



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio
en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del
Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022.**

Cristina Bedoya Gallego
Luz Marina Buitrago Ospina
María Elinet Noreña Marín

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Sonsón, Colombia
2023

**Significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio
en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del
Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022.**

Cristina Bedoya Gallego
Luz Marina Buitrago Ospina
María Elinet Noreña Marín

Trabajo de grado para optar al título de profesional en Administración en Salud

Asesor
Fernando Giraldo Piedrahita, DSP

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Sonsón, Colombia
2023

Le agradecemos a Dios por habernos guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza y por brindarnos una vida llena de aprendizajes y experiencias a lo largo de la etapa universitaria.

A nuestras familias debemos inmensa gratitud por brindarnos un apoyo y amor incondicional, por velar por nuestro bienestar y educación, depositando toda su confianza en cada reto presentado sin dudar de nuestra inteligencia y capacidades.

A la UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA por brindarnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales. A nuestros profesores por habernos brindado su conocimiento y por haber aportado un granito de arena en nuestra formación, impulsándonos a salir adelante.

A nuestros compañeros quienes nos apoyaron, alentaron y estuvieron para nosotros desde el primer semestre de la carrera, sentimos un gran aprecio y admiración para cada uno de ustedes. De corazón les deseamos grandes éxitos.

Finalmente, a nuestro asesor Fernando Giraldo Piedrahita por habernos brindado su apoyo y conocimientos, sin su acompañamiento no hubiera sido posible la culminación de nuestro trabajo de grado.

Tabla de Contenido

Lista de tablas.....	6
Lista de figuras.....	7
Siglas, acrónimos y abreviaturas	8
Glosario.....	9
Resumen.....	10
Introducción	11
1. Planteamiento del problema.....	13
2. Justificación.....	19
3. Objetivos	22
3.1. Objetivo general	22
3.2. Objetivos específicos	22
4. Marco teórico	23
4.1 Antecedentes	31
4.2 Marco conceptual	34
4.3 Marco Legal	36
4.4 Marco contextual	41
4.5 Marco Institucional	42
5. Metodología	45
5.1. Enfoque y diseño	45
5.2. Tipo de estudio	46
5.3. Objeto de estudio	47
5.4. Participantes en el estudio	47
5.5. Criterios de inclusión y de exclusión	48
5.6. Estrategias para la selección de las personas participantes	49
5.7. Periodo de estudio	50
5.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	50
5.8.1. Condiciones previas:	50
5.8.2. Lugar y momento:	51
5.8.3. Material necesario:	51
5.8.4. El momento de la entrevista	52

5.8.5. Diario de campo	52
5.8.6. Prueba piloto	53
5.9. Técnicas y procedimientos para sistematización y análisis de la información	53
5.10. Criterios de confianza y credibilidad	55
5.11. Reflexividad del investigador	56
6. Consideraciones éticas	58
6.1. Consentimiento informado	60
7. Resultados	62
7.1. Una nueva vida que da inicio a un proceso de atención y cuidados	62
7.1.1. Voy a ser mamá...un giro de ciento ochenta grados	63
7.1.2. Los controles y un bebé que va creciendo	66
7.1.3. Llegó el día de dar a luz	69
7.1.4. ¿Y quién enseña cómo cuidar un bebé?	72
7.2. Un recorrido por los servicios de salud	74
7.2.1. La atención en salud centrada en la gestante adolescente	76
7.2.2. La ausencia de la humanización en los de servicios	80
7.3. La atención en los servicios de salud, una experiencia que marca la vida	83
8. Discusión.....	89
9. Conclusiones.....	101
10. Recomendaciones	103
Referencias.....	105
Anexos	114

Lista de tablas

Tabla 1. Plan de análisis y categorías	Pág. 54
---	------------

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Normograma	39
Figura 2. Mapa Sonsón	40

Siglas, acrónimos y abreviaturas

AHP	Atención Humanizada del Parto
ARP	Aseguradora de Riesgos Profesionales
ASIS	Análisis de la Situación en Salud
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPP	Embarazo, parto y puerperio
ESE	Empresa Social del Estado
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
MPS	Modelo Promoción de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIA	Programa de Investigación Asociativa
PIBM	Producto Interno Bruto Municipal
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
RIAS	Rutas Integradas de Atención en Salud
SGSSS	Sistema general de salud y seguridad social
SIBEN	Sistema de Identificación Potenciales Beneficiarios Programas Sociales
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Glosario

Actores de salud: concepto de la OPS, se entiende como “la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

Adolescentes: es el período de vida del ser humano, que se inicia con las primeras transformaciones de cambios en la pubertad que empieza de los 12 a 14 años y concluye el desarrollo adulto entre los 18 a 20 años.

Atención médica: conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.

Embarazo: estado de la mujer en gestación, y transcurre entre la fecundación del óvulo con el espermatozoide y el parto, dura aproximadamente 280 días.

Maternidad: estado de ser madre. Lugar donde asistir a las parturientas y al recién nacido.

Mujer: persona del sexo femenino, que ha alcanzado la pubertad.

Parto: es la acción de parir, comprende 3 fases: dilatación, expulsión y alumbramiento. puede ejercer sus funciones.

Puerperio: el período de la vida de la mujer que sigue al parto comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer.

Salud: estado del ser humano que se encuentra libre de toda enfermedad.

Servicio de salud: tiene como propósito desarrollar actividades concretas, con la ayuda del talento humanos, recursos materiales y logísticos.

Sistema de salud: es el que permite el desarrollo del sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud, y con el propósito de brindar cobertura universal en salud.

Resumen

Objetivo: comprender los significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022.

Métodos: desde una perspectiva fenomenológica y mediante la aplicación de 15 entrevistas en profundidad, esta investigación indaga por el significado de las experiencias durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes, así mismo, se aproxima a la interpretación de la experiencia vivida por las madres adolescentes en la atención en salud que han recibido, a partir de lo que expresaron las participantes permitió identificar los significados. El análisis de la información se realizó desde lo reflexivo, entendiéndolo desde su apreciación a través de sus relatos, lo que posibilitó la escritura de los significados sobre proceso de maternidad.

Resultados: con base en las experiencias relatadas por las participantes en las entrevistas, se construyeron tres grandes capítulos: 1) Una nueva vida que da inició a un proceso de atención y cuidados, 2) Un recorrido por los servicios de salud, 3) La atención en los servicios de salud, una experiencia que marca la vida.

Discusión y conclusión: las adolescentes que pasaron por un embarazo, parto y puerperio otorgan a las experiencias significativas en algunas el padecimiento de la violencia obstétrica, tema ignorado y relegado en la atención en los servicios de salud, un parto deshumanizado para las madres adolescentes y la superación de las barreras de acceso a los servicios de salud, factores determinantes a la hora de brindar un cuidado integral en salud. Se hace necesario fortalecer el sistema de humanización en la prestación de los servicios de salud, garantizar mejores condiciones e integralidad a las adolescentes en el proceso de gestación y eliminar las barreras de acceso que se presentan en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Estado formula políticas y programas de prevención, rutas integrales materno perinatal estas deben ser incorporadas en las instituciones de manera prioritaria por los profesionales de la salud con el propósito de brindar una atención integral a las adolescentes en embarazo.

Introducción

El Proyecto de grado en Administración en Salud fue desarrollado con métodos de investigación cualitativa. El objeto de estudio es comprender los significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022. Teniendo en cuenta el diseño fenomenológico y la aplicación de 15 entrevistas en profundidad, hacen que este proyecto de investigación sea trascendental, ya que busca desarrollar un análisis sobre la atención en salud brindada a las adolescentes, permitiendo indagar la forma cómo fueron atendidas y si fue de manera especial debido a las condiciones particulares de la gestación, puesto que se encuentran en una etapa de su vida en donde no están debidamente preparadas para afrontarlo; ni física, ni emocionalmente.

Se establecieron unos objetivos que requirieron una serie de pasos como son: la búsqueda de información en diferentes fuentes, la recolección de la información definida en la parte metodológica con unas técnicas de muestreo cualitativo, categorización de datos, entrevistas en profundidad y procesamiento de datos manual. Al mismo tiempo las entrevistas proporcionaron un insumo que dimensiona la problemática que se quiere dar a conocer, donde en el momento del parto se presentaron eventos de violencia obstétrica por parte del personal médico, además, emergió en las narraciones, la carencia de una atención integral en salud, que supere el ámbito de la atención física y trasciende los aspectos psíquicos, ambientales, espirituales y sociales.

Así es, como la investigación identificó las historias vividas por las adolescentes en la etapa de embarazo, parto y postparto, para luego superar diferentes barreras de acceso en el proceso de la atención en los servicios de salud. En este camino, se fueron descubriendo varias batallas que a diario viven las adolescentes en su evolución materna. Posteriormente, en la discusión de los resultados, la investigación contrasta estos hallazgos con diferentes autores, lo que permitió profundizar y esclarecer los diferentes temas anteriormente mencionados.

En los resultados se mostraron los hallazgos como parte de la metodología implementada y se dividieron en 3 capítulos donde se mencionan cada uno de los aspectos que permitieron conocer significados de las experiencias vividas por las adolescentes en el desarrollo de la gestación. Para concluir, se hace necesario fortalecer el sistema de humanización en la prestación de los servicios de salud, evitando las barreras de acceso y garantizando las mejores condiciones y una atención integral a las madres adolescentes.

1. Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa de la vida en la que hombres y mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Esta se inicia con la pubertad y concluye cuando estos cambios alcanzan mayor estabilidad alrededor de los 19 años; se considera embarazo a temprana edad el que ocurre durante la adolescencia por lo tanto NO es conveniente por los riesgos biológicos, psicológicos y sociales a los que se exponen la madre, el feto y posteriormente, el recién nacido (1). Además, el embarazo adolescente constituye uno de los desafíos más importantes en relación a la salud. Factores como la violencia, las barreras de acceso a los servicios, al igual que la información y consejería, sumado a la falta o a la deficiencia de los programas de educación sexual integral, la transmisión intergeneracional de la pobreza contribuye directamente a este problema (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó, en 2014, la Declaración sobre la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, en que reclama acciones más enérgicas, diálogo, investigación y apoyo relacionado con este relevante problema de salud que afecta los derechos humanos de las mujeres. Esta declaratoria reitera que el personal de salud tiene un rol central en el trato hacia las mujeres atendidas como condición de una experiencia positiva durante el parto (3).

