provee el servicio, ¿cuáles percibe usted son las mayores preocupaciones de las pacientes? ¿Qué quieren obtener? ¿Percibe usted que ellas desean demandar o demandan otros servicios de salud?