En el mundo cada año aproximadamente ocurren 140 millones de nacimientos (4). La mayoría de ellos se producen por parto vaginal en embarazadas en las que no se han identificado factores de riesgo de complicaciones para ellas ni para sus bebés al iniciarse el trabajo de parto (4,5). Sin embargo, en las situaciones en las que surgen complicaciones durante el trabajo de parto, el riesgo de morbilidad grave y de mortalidad aumenta, tanto para la mujer como para el bebé. Alrededor de una tercera parte de las muertes maternas y un porcentaje considerable de los trastornos potencialmente mortales relacionados con el embarazo se atribuyen a complicaciones aparecidas durante el trabajo de parto, el parto o el período puerperal inmediato, a menudo como

resultado de una hemorragia, detención del trabajo de parto o septicemia (6,7). De manera análoga, aproximadamente la mitad de los casos de mortinatalidad y una cuarta parte de las muertes de recién nacidos son consecuencia de complicaciones surgidas durante el trabajo de parto y el parto (8).

Igualmente, la carga de mortalidad materna y perinatal es desproporcionadamente elevada en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM) en comparación con lo que sucede en los países de ingresos altos (PIA). Por consiguiente, se ha determinado que la mejora de la calidad de la atención en el período del nacimiento, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, es la estrategia que tiene mayor repercusión para reducir las muertes maternas y de recién nacidos, en comparación con lo que aportan las estrategias de atención prenatales o posteriores al parto (9).

En muchos entornos de centros de salud a nivel mundial se dan con frecuencia una atención poco respetuosa y un trato poco digno, en especial para los grupos poblacionales más desfavorecidos, lo que no solo vulnera sus derechos humanos, sino que constituye también un obstáculo importante para poder acceder a servicios de atención durante el parto (10). Por consiguiente, el modelo predominante de la atención durante el parto en muchas partes del mundo, permite al prestador de atención de salud controlar el proceso del parto, puede exponer a embarazadas aparentemente sanas a intervenciones médicas innecesarias que interfieren con el proceso fisiológico del parto.

Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han mostrado que un porcentaje considerable de embarazadas se les practica como mínimo una intervención clínica durante el trabajo de parto, como la de inducción del trabajo de parto, aceleración con oxitocina, cesárea, parto vaginal instrumental o episiotomía (10)(11). Además, a las mujeres se les continúan aplicando intervenciones ineficaces e intervenciones de rutina que pueden ser perjudiciales, como las de rasurado perineal, enemas, amniotomía, líquidos intravenosos, fármacos antiespasmódicos y antibióticos para partos vaginales sin complicaciones (11).

Este enfoque intervencionista no es suficientemente sensible a las necesidades personales, valores y preferencias de la mujer (y de su familia), y puede debilitar su propia

capacidad durante el parto y tener efectos negativos en su experiencia de parto (11). Además, el uso cuestionable de tecnologías en entornos con recursos abundantes, aun cuando los beneficios clínicos están poco claros, ha hecho aún más profunda la brecha de equidad para las embarazadas y los recién nacidos en los grupos poblacionales desfavorecidos.

Según se destaca en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la calidad de atención a las embarazadas durante el parto, la experiencia de la atención recibida es tan importante como la prestación de los cuidados clínicos para alcanzar los resultados en la adolescente (11). Sin embargo, las prácticas no clínicas durante el parto, como el aporte de un apoyo emocional mediante el acompañamiento en el trabajo de parto, la comunicación efectiva y la atención respetuosa, que pueden tener un costo de aplicación bajo, no se consideran prioritarias en muchos entornos. De manera análoga, se omite de manera habitual la presentación de opciones de parto que respeten los valores de las mujeres y fomenten su capacidad de elección durante el período de dilatación y el período expulsivo. Estos aspectos no clínicos del trabajo de parto y la atención del parto son componentes esenciales de la experiencia de atención recibida que deben complementar cualquier intervención clínica necesaria para optimizar la calidad de la atención prestada a la mujer y su familia.

En el contexto la mala distribución de los profesionales de la salud capacitados en los entornos de recursos escasos, la medicalización del parto normal puede sobrecargar al personal de salud de primera línea, con lo que la calidad de la atención prestada durante el parto y los resultados del parto serán deficientes. Por consiguiente, las intervenciones clínicas durante el parto se ejecutan sólo cuando hay evidencia clara que indican que pueden mejorar los resultados y reducir al mínimo los posibles daños a la salud de la adolescente embarazada (12).

A nivel nacional la atención de salud desde el enfoque de los derechos se reconoce como parte del derecho a la salud en Colombia. El Estado es responsable de “respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y los que de este se deriven”. La humanización de la atención en salud es un pilar de la política pública

colombiana en salud sexual y reproductiva, la cual se rige por un enfoque de derechos, género e intersectorialidad. El Ministerio de Salud y Protección Social establece recomendaciones centradas en el parto humanizado como forma de minimizar complicaciones en la gestación, parto y puerperio (13).

La atención humanizada del parto (AHP) radica en una serie de atributos en el cuidado a la gestante con el fin de permitirle una experiencia reproductiva satisfactoria. Se orienta, entre otras, a respetar la fisiología del embarazo y parto, interviniendo únicamente lo necesario, reconocer aspectos socioculturales de las gestantes, ofrecerles apoyo emocional y garantizar su privacidad y autonomía (14)

Sin embargo, en Colombia se encuentra la violencia contra las mujeres en el proceso de gestar y dar a luz una nueva vida y en la otra cara, se encuentra el personal de salud que en el terreno asistencial puede actuar de acuerdo con escenarios generales tales como la cultura, el modelo médico hegemónico, el contexto del sistema de salud, la segmentación y la especialización de la práctica sanitaria, las condiciones laborales, la precariedad y saturación del sistema hospitalario, un recurso humano insuficiente para atender la demanda en maternidad, las políticas institucionales que muchas limitan a veces la libertad y el criterio de los profesionales, la atención centrada en la tecnología o por el contrario, la falta de insumos necesarios para atender a las gestantes finalmente, la poca o nula capacitación y formación del personal en temas como el parto humanizado, lo que propicia prácticas de baja calidad en la atención obstétrica, deriva en la negligencia y como última consecuencia en expresiones de violencia institucional (15).

En Colombia, se ha reportado la negación del personal de salud ante las creencias y los pre saberes de las mujeres sobre la maternidad y la importancia de visibilizar estas prácticas. Asimismo, se ha sugerido que la atención médica autoritaria, la naturalización de la violencia y un sistema de atención en salud jerárquico son favorecedores de las relaciones de poder que tienen lugar durante la atención del parto y que son fuente de violencia obstétrica (16). A esto se suma un estudio de revisión que reporta que la atención humanizada del parto es menos frecuente en gestantes adolescentes, de alto riesgo o de bajo nivel socioeconómico (16).

Sin embargo, la atención a las madres adolescentes en Colombia es un proceso que aún es muy ambiguo porque se sigue ofreciendo en la mayoría de los casos una atención igual a la de una madre adulta, esto causa una problemática muy fuerte porque no reconoce que el embarazo adolescente tiene otras necesidades que están también ligadas a lo psicosocial. Revisando estas teorías se encuentra una fundamental que propone una atención diferenciada a las madres que tienen un embarazo adolescente y es el apoyo social percibido el cual autores como Hobfoll y Stokes en 1988 definen como interacciones y relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real desde la conexión con el otro y la ayuda (17).

En Antioquia también existen situaciones particulares que pueden influir en el trato hacia las gestantes, entre las que se encuentran la formación recibida, el desconocimiento del personal de salud sobre los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, los propios imaginarios, las demandas y expectativas de las pacientes y sus acompañantes; incluso, asuntos como la inseguridad y el miedo frente a un evento trascendental como lo es el nacimiento. En Medellín, al igual que en Colombia, hay pocos estudios que documenten la atención, el cuidado de las maternas adolescentes y del recién nacido en las salas de parto, así como las problemáticas que se pueden generar allí como un evento de salud pública importante para la ciudad (18).

El Municipio de Sonsón durante el año 2021 contaba con 37.193 habitantes, conformada por 18.721 hombres y 18.472 mujeres de los cuales 5.785 son adolescentes entre las edades de 12 – 19 según los datos del SISBEN. Adicional los partos atendidos por el hospital ESE San Juan de Dios durante los años 2019-2021 fueron 348 partos de los cuales 16.67% fueron adolescentes entre las edades de 13 a 19 años (19) (20) (21) (22).

La experiencia negativa en los servicios de salud en el parto y puerperio de la adolescente es una problemática actual, por el desconocimiento de la percepción en cuanto a los servicios de salud y atención brindada, esto puede afectar la vida de la adolescente, al igual que la de su entorno, su salud y la del niño en gestación, por esta razón se hace conveniente una intervención realizando investigaciones constantes para tratar en lo posible de conseguir una experiencia significativa en el embarazo, parto y puerperio de

las adolescentes en relación a la atención en los servicios de salud recibidos. Esto permite identificar una serie de fallas en diferentes servicios de salud tales como la deshumanización del servicio de salud, las barreras de acceso tanto económicas como geográficas, las condiciones e integralidad a las adolescentes en el proceso de gestación.

De esta manera, las situaciones expuestas permiten identificar la problemática de investigación sobre la que vale la pena centrarse, pues desde la administración de los servicios de salud es clave conocer cómo se están gestionando las atenciones con estas pacientes que requieren un cuidado diferenciado y, además, cómo se está dando la relación entre los profesionales de la salud y las usuarias de los servicios, así identificar el problema ya mencionado puede posibilitar una mejora en la atención.

Por lo anterior, esta investigación pretende conocer: ¿Cuáles son los significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022?.

2. Justificación

Estudiar y analizar los servicios de salud han sido un tema sobre el cual se ha indagado continuamente, sin embargo, se ha enfocado en comprender la asistencia y efectividad de los servicios de salud y cómo se ofrecen, pero pocos investigadores se han enfocado en analizar casos específicos como las experiencias significativas del embarazo adolescente desde la atención e intervención de este desde la atención en salud.

Hoy en día en el país, en el departamento de Antioquia y en el municipio de Sonsón se evidencia el embarazo adolescente como un proceso común en madres entre los 14-19 años y es desde allí donde surge la investigación, puesto que se busca comprender desde la administración en salud cómo se están dando los procesos de atención de estos embarazos, identificando si existe un acompañamiento diferenciado o no a estas madres en específico.

El embarazo adolescente se puede estudiar desde lo cultural, allí no se presenta como una problemática de salud pública o social, sin embargo, también otros investigadores sociales se han dedicado a problematizar y analizarlo como una cuestión creciente en especial en sectores vulnerables. Al denotar que es una situación social que es más común de lo que se piensa, la salud y los gobiernos municipales se han quedado cortos en programas que permitan abordar esto, más allá de la prevención del embarazo adolescente que se queda en dos o tres clases de sexualidad; si bien no se puede negar que se han enfocado en muchos casos en la prevención no se ha prestado la suficiente importancia en los programas de atención a madres gestantes adolescentes las cuales terminan teniendo los mismos procesos básicos que una gestante en edad regular y que quizás si tiene una base social, familiar, económica más estable que les permite un embarazo deseado.

Por lo anterior, la realización del proyecto de investigación es trascendental, ya que busca desarrollar un análisis sobre la atención en salud en adolescentes, indagar de cómo fueron atendidas y si fue de manera especial debido a las condiciones particulares de la gestación, puesto que se encuentran en una etapa de su vida en donde no están

debidamente preparadas para afrontarlo; ni física, ni emocionalmente. A través de los años se ha aumentado la percepción negativa de la atención en salud tanto de la madre como del bebé, debido a que una madre en edad adolescente no tiene la capacidad fisiológica y psicológica adecuada para el desarrollo normal de un embarazo, esto, sumado al mal manejo y control durante el período de parto y puerperio.

Con esta investigación se busca reflexionar sobre la atención que han recibido estas madres, proponiendo una mejora tanto en la atención a dichas adolescentes como en los servicios prestados por las entidades competentes, promoviendo la participación de los usuarios en procesos educativos y programas durante el embarazo, el parto y el puerperio. Desde la administración en los servicios de salud como práctica y profesión se proyecta avanzar en los programas de gestión y en los servicios de salud permitiendo crear estrategias para el mejoramiento de la atención brindada a estas pacientes, mitigando los riesgos que estas gestantes perciben al momento de acudir a los servicios.

Además, se considera que esta propuesta será pionera en temas investigativos en el área de la administración de la salud ya que servirá como insumo y muestra piloto para las entidades de salud, como es el caso particular de la red hospitalaria del oriente antioqueño que son los entes prestadores de servicios de salud en esta región, sin embargo también podrá aplicarse en otros hospitales de la subregión, generando que se planteen mejores procesos en cuanto a la atención prenatal diferenciada desde edades y procesos de embarazo que, sin duda alguna, tienen condiciones diferentes. En este sentido, también es importante la investigación porque conlleva a evaluar recursos y crear programas de acompañamiento.

En la actualidad es fundamental preguntarse por este tipo experiencias significativas de atención en embarazo, parto y puerperio en las adolescentes, permitiendo proponer bases para un acompañamiento integral a la adolescente gestantes y la familia, creando un grupo de apoyo sólido que les permita acompañar a las jóvenes en la toma de decisiones conscientes durante este proceso que cambia totalmente su vida.

Con la investigación se proyecta, además, construir una base inicial con el fin de aportar a nuevos planteamientos que busquen repensar y mejorar los servicios de salud, tanto

en la prevención, promoción y acompañamiento a madres gestantes adolescentes, esto encaminado a generar una atención más respetuosa y humanizada.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Comprender los significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022.

3.2. Objetivos específicos

- Describir el proceso de la atención en salud prestada a las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio.
- Interpretar las experiencias vividas por las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio en relación a la atención recibida en salud.
- Reflexionar en torno a las experiencias de las adolescentes en el proceso de atención del embarazo, parto, puerperio.

4. Marco teórico

La estructura de dicho marco teórico está diseñada de acuerdo con los planteamientos que establece Mario Tamayo en su libro el proyecto de investigación, módulo 5. Donde relaciona la guía base de un proceso de investigación, generando un conocimiento válido y generalizado a través de la teoría y lo conceptual. Este marco amplía la descripción del problema e integra la teoría con la investigación y sus relaciones (21).

En los últimos años se aprecia un progreso significativo en la investigación en salud con una serie de propósitos para definir paradigmas, modelos y enfoques orientados a describir y explicar los fenómenos de la naturaleza y los cuidados de los pacientes en diferentes escenarios tales como asistenciales y administrativos.

Para comprender desde la teoría la experiencia durante el embarazo, parto, puerperio vivido por las adolescentes embarazadas atendidas en la red hospitalaria del oriente antioqueño, es importante, en un primer momento, remitirnos a un análisis sobre diferentes factores que influyen en este tipo de experiencia. Para comprender estos factores comenzamos por evidenciar antecedentes que si bien no están ligados al contexto de Sonsón permiten visualizar que se han preguntado sobre este tema otros investigadores.

Como ya se ha mencionado en el municipio no se han evidenciado como tal investigaciones, análisis o informes que den cuenta de la experiencia que han tenido las mujeres embarazadas y en especial las adolescentes en el proceso de gestación, parto y postparto en cuanto atención, esto lo enfocamos como una problemática ya que no se puede evaluar los procesos de atención que se están brindando, si se han dado de forma adecuada o no, sin embargo, es importante analizarlo así sea en el marco de otras experiencias.

Entre los trabajos encontrados evidenciamos una investigación enfocada en los modelos de educación para la salud sexual de adolescentes entre el 2004-2007 de Diana Molina, se dedicó a estudiar los modelos educativos que son utilizados en diversos programas

para la atención de la salud sexual, donde encontró que el contexto y las condiciones de la población definen una incidencia en el desarrollo de estos proyectos (22).

En otras investigaciones que se han desarrollado encontramos la investigación de maestría realizada por Arango, en la cual se enfoca en analizar las relaciones que tiene el personal de asistencia con madres gestantes durante el parto en Medellín para el año 2015, allí da cuenta de resultados que van encaminados a las experiencias que pudo recopilar frente al personal de asistencia y su relación con las madres gestantes, estas están atravesadas por el contexto, el conocimiento y el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, donde también se han desarrollado imaginarios frente a la salud y la educación lo cual determina la humanización o deshumanización de dicho proceso (15). Esta investigación entonces dio cuenta de los procesos que se generan entre el personal de asistencia y las madres gestantes comprendiendo que esto puede incidir en la atención desde lo humano, lo cual es muy importante para las madres gestantes.

Después de develar el primer factor que da cuenta de antecedentes que se centran en investigadores que se han preguntado por las experiencias del personal de asistencia, las madres gestantes y la intervención desde modelos educativos para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, identificamos la necesidad de partir desde la problemática del sistema de salud de en Colombia desde los teóricos. Es por esto, por lo que retomamos a Franco que plantea el sistema de salud de Colombia desde dos enfoques teóricos el neoclásico y el igualitario.

El enfoque neoclásico, más propio de la economía, desarrolla conceptos que luego instrumenta concentrándose en unos objetivos de corte económico, supremamente racionales y taxativos: la disminución del gasto público y la distinción entre bienes públicos y privados. Además, el enfoque igualitarista entiende la salud como un derecho social y un hecho político y se soporta en las concepciones principales de la equidad y de la justicia sanitaria, así como de la solidaridad (en el centro de la seguridad social). Ve la justicia sanitaria como un valor bueno en sí mismo y destaca el desarrollo humano como norte de la política pública (23).

Así pues, desde este autor se puede determinar que el sistema de salud colombiano genera en el papel una propuesta igualitaria que busca la salud como derecho social apoyado desde las políticas públicas, sin embargo, conserva al mismo tiempo un enfoque neoclásico que está mediado por lo económico lo que hace que actualmente el sistema clasificado en lo contributivo y subsidiado marcando grandes diferencias en la atención.

En el marco de este sistema de salud surge la Ley 100 la cual define que todas las personas deben estar afiliadas a un sistema de salud y cumplir con los procesos que permitan un plan de atención en cual deben brindar entidades prestadoras del servicio como las EPS e IPS las cuales tienen a cargo el manejo de los recursos, de este modo con la reforma a la salud se han venido presentando ciertas problemáticas que radican en la mala prestación de servicios y en el desvío de dineros, por ende esto ha generado que el sistema de salud entre en una crisis.

Vargas y otros autores en su análisis sobre el acceso a la atención en salud en Colombia proponen que la reforma colombiana ha sido considerada como una experiencia exitosa en la mejora del acceso por el incremento de la cobertura de la afiliación. No obstante, la afiliación a un seguro no es equivalente tener acceso a la atención. En este sentido, los estudios analizados no parecen indicar un aumento en la utilización de servicios salvo en el régimen subsidiado, así también muestran la persistencia de barreras que dificultan el acceso, incluso para la población asegurada y para las madres adolescentes (24).

Siguiendo lo anterior, no se ha generado una buena atención y cobertura del sistema de salud en el país por ende muchas personas no pueden utilizar los servicios de salud de forma óptima, sin embargo, es importante de acuerdo con esto evidenciar factores esenciales en este marco teórico y es la salud como un derecho universal.

De esta manera, al estar ligado con los procesos de salud es clave volver a la salud como un derecho que se establece en la Declaración de los derechos humanos y asimismo se expone en la Constitución Política de Colombia. En la declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el derecho a la salud es consagrado como un derecho a la preservación de la salud y al bienestar (18)(25).

Precisamente, en 1966, por medio del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se determina el derecho a la salud como un derecho social al reconocerse como "... el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental..." (26)(27).

Así pues, el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 propone la salud como derecho fundamental, aludiendo a ella de la siguiente manera:

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (28).

Siguiendo lo anterior, la salud es un eje fundamental para todo ser humano, individuo o colectividad y el estado debe reconocer este como derecho humano de toda persona con el fin de poder brindar los servicios que sean necesarios en el momento que lo requiera; así pues es importante remitirse a comprender teóricamente qué significa y qué abarca los servicios de salud, ya que si bien se reconoce la salud como derecho ante la Corte Constitucional los estados son autónomos en la forma en que pueden hacer cumplir este.

En este sentido, para entender los servicios de salud hay que comprender desde dónde están ligados, estos intrínsecamente están ligados con lo político y así lo entendía el maestro y teórico Héctor Abad Gómez, el cual se concentró en la salud pública como su objeto principal de investigación, pero no dejando de lado lo que implicaba la asistencia y los servicios de salud para todos.

Y es que la salud plena está asociada con el bienestar de los individuos y colectividades, que ven garantizado su derecho a una salud adecuada que redunde en una mejor y mayor calidad de vida.

Cualquiera que sea "la política" de un Estado o de un gobierno (la rama ejecutiva del estado) se refleja en las condiciones de salud de la población. A la salud se le ha llamado

modernamente, “uno de los sectores del desarrollo”, (...) influye en forma significativa en el objetivo final que busca “el desarrollo”, cuál es el del “bienestar” de todos los componentes individuales de una población. A la salud se la ha considerado, a la vez, como un fin en sí misma (como necesario componente del bienestar individual) y como un “medio” (29).

El Maestro Héctor Abad Gómez muy bien define y relaciona anteriormente la política con el sector de desarrollo enfocado a la salud, son los gobiernos los encargados de planificar y asignar los recursos para cumplir con los servicios de salud, pero ¿cómo entender lo que significa el servicio de salud?

El Departamento de Planeación Nacional plantea los servicios de salud como una política nacional que se construye con el ministerio de salud y protección social con el fin de generar los lineamientos para prestar un servicio de salud en el país, así pues, se plantean una serie de objetivos que buscan como propósito garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población (30).

Los servicios de salud, entonces, lo que buscan es generar una atención oportuna a las personas desde diversas áreas y es ahí donde las políticas gubernamentales son fundamentales para que los servicios operen de la mejor manera desde lo administrativo, lo económico y lo social; sin embargo no hay que dejar de lado la importancia que los servicios de salud presentan no solo desde el acceso a las instituciones, sino también en la intervención y responsabilidad que tienen que desarrollar procesos en torno a la salud pública.

Por otra parte, Franco propone mirar la salud pública como un conjunto de acciones que van más allá de la prestación de un servicio, así su propuesta está encaminada a entenderla como todo un sistema que se conjuga en el reconocimiento de las realidades sociales:

La acción en salud pública recoge, por un lado, la práctica profesional y, por otro, los movimientos sociales encaminados a solucionar los problemas de salud de las personas y a remover o incidir en los determinantes sociales de la salud. Se ha aceptado mucho por parte de la mayoría de los autores concebir la salud pública como “la respuesta organizada de la comunidad para promover, proteger y restablecer la salud de la población” (23).

De esta manera, es una práctica que no solo es incentivada por el sector de la salud, sino también por la población en conjunto, en una búsqueda por dar respuesta a esas diversas problemáticas que tienen las comunidades frente a temas de salud, de este modo allí también toman gran importancia los procesos de promoción para la salud que son fundamentales a la hora de lograr afrontar las problemáticas de salud desde antes, y con el objetivo de que la prestación del servicio pueda ser más efectiva en el momento que se requiere.

Aristizábal y otros autores exponen y analizan el modelo de promoción de la salud desarrollado por Pender, con el cual pretende que los sujetos tengan una conducta que está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuesta a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. (31).

En este sentido, se evidencia cómo este modelo propone la importancia de generar en el sujeto una autodeterminación en la búsqueda por mejorar las condiciones y el cuidado de su propia salud. Estas prácticas son entonces cuestiones necesarias para mejorar la calidad de los servicios, comprendiendo que no es un proceso que solo se debe dar en cuestiones administrativas, sino que también deben estar enfocados en el trabajo con la población de manera constante, pues finalmente la educación en salud para los ciudadanos resulta ser un factor decisivo a la hora de mejorar y potenciar la atención en los servicios de salud. Según la Organización Panamericana de la Salud, la promoción de la salud se entiende como un proceso que posibilita a las personas incrementar el control de su salud para mejorar. Más allá de lo individual este enfoque se centra en lo social, físico y político para promover la salud del colectivo (32) .

Retomando la teoría Social-Cognitiva de Bandura, es necesario comprender la salud humana como un asunto social que va más allá del individuo. Así se requiere un enfoque integral y diferenciado en la atención en salud que incide no solo en las prácticas individuales, sino también colectivas de las comunidades.

El sistema de salud debe entender la salud como un derecho social fundamental y autónomo de todos los ciudadanos y no como un derecho individual restringido a la atención médica con base en la afiliación a un sistema de aseguramiento. El sentido de la definición de la

salud como un derecho colectivo fundamental y autónomo obliga a que las acciones primordiales del sistema de salud que se orienten hacia la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud de la población sean integrales y, por consiguiente, no reducidas al control de riesgos y tratamiento de enfermedades individuales (33).

Si pensamos en una atención diferenciada, para el caso de las madres adolescentes es necesario que exista un protocolo no solo de información, sino también de atención que les permita tomar decisiones acertadas y con un acompañamiento profesional frente a los procesos de embarazo, parto y puerperio.

La atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio, es una atención que tiene por objetivo garantizar las mejores condiciones de atención en salud a las adolescentes en periodo de gestación y donde se debe evidenciar una serie de acciones tales como: comprobar, orientar y apoyar en la afiliación al SGSS en salud, a tener una valoración y atención médica, nutricional, psicológica, establecer las condiciones para atención con calidez y calidad de la gestación, parto y puerperio (Ver Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva) (34).

En ese orden de ideas, cuando se habla de la atención a estas madres adolescentes es preciso tener claro que el sistema de salud debe, en primera instancia, garantizarles una afiliación que soporte de manera integral el proceso al cual se enfrentan, velar porque las madres y sus familias reciban toda la información concerniente a dicho proceso, así como el acompañamiento de acuerdo a sus condiciones de salud que son claramente diferentes a si se tiene un proceso de embarazo, parto y puerperio en otras etapas vitales.

Alba Vélez propone sectores que viven una realidad sociocultural y económica en la que el embarazo adolescente no necesariamente es conceptualizado como una problemática por los individuos o sus comunidades y, más bien forma parte de las prácticas culturales, o es una forma para las mujeres de constituir su propio proyecto de vida en contextos socioeconómicos caracterizados por la falta de oportunidades. Por otro lado, es un patrón que se registra en contextos urbanos con una importante proporción de embarazos adolescentes no planeados/ deseados en los cuales no responde necesariamente a un proyecto de vida (35).

Como lo plantea la autora anteriormente el embarazo adolescente puede coexistir en una posibilidad cultural, pero al mismo tiempo se puede presentar como una problemática en contextos vulnerables, es ahí cuando es necesario desarrollar estrategias que estén apoyados por ejemplo del apoyo social percibido que permita desarrollar un acompañamiento amplio no solo desde la salud sino también desde otros para brindar una atención adecuada.

Aquí entonces, se hace necesario volver a la Ruta Materno Perinatal que se basa en el derecho a la atención en salud que debe tener una madre gestante desde todos los ámbitos y libre de violencias. La ruta busca garantizar una atención adecuada pero el mismo tiempo afectar positivamente los entornos, las familias y las redes para que sean protectores, entendiendo que la gestante no solo necesita de una atención que la incluya a ella y su bebé, sino que también incluya su entorno familiar ya que es su primer grupo de apoyo en todo el proceso de gestación y crianza. Así pues, esta ruta es muy importante porque no solo se enfoca en la atención desde el servicio de salud, sino que se interesa por la salud pública, el fortalecimiento de redes comunitarias, sino la formación en ámbitos como los derechos que posee la población (36).

Para finalizar el sistema de salud tiene falencias para afrontar situaciones de embarazo adolescente que es una cuestión que desborda en este momento los contextos sociales, además en muchas ocasiones se desconoce el derecho a la salud y esto causa diferentes problemáticas en la atención en salud o sea desarrolla de forma precaria. Por ende, es menester seguir indagando desde teóricos como se puede abordar, apoyar y atender a las madres gestantes adolescentes y cómo se pueden crear bases no solo desde la salud física, sino que incluyan un apoyo psicosocial amplio para ellas y sus familias.

4.1 Antecedentes

Desde lo internacional retomamos el trabajo de investigación realizado por Avellaneda 2018 en Lima-Perú el cual se tituló y concentró en investigar la relación *entre Los servicios diferenciados para adolescentes y las atenciones por anticoncepción, en adolescentes de 12 a 17 años*, en Establecimientos de Salud del distrito de San Juan de Lurigancho, año 2018, esta investigación se propuso como objetivo general determinar la relación entre los servicios diferenciados para adolescentes y las atenciones por anticoncepción, en adolescentes de 12 a 17 años.

Para el desarrollo de esta utilizaron el método investigativo no experimental de corte transversal, proponiendo dos variables que permitieron analizar el proceso investigativo desde los servicios diferenciados y la atención por anticoncepción correlacionándolas, para el análisis de los datos se acercaron a la estadística descriptiva.

En la discusión de los resultados la autora determina que:

El alto porcentaje de percepción de que los servicios diferenciado para adolescentes alcanza un nivel por fortalecer o en proceso es debido a que los equipos básico completos, multidisciplinario, no se desempeñan permanentemente en el servicio diferenciado; así mismo, refieren que existe algunas limitaciones en cuanto al equipamiento completo, infraestructura y por último hacen mención que una de las debilidades en la gran mayoría de servicios diferenciados es en cuanto a la participación de los adolescentes en la cogestión del servicio (35).

En conclusión, el anterior estudio evaluó la prestación de los servicios de atención a adolescentes desde dos estudios que permitieron determinar cómo se da la atención diferenciada en las adolescentes que se evidencia por ejemplo en la promoción de procesos de anticoncepción, comprendiendo que estos tienen una relación directa; si bien se están prestando los servicios se deben desarrollar propuestas que puedan mejorar estos desde estrategias, personal e infraestructura.

Siguiendo con la indagación sobre tesis que han abordado este tema traemos a colación el trabajo de Crespo de maestría que se enfocó en una propuesta de atención diferenciada para mujeres adolescentes en proceso de gestación en Ecuador, titulado ***El embarazo de las adolescentes y los factores de riesgo, propuesta de una atención diferenciada, CEPAM 2011.***

Esta investigación se realizó con el fin de identificar los factores de riesgo que aumentan la incidencia de embarazos en adolescentes atendidos en el Servicio Médico de CEPAM - Guayaquil 2010-2011 7. Para desarrollar el estudio se tuvieron en cuenta 100 mujeres menores de 18 años en proceso de gestación con historias clínicas completas, desde la metodología de estudio descriptivo-correlacional, retomando el diseño no experimental con el fin de analizar dos variables concentradas en los factores de riesgo y la propuesta de atención diferenciada.

En conclusión, el autor plantea que en general el embarazo adolescente genera múltiples factores de riesgo tanto en lo social, familiar y en la salud por cuestiones de desconocimiento en procesos como lo es la educación sexual

La propuesta se adecua al enfoque de causas múltiples, efectos múltiples, a los conceptos de riesgo y el modelo se sustenta en los estilos de vida, el ambiente físico y cultural y la oferta, organización de los servicios y los factores biológicos. Propone la articulación de las instituciones formales, con las de la comunidad, la familia y el adolescente como centro del proceso (35).

De esta manera el autor presenta una propuesta que propone ser implementada en los servicios de salud y busca concentrarse en articular las diferentes instituciones y la comunidad con el fin de generar procesos que permitan la promoción en procesos con las adolescentes desde la salud integral.

En cuanto a nivel nacional se pudo evidenciar el trabajo titulado ***Identificación y Análisis de Factores de Riesgo Asociados al Embarazo Adolescente*** realizado por González y Sánchez (37). Tuvo como objetivo principal determinar los factores de riesgo asociados a un grupo de adolescentes embarazadas atendidas en consulta multidisciplinaria en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de septiembre del 2016

a enero del 2017. Para desarrollar la investigación implementaron el estudio descriptivo de corte transversal, ubicándose en el contexto del Hospital María Auxiliadora ubicado en Mosquera, con tres adolescentes entre los 14 y 19 años.

Como instrumentos retomaron el cuestionario sociodemográfico y la entrevista semi estructurada con el fin de ubicar la información de los factores de riesgo y realizar un análisis que permitió diseñar una propuesta de protocolo de prevención del embarazo adolescente que se implementaría desde talleres para la comunidad.

En conclusión, los factores que evidenciaron se concentran en lo socio demográfico donde resaltan la ausencia de acompañamiento por parte de la familia, necesidades económicas que generan como consecuencia el embarazo adolescente. Si bien hay un acompañamiento no es suficiente para evitar que siga aumentando los procesos de embarazo en mujeres adolescentes por ende es importante implementar talleres y procesos de formación que permitan intervenir la atención en torno a estos temas (37).

Desde lo local se evidencia el artículo de investigación que es el resultado del trabajo investigativo realizado por Quintero y Rojas titulado ***El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes***. En este artículo lo que se presenta es como la problemática del embarazo adolescente ha aumentado en gran manera y está impactando la sociedad; desde la metodología cualitativa se concentró en realizar una encuesta a 12 madres adolescentes con el fin de reconocer su experiencia desde este proceso, para desarrollar una comprensión de la herramienta utilizada retomaron el análisis del discurso.

En general, lo que los autores encontraron con la investigación es que hay una ruptura biográfica en los proyectos de vida de las adolescentes, que se evidencia poco acompañamiento familiar y social y que existe un desconocimiento y una falla en la atención y prestación de servicios que les permita acceder a métodos anticonceptivos, por esto resalta la obligación y trabajo que deben desarrollar los servicios de salud.

También están los centros de salud, las IPS, que según el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES social 147 de 2012, deben dar información, asesoría y orientación a las y los adolescentes que están interesados en

conocer y hacer uso de los métodos anticonceptivos, aún se observa cómo estos ponen barreras y limitan a las adolescentes para tener, facilitar y permitirles la obtención de información de personas especializadas en el tema de la anticoncepción (38).

De este modo los autores finalizan concluyendo que el embarazo en si no es la problemática sino la cuestión que se da en adolescentes ya que contiene diferentes factores de riesgo sociales, culturales y de salud pública, además si bien hay información sobre los métodos de anticoncepción no hay el suficiente acceso y esto produce una confusión que sigue aportando a que la problemática crezca.

4.2 Marco conceptual

La Administración en la atención médica: es aquella que planifica estrategias, organiza, direcciona, evalúa y controla las entidades de salud; su función primordial es administrar los recursos humanos, materiales y financieros. Esta rama también es conocida por diferentes tipos de gestión en salud, sanitaria, de sistemas y de redes de atención; sin excluir su parte de administrativa como empresa de salud, de servicios, pública, hospitalaria, gerencia de servicios de salud entre otras (12).

Atencion Medica: según la Organización Panamericana de la Salud - OPS se define: “como el conjunto de acciones que abarcan el cuidado de las personas y del entorno, llevadas a cabo con la finalidad de promover, proteger, recuperar la salud, o reducir, compensar la incapacidad irrecuperable, con independencia de la naturaleza pública, estatal, gubernamental o privada de los agentes sanitarios”. En este sentido la atención médica representa la suma de acciones basadas en el conocimiento científico, habilidades, destrezas, dentro de un contexto ético, para encauzar el fomento, la protección y la recuperación de la salud individual y colectiva (11).

La atención de la salud: es un conjunto de procesos en los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de la salud del individuo, grupo familia, comunidad o población, tiene por objetivo la asistencia sanitaria garantizando una atención que permita conservar la salud de las personas, evitar el deterioro de la salud de la población

teniendo en cuenta el conocimiento médico y los recursos disponibles, recuperar la salud de quienes estén enfermos, minimizar y aliviar el dolor (39).

Los servicios de salud: según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF son aquellos que atienden adolescentes en embarazo; revelan en distintos estudios las vivencias y relatos sobre embarazo adolescentes, características y condiciones de los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a ellas (1).

Los actores en salud: son agentes moralizadores que protegen y garantiza el ejercicio de derechos de las adolescentes. Más allá de los protocolos y el “conocimiento científico”, los valores, juicios y concepciones sobre la adolescencia y la sexualidad se reflejan en aquellos que proveen los servicios de salud (40).

La adolescencia: de acuerdo a La Organización Mundial de la Salud - OMS la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y los 19 años, es la etapa de la vida en que se produce los procesos de maduración biológica, psicológica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con la incorporación en forma plana a la sociedad. Esta se inicia biológicamente con el comienzo de la pubertad, se inicia en momentos distintos para las niñas y niños (41).

Embarazo adolescente: es aquel que se produce, entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, con marcadas consecuencias sociales y económicas, ya que está relacionado con la reproducción intergeneracional de la pobreza, el bajo logro escolar y la falta de oportunidades; así como con profundas consecuencias para la salud: el embarazo en la adolescencia afecta la salud física, mental y social, y continúa siendo uno de los principales factores de mortalidad materna e infantil (42).

El proceso de atención del parto: es un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 a las 42 semanas cumplidas), se inicia espontáneamente, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento del bebe y requiere de apoyo integral y respetuoso. La evolución del parto está influida

por factores biológicos, psicológicos, culturales y ambientales. La mayoría de las mujeres con atención y apoyo adecuado pueden dar a luz con seguridad (43).

Puerperio: es el período de la vida de la mujer que sigue al parto, que comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer, es una etapa de transición que varía aproximadamente de 6 a 8 semanas, en las que inicia y desarrolla procesos complejos tales como la adaptación entre madre e hijo y la lactancia materna (44).

La atención integral del embarazo: comprende el abordaje desde los servicios de salud, incluye acciones específicas de detección y captación temprana de adolescentes embarazadas para brindarles una atención de forma sistemática y cumpliendo con las normas institucionales y legales. Esto significa que para atender las adolescentes embarazadas se requiere de la calidad técnica y humana de los prestadores de servicios de salud, la intervención humana caracterizada por un alto nivel de sensibilidad ante las necesidades propias de las niñas y adolescentes embarazadas y madres. Esto requiere de un personal de salud sensible y capacitado que esté en constante revisión de sus tareas y vigilantes de la calidad de atención, este siempre se debe caracterizar por ser un acto constante de actitud crítica y transformadora por partes de quienes realizan dichas actividades de atención (16).

Rutas Integrales de Atención de adolescentes en embarazo: es una estrategia fundamental para el fortalecimiento de los procedimientos de atención interna de las instituciones, de medidas de comunicación y remisión intra e intersectorial, y la definición de procesos y procedimientos para el acompañamiento de las adolescentes en todo lo relacionado con requerimientos en la atención (38). En caso de ser producto de una relación sexual libre, consentida, entre pares, sin desequilibrio de poder (por edad, posición social, económica, etc.) y sin violencia: basado en el CONPES 147 de 2012 (38).

4.3 Marco Legal

En Colombia la salud tiene su génesis en la Constitución Política de Colombia de 1991, en su Artículo No.43, el cual invoca:

La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia (45).

(...) La Ley 1098 del 2006, Infancia y Adolescencia, define como adolescentes a aquellas personas que tienen entre 12 y 18 años de edad. Dicha ley concreta en un plan detallado los lineamientos, las competencias, acciones y recursos que debe proveer el Estado en sus distintas entidades, con responsabilidad, para garantizar la protección integral y el cumplimiento de los derechos fundamentales de niñas, niños y adolescentes en Colombia. En la ley se destacan los artículos 18, 20, 26, 41, 50, 51, 52, 53 y 60, que hacen referencia a la necesidad de garantizar servicios especializados para atender necesidades y garantizar la protección, así como al derecho, de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados y a que sus opiniones se tengan en cuenta. Particularmente los artículos 41 y 52 establecen que todos los menores deben recibir servicios de salud y todo profesional que encuentre que están sin cobertura debe iniciar la ruta para garantizar la afiliación a un sistema de salud; de igual modo, deben indicar el subsidio alimentario a mujeres gestantes y lactantes de familias en situación de debilidad manifiesta” (45).

La Ley 1122 de 2007 modificó el Sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) y estableció las prioridades, los actores y las responsabilidades que cada actor y nivel del sistema han de cumplir frente a la tarea de promover la salud, detectar y prevenir los principales factores de riesgo y condiciones de salud. Entre las prioridades se mencionan la salud sexual y reproductiva, la salud mental, las violencias, se definen a adolescentes y jóvenes como la población más vulnerable (46) (47).

La reforma del sistema general de seguridad social en salud fue emitida en la Ley 1438 de 2011 y dictó otras disposiciones. En el artículo 30: Principios del sistema general de seguridad social en salud. Modificase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principio del Sistema General de Seguridad Social en salud: 3.5 prevalencia de derechos: es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad

reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios (48)(49).

El Plan Nacional de Salud Pública, establecido en el Decreto 3039 de 2007 relaciona como segunda prioridad mejorar la salud sexual y reproductiva de la población y entre sus estrategias de prevención de riesgos y superación de daños dispone la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, para atención en salud sexual y reproductiva con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos. Además, se disponen recursos de apoyo para su implementación en el plan de intervenciones colectivas (Resolución 425 de 2008), de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales de salud (49,50).

El Decreto 1011 del 2006: obliga a las entidades prestadoras de servicios de salud a la prestación de servicios con atributos de calidad a adolescentes y jóvenes (51).

La Resolución 412 de 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (50,52).

La metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales son relacionadas en la Resolución 425 de 2008. En el Título IV Artículo 17: Componente 2: Acciones de prevención de los riesgos en salud e) búsqueda activa de gestantes para captación en el primer trimestre de embarazo en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales ARP, instituciones prestadoras de Servicios de salud. h) Impulsar el desarrollo de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad, para control prenatal, atención de parto y posparto, las emergencias obstétricas, e interrupción voluntaria del embarazo (50).

También es importante el Acuerdo 031 de 2012: "Por el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años contenido en el Acuerdo 29 de 2011" literal B: atención del embarazo en adolescentes. En el Plan Obligatorio de Salud vigente se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud, ambulatorias y de internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido (53).

Así mismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud vigente para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en Salud Pública, acorde a las normas técnicas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 412 de 2000 (52).

Adicional, si una niña adolescente está en periodo de gestación las instituciones prestadoras de servicios de salud deben activar la Ruta Integral de Atención en salud para la población Materno Perinatal y lograr brindarles una atención diferenciada en su proceso de embarazo en su infancia y adolescencia, esta debe ir orientada a reducir la maternidad como proyecto de vida, a prevenir un embarazo subsiguiente, generar una atención amigable y confidencial desde los servicios de salud, garantizando acciones de educación e información para la sexualidad, un acceso métodos anticonceptivos de larga duración. Lo anterior, de acuerdo a la Resolución 3280 de 2018 (54).

Para el año 2012-2021 se establece el Plan Decenal de Salud Pública en Colombia. En su apartado 7.5.3.2.4.2 Salud Sexual y Reproductiva SSR de adolescentes y jóvenes. f) Fortalecer los sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones, especialmente las relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva de los y las

adolescentes, ligado al Observatorio de maternidad segura, en embarazo adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información(55).

Cabe resaltar que para el año 2022-2031 el Plan Decenal de Salud Pública en su aportado de la promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial, se relaciona con la promoción y protección de la salud materno-infantil; la promoción y protección de la salud mental y la sana convivencia, la promoción y protección del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes; la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva con equidad de género; la promoción y protección del envejecimiento activo de la población; la promoción y protección del cuidado integral de la salud y la mejoría de las condiciones de vida para la población indígena, negra, afro, raizal y palenquera, Rrom, inmigrante, víctima del conflicto y población en condición de discapacidad en el territorio colombiano, de acuerdo con el respeto por sus derechos colectivos (55). Este se resume en el siguiente normograma:

Figura 1. Normograma

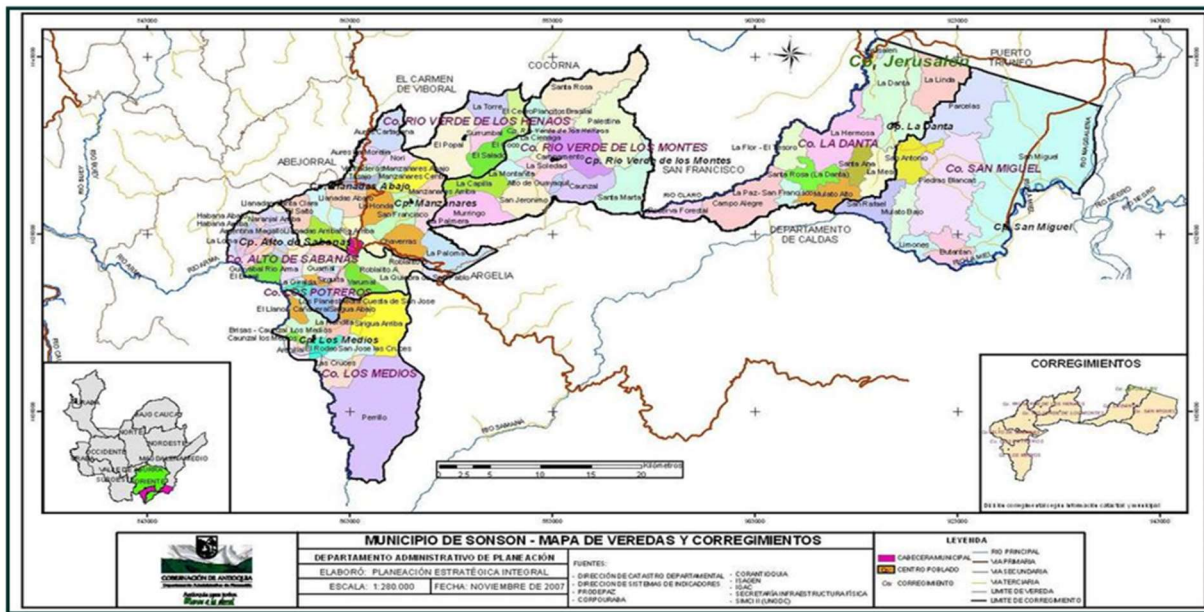


Fuente: Construcción propia.

4.4 Marco contextual

En el municipio de Sonsón, Antioquia, se encuentra ubicado en la Zona Oriente del Departamento de Antioquia, en la vertiente oriental de la cordillera central, a una distancia de referencia con la ciudad de Medellín (Capital del departamento de Antioquia) de 113 kilómetros. Limita al norte con los municipios de El Carmen de Viboral, Cocorná, Puerto Triunfo y San Francisco, al occidente con el municipio de Abejorral y con el departamento de Caldas, al oriente con el departamento de Boyacá y al sur con los municipios de Argelia y Nariño y con el departamento de Caldas (56).

Figura 2. Mapa Sonsón y sus límites



Fuente: secretaria de Salud ASIS-2022.

La división política administrativa del municipio de Sonsón cuenta con una cabecera urbana, ubicada a 5° 42' 45" latitud norte y a 75° 18' 35" latitud oeste del meridiano de Greenwich, la cual se conforma de 16 barrios; en la zona rural cuenta con 101 veredas y 8 corregimientos, los cuales están distribuidos en dos zonas, zona de la Magdalena medio y zona fría. En la zona de la Magdalena medio hay tres corregimientos, La Danta, San

Miguel y Jerusalén; en la zona fría los corregimientos son Rioverde de los Montes, Rioverde de los Henaos, Los Medios, Los Potreros y El Alto de Sabanas (56).

En cuanto a la extensión total del Municipio de Sonsón (kilómetros cuadrados, distribuidos en un 99,81% de extensión rural (1318,84 km²) y un 0,19% de extensión urbana (2,86 km²), se reflejan en los datos descritos (44). Al inicio del periodo del año 2021 es de 37.193 habitantes, donde 50.33% equivalentes a la población son hombres y 49.67% equivalentes a la población son mujeres, distribuidos en todas las edades. Esta población con respecto al año 2020 ha variado significativamente debido a diferentes factores como la mortalidad (56).

Según datos de la Alcaldía de Sonsón, se observa que para el año 2019 la tasa de fecundidad se presenta una tasa específica de fecundidad en el grupo de edad de 10 a 14 años de 5,95 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese grupo de edad, para la tasa específica de fecundidad del año 2019, en el grupo de edad de 15 a 19 años se presentan 56,88 lo cual es relativamente más bajo que el año anterior, datos que resultan del análisis de situación en salud (ASIS) del municipio. Por ello, se observa la necesidad de evaluar la atención en salud que se les brindó a estas adolescentes durante el embarazo parto y puerperio (56).

4.5 Marco Institucional

La red hospitalaria del oriente antioqueño y del Valle de Aburrá están definidos por niveles de atención en una forma ordenada y estratificada, estos están organizados por recursos para satisfacer las necesidades de la población. Estas pueden verse en términos de servicios prestados, la clasificación que distingue por tres niveles de atención médica entre ellos están: primer nivel es el más cercano a la población sonsoneña, en este caso el Hospital San Juan de Dios de Sonsón. La OMS permite resolver las necesidades de atención básicas de las adolescentes que pasaron por un embarazo brindándoles todo el componente de controles prenatales (57).

Así mismo, es la puerta de entrada al sistema de salud se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, ofrece servicios como son medicina general, servicio farmacéutico, servicio de urgencias las 24 horas, toma de muestras, citologías cervicouterinas, ultrasonido, transporte asistencial básico, vacunación, planificación familiar, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna, en el caso de las adolescentes embarazadas les ofrecen una valoración del estado de salud de ellas y su bebe, establecen la edad gestacional, evalúan posibles riesgos, planifican los controles prenatales y les suministran ácido fólico para prevenir de defectos neuronales del bebe (57).

A continuación, en el segundo nivel de atención se ubican los hospitales del oriente antioqueño y el Valle de Aburrá, establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. En el caso de las gestantes adolescentes son remitidas a estos niveles cuando se diagnostican patologías existentes para ser tratadas de forma oportuna, por ser embarazo de alto riesgo obstétrico.

Por otro lado, el tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se plantean. Son ejemplos los hospitales Hospital Pablo Tobón Uribe, Clínica Cardio Vid, Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, fundación hospitalaria San Vicente de Paul (57).

Al mismo tiempo, para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles(57).

Dado que, la referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutiveidad que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. Por consiguiente, en la contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, por ejemplo cuando la adolescente presentó su parto en la institución de alto nivel de complejidad, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud al establecimiento de salud referente para su control y seguimiento del recién nacido (57).

5. Metodología

5.1. Enfoque y diseño

Dicha investigación está sustentada bajo el paradigma hermenéutico comprensivo que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos. El objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes. Se busca conocer las vivencias por medio de relatos, historias y anécdotas que permitirán comprender la naturaleza y la dinámica del contexto donde se desarrollan dichas experiencias (58).

De acuerdo con (Hernández y Mendoza):

“El término cualitativo tiene su origen en el latín “qualitas”, el cual hace referencia a la naturaleza, carácter y propiedades de los fenómenos (Niglas, 2010)”. Con el enfoque cualitativo también se estudian fenómenos de manera sistemática. Sin embargo, el investigador comienza el proceso examinando hechos en sí y revisando los estudios previos, ambas acciones de manera simultánea, generando una teoría consistente con lo que se observa (57).

El enfoque cualitativo se caracteriza por hacer planteamientos abiertos y flexibles teniendo una idea de lo que se indaga y adentrándose a los antecedentes, los significados se extraen de los datos y su base no es la estadística pues se produce básicamente en ambientes naturales, como bondades los autores destacan que hay profundos significados, amplitud, riqueza interpretativa y se da una contextualización del fenómeno. A su vez, el proceso es inductivo, recurrente analiza múltiples realidades subjetivas y no tiene secuencia lineal (57).

Con relación a la investigación realizada este enfoque fue el más adecuado para el trabajo porque permitió identificar a las madres adolescentes en su ambiente natural e

indagar sobre su experiencia durante la gestación, parto y postparto, análisis realidades y la de sus familias y buscando interpretar sus experiencias a partir del cruce de teoría con las respuestas que ellas mismas entregaron en las entrevistas.

Según los autores el enfoque cualitativo se centra en comprender fenómenos complejos a través de una exploración profunda de experiencias, percepciones y significados subjetivos. Este estudio desarrolló preguntas antes, durante y después de la recopilación y el análisis de los datos. La indagación se mueve de manera dinámica entre los hechos y sus interpretaciones. Además, este enfoque se caracteriza por su flexibilidad y su proceso dinámico, donde la investigación se mueve de manera circular, permitiendo la exploración inicial de significados y luego respondiendo a preguntas de investigación a medida que avanza el estudio.(59).

Por otra parte, Hernández y Mendoza enfatizan en la importancia de la recolección de datos, esto implica la utilización de técnicas como es la entrevista en profundidad y análisis de contenidos para recopilación de información rica y detallada del fenómeno de estudio, este análisis de datos identifica patrones, temas y significados emergentes a partir de los datos recopilados (60).

Con relación a los anterior, en la investigación se utilizó la técnica de entrevista en profundidad, este permitió un análisis detallado y profundo de las narraciones suministrada por las participantes sobre sus experiencias significativas durante la gestación, parto y postparto en relación a la atención en salud recibida.

5.2. Tipo de estudio

Se trata de un estudio con un abordaje fenomenológico, donde se investigan las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio (61). En el estudio se pretendió descubrir la complejidad del fenómeno social a partir de los significados que las adolescentes conceden para averiguar el foco del estudio, las barreras y necesidades

que surgen durante las etapas anteriormente mencionadas en relación con la atención en salud recibida por ellas.

5.3. Objeto de estudio

El objeto del estudio fueron los significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022.

La fenomenología hermenéutica, según Manen es “elaborar una descripción (textual) estimulante y evocativa de las acciones y conductas, intencionales y experiencias humanas tal y como conoce el mundo” en relación con lo que el autor expresa se debe describir, interpretar y reflexionar en torno las experiencias de las adolescentes de la forma como ellas lo expresan desde su perspectiva de la realidad vivida por cada una de ellas (62).

Comprender las experiencias vividas permitió identificar hechos y procesos de las vidas de las adolescentes que pasaron por el proceso de embarazo, parto y puerperio, dicha experiencia es una expresión en su esencia, es revivir el reflejo y apropiación de manera reflexiva de algo significativo que cobrar vida y fuerza en la propia experiencia vivida de cada adolescente.

Siguiendo con el autor, él reafirma que el objeto de estudio de la fenomenología son las estructuras del significado del mundo vivido, que consiste en interiorizar y entender los significados de las adolescentes y explicar tal como son en el día a día, destacando la explicación del fenómeno representado en la conciencia y experiencia tal y como la viven, haciendo una reflexión del quehacer cotidiano (58).

5.4. Participantes en el estudio

Los participantes del estudio adolescentes de 10 a 19 años de edad que pasaron por un embarazo, parto y puerperio y recibieron atención en Salud del municipio de Sonsón en este periodo 2019 a 2022. En el estudio se utilizó la técnica e Bola de Nieve que permitió

encontrar al objeto de investigación y a su vez el sujeto, en este caso las adolescentes darán cuenta de otras adolescentes que pasaron por la experiencia, proporcionando el nombre de un tercero y así sucesivamente. Este tipo de muestreo permitió reclutar otras participantes para el estudio (63). Además, los estudios cualitativos usualmente se emplean muestras pequeñas, no aleatorias, ya que el objeto de esta investigación se enmarca en el interés propio de descubrir significados (64).

La selección de las participantes requirió de un proceso donde busco precisar la escogencia de estas por sus condiciones especiales y por ser menores de edad, teniendo en cuenta las consideraciones éticas. Por consiguiente, la elección del lugar donde se planteó la realización del estudio es por cuestiones de conveniencia, por un lado, se estableció la recolección de las experiencias en el municipio, por ser en ese momento el lugar de residencia de las investigadoras. Por otro lado, se propuso en municipio de Sonsón al ser conocida por las investigadoras ya que así se facilitó el acceso a las adolescentes.

5.5. Criterios de inclusión y de exclusión

Para este estudio se definieron unos criterios de selección de participantes, en primer lugar, que la muestra está formada por mujeres adolescentes que pasaron por un embarazo, parto y puerperio, que estas no presenten dificultad importante para narrar su vivencia en una entrevista; además se plantea buscar viabilidad en la muestra para poder llegar, como se ha indicado, realizar una descripción densa del estudio. Por este motivo se plantea los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión

I) Adolescentes entre los 10 a 19 años que pasaron por un embarazo, parto y puerperio, II) Capaces de expresarse, II) Que voluntariamente deseen participar en el estudio, III) Que hayan firmado el consentimiento informado, IV) Que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión, V) Criterios de exclusión, VI) Que presenten alguna patología psíquica que les dificulte la realización de la entrevista,

VII) Mujeres adolescentes con discapacidad cognitiva que tengan dificultad para responder la entrevista.

En la investigación fenomenológica cualquier persona que haya experimentado el fenómeno a estudiar se considera representativa del grupo de personas con dicha experiencia (Sandelowski,1986). Por tanto, el criterio decisivo que se plantea es la selección de los participantes del estudio es que hubiesen vivido el embarazo, parto y puerperio en relación a la atención en salud, para que puedan narrar su vivencia respecto al tema (65).

5.6. Estrategias para la selección de las personas participantes

Para la búsqueda de las adolescentes participantes se realizó la siguiente estrategia:

La comunicación directa con las adolescentes que vivieron la experiencia de embarazo, parto y puerperio. Estas facilitaron la información de otras adolescentes con la misma experiencia, metodología de bola de nieve.

Se estableció un formato de invitación (anexo 2) a las adolescentes que pasaron por la experiencia de embarazo, parto y puerperio y que cumplan con los requisitos para participar en la entrevista en profundidad. Que tiene por objetivo estudiar y analizar las motivaciones de la conducta humana, técnica que consiste en una conversación y comunicación dinámica entre el entrevistado y entrevistador sobre uno o varios temas, creando un “clima o ambiente” propicio para descubrir las motivaciones más profundas de forma libre y espontánea de las adolescentes (66).

Además, se hizo contacto con las adolescentes por medio de llamada telefónica y reuniones previas como medio de aproximación a ellas y darán la previa autorización para realizar la entrevista a profundidad. Ellas tomarán la decisión del lugar, día, hora para el desarrollo de la entrevista. A la vez, se les hizo firmar un consentimiento informado a las adolescentes donde se les da a conocer los alcances de la investigación, los detalles del proceso con autorización de las madres.

5.7. Periodo de estudio

Se realizó durante el año 2023, etapa en el cual se hizo la selección, las entrevistas en profundidad y el análisis de la información obtenida de las adolescentes que pasaron por un embarazo, parto y puerperio. Las entrevistas se realizaron entre los meses de febrero y marzo del 2023; el análisis durante los meses de abril a septiembre del mismo año.

5.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

La técnica que se utilizó para esta investigación es la propuesta por los autores Taylor y Bogdan la cual es la entrevista en profundidad esta técnica permite a las adolescentes narrar de manera más detallada las experiencias vividas en el proceso de atención en salud durante el embarazo, parto, puerperio (67).

En este tipo de entrevistas el investigador es el instrumento de la investigación y no el protocolo o formulario de la entrevista. Su rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas. Requiere de muchos encuentros con los informantes, el avance fue muy lento, se trató de aprender lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación, en total se hicieron 15 entrevistas en profundidad. La historia de vida o la autobiografía sociológica utilizan este tipo de entrevista.

La entrevista en profundidad es la más compleja de todas las entrevistas porque lo que se pretende es transformar en instrumento de investigación lo natural en el ser humano, la comunicación entre dos personas sin control, tipo charla coloquial.

5.8.1. Condiciones previas:

Cuando se llega el momento de la entrevista se da por sentado que el investigador ha hecho tres cosas:

Seleccionar previamente al informante adecuado según los criterios definidos en el estudio.

La aceptación del informante para participar, por lo que debe haber sido informado con anterioridad a la entrevista.

Contar con un conjunto de preguntas a realizar, un guion más o menos estructurado o temático que ayudará a dirigir la entrevista a buen fin.

5.8.2. Lugar y momento:

Una buena entrevista no puede hacerse en cualquier lugar, ni en cualquier momento. La entrevista debe realizarse en un lugar concertado, tranquilo, neutro, en el que el informante se sienta cómodo, sin ruido, tranquilo.

El momento es muy importante, porque la entrevista requiere de un tiempo concertado y tanto el investigador como el informante no deben tener prisa. Es decir, cuando se inicia una entrevista esa debe ser toda la dedicación de los participantes, no deben tener otra cosa que hacer. Hay que ajustarse al tiempo pactado y, salvo que el informante esté muy cómodo, finalizar unos minutos antes del tiempo planificado.

5.8.3. Material necesario:

El material necesario para el estudio fue:

Lápiz o bolígrafo, cuaderno de notas, guion de entrevista, guion temático, grabadora para realizar la grabación de la conversación y facilitar la transcripción, analógica y digital.

Se puso en consideración al sujeto de investigación el uso o no de la cámara de vídeo para capturar la entrevista, pero ellas no accedieron. Se obtuvo más información con la grabadora porque permitió analizar las reacciones del sujeto ante las preguntas, la comunicación no verbal junto a la verbal estas quedaron en el cuaderno de notas.

5.8.4. El momento de la entrevista

La entrevista se inició con la firma de un consentimiento informado y la grabación de esta (67).

Se realizó una entrevista como instrumento de recolección de datos aplicada a las adolescentes con experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud del Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022, esta información de experiencias significativas, son las que dieron validez a la investigación, al haber vivido el fenómeno a estudiar. El lugar donde se llevaron a cabo las entrevistas fue el escogido por las adolescentes, esto creará una interacción entre el entrevistador y entrevistado.

5.8.5. Diario de campo

El diario de campo es un instrumento que sistematiza las prácticas investigativas; según Bonilla y Rodríguez el *diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo*” para su elaboración requiere aspectos fundamentales tales como la descripción, argumentación e interpretación esta última hace énfasis en dos aspectos principales: la comprensión e interpretación. Para argumentar se necesita desde la teoría, este aspecto está mezclado con la experiencia vivida en la práctica para poder comprender e interpretar qué sucede (68).

En relación a lo anterior, el diario de campo fue un instrumento de registro de información, no sistematizado y de carácter personal de los investigadores, en él se registró de forma detallada, las emociones, conductas, sentimientos, percepciones del entorno. Al realizar cada entrevista en profundidad, se desarrolló un diario de campo permitiendo registrar aspectos psicosociales y ambientales del entorno. Para el desarrollo de este se debe tener en cuenta datos de ubicación tales como lugar y fecha, (hechos, comentarios de

los investigadores (opiniones, interpretaciones) A continuación, se establecerá un formato de diario de campo (anexo 3).

5.8.6. Prueba piloto

La prueba piloto hace parte del marco metodológico del proyecto, este tiene por objetivo realizar un simulacro previa a la investigación y poder obtener información que puedan orientar a mejorar la metodología previamente planteada. Las funciones de la prueba son: conocer los procedimientos de obtención de la información sean pertinentes y factibles y finalmente proporcionar entrenamiento a los investigadores (54,69).

Esta primera aproximación a la población objeto de estudio se realizó a través de 1 entrevista piloto a las adolescentes que pasó por un embarazo, parto y puerperio, este cumplimiento con los criterios de inclusión planteados en la investigación y previa autorización y firma del consentimiento informado. Lo anterior, con el fin de tener un acercamiento hacia la madre adolescente, determinar su comportamiento y definir el procedimiento a realizar en la entrevista en profundidad, ajustar las preguntas y su lenguaje para que sea comprendido, y se desarrollaron habilidades en la entrevista por parte de los investigadores, se conoció el tiempo promedio y se determinó la categorización.

5.9. Técnicas y procedimientos para sistematización y análisis de la información

Durante esta etapa se construye la realidad de los entrevistados, sin embargo, debe tenerse claro que la percepción será indirecta, subjetiva y parcial, pues no es posible comprobar o comprender la experiencia del otro tal y como la ha vivido.

El análisis es un proceso de reflexión donde "vamos más allá de los datos" para acceder a la esencia del fenómeno de estudio, es decir, a su entendimiento y comprensión, González y Cano, 2010, por medio del cual "el investigador expande los datos más allá de la narración descriptiva" Coffey y Atkinson, 2005 y conforme va desarrollándose va sufriendo modificaciones de acuerdo con los resultados Dey, 1993.

Para iniciar este proceso algunos autores hacen recomendaciones pertinentes: Hernández y colaboradores, proponen que se revisen todos los materiales antes de cualquier inicio; etiquetarlos, organizados y clasificarlos por criterios lógicos, así como evaluarlos por lo completos, legibles y claros que estén. Ratcliff 2002, considera que el desarrollo, tendría resultados óptimos si se trabaja a partir de códigos, categorías y subcategorías; éstas, deberán comprobarse y vincularse con los temas conforme se avance en la investigación Ratcliff, 2002, en: Scribano, (70). Por su parte, Taylor y Bogdan 1990, recomiendan que el análisis se trabaje en tres niveles: descubrimiento, codificación y relativización (67).

En la etapa de descubrimiento, se examinarán y ordenarán todos los datos registrados y se buscarán los temas vinculados a éstos. Se iniciará revisando cuidadosamente cada transcripción, cotejando con las notas, apuntes, comentarios y anécdotas que se hayan escrito durante todos los encuentros, recorrer lógicamente el transcurso de los temas, pues lo importante es ir construyendo conceptos e interpretaciones; si se halla con temas emergentes, se incluye, toda esta información nos permitirá elaborar clasificaciones y tipologías, que ayuden a desarrollar argumentos más sólidos.

La codificación consiste en concentrar todos los datos que se refieren a temas, ideas y conceptos similares y analizarlos. Para ello, Hernández y colaboradores 2003, especifican dos fases de codificación, en la primera, se recopilan por categorías de análisis y en la segunda, se comparan entre sí, agrupándolos en temas y buscando posibles vinculaciones.

Por último, durante la etapa de relativización de los datos, se interpretará la información dentro del contexto en el que fueron obtenidos, especificando los datos directos e indirectos, describiendo los contextos, eventos, situaciones trascendentes y significativas para los entrevistados; para comprender y sistematizar mejor la información, se puede hacer uso de diagramas, cuadros, dibujos, matrices, mapas conceptuales y todo tipo de esquemas que permitan encontrar patrones y categorías para explicar sucesos y construir argumentos sólidos (71).

Para el análisis de datos se utilizó un procedimiento basado en la transcripción de información recogida de las entrevistas para posteriormente categorizar los datos mediante codificación de unidades de significado, análisis de datos e interpretación de los mismos. Para darle soporte al análisis de los datos se realizó de manera manual la codificación.

Tabla 1. Plan de análisis y categorías

OBJETIVOS	CATEGORIA	SUBCATEGORÍA
Describir el proceso de la atención en salud prestada a las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio.	Proceso de atención.	Inicial Durante Parto Post parto
Interpretar las experiencias vividas por las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio en relación con los servicios de salud.	Servicios de salud.	Experiencia buena Experiencia mala
Reflexionar en torno a las experiencias de las adolescentes en el proceso de atención del embarazo, parto, puerperio.	Experiencia vivida en torno a la atención.	Trato humanizado Atención diferenciada

Fuente: construcción propia.

5.10. Criterios de confianza y credibilidad

Se tuvo en cuenta la importancia sobre el estudio, asunto que se construye día a día con constancia y dedicación, compete a las investigadores, lograr alcanzar los objetivos propuestos en la investigación, se valora la eficiencia del estudio cualitativo, nace de la necesidad de conocer el grado de confiabilidad que crea el estudio de investigación, la credibilidad que hace referencia sobre aciertos en relación al estudio, la validez referente a la parte metodológica, no se basa solamente en el trabajo de investigación, se mira desde un punto de vista reflexivo e investigar críticamente la causa que se produce en el desarrollo de la investigación, si no, que involucra una orientación formativa a los investigadores, a la vez establece elementos propios tales como: la evidencia y la calidad del trabajo de investigación, con el proceso donde se tome conciencia sobre el efecto que produce la información (72).

Por consiguiente, se tiene en cuenta tres características fundamentales en esta investigación, la primera que en la indagación cualitativa que son las experiencias de las madres adolescentes, la segunda estas experiencias son de forma subjetiva y la tercera se debe tener en cuenta un conocimiento cualitativo representativo y cimentado por los investigadores del proyecto.

La investigación cualitativa considera situaciones humanas, en el proceso de investigación aporta de manera subjetiva la realidad y las experiencias de sus participantes en el estudio. El estudio sobre los criterios de confianza y credibilidad se tendrán en cuenta con la pregunta que se formuló a investigar la información relacionada, que genere a los investigadores un análisis reflexivo y comprensivo sobre el tema de embarazo en adolescentes y la relación con la atención en salud.

5.11. Reflexividad del investigador

Para De la Cuesta, en sus reflexiones sobre los procedimientos metodológicos cualitativos, sustenta que las opiniones y estrategias metodológicas empleadas más que ser un asunto de índole técnica están íntimamente vinculadas al objeto de estudio, a las relaciones sociales establecidas entre los participantes, el proceso reflexivo impregna todos los niveles de un estudio de investigación, desde su orientación teórica a las reacciones de los participantes a la investigación.

También está presente en todas las fases desde la pregunta de investigación, el trabajo de campo, el análisis de la información, la elaboración final del informe, así mismo, ejercita la reflexividad a la hora de consultar la bibliografía y preguntarse sobre quién escribe, qué posición ocupa en el mundo académico y la que ocupa, por su subjetividad y su relación con el objeto de que investigación. Con ello, el investigador toma conciencia y reconoce desde dónde se escriben los textos que se consideran científicos y apropiados para el tema en estudio.

Es un proceso donde el investigador tiene el conocimiento sobre sí mismo para examinar críticamente el resultado que tiene sobre el estudio, el impacto que se tiene en la

interacción con las participantes en el proyecto de investigación, donde se propone un razonamiento básico para la valoración de la calidad de los estudios realizados. Son los investigadores quienes encuentran los significados y se va construyendo con la bibliografía, el conocimiento teórico y cultural, en la relación de las personas.

La realidad que percibe los investigadores se profundiza en la esencia de la investigación, donde se fortalece el alcance en relación con las experiencias de las madres adolescentes, los servicios de salud, donde se crea lazos afectivos con la realidad de sus experiencias durante el embarazo, parto y puerperio, lo cual permitirá tomar conciencia, reflexionar, interpretar y analizar por el investigador en su labor de comprender.

De la Cuesta se refiere a la reflexividad, es como volver hacia uno mismo donde podemos reconocer la importancia que se realiza en la mejora de la investigación como un ejercicio académico y la vida diaria que implica un proceso de evolución que empezó desde la búsqueda de información preliminar, en el diseño de las entrevistas hasta la culminación de todo un proceso que se refleja en las conclusiones (73)(74).

Charmez afirma, que la investigación cualitativa es una oportunidad para la transformación, a medida que se involucran los investigadores se irán conociendo las experiencias de las madres adolescentes, esto permitirá identificar diferentes puntos de vista de cada una de las narraciones, los investigadores se encontrarán con una carga de subjetividad en la interacción con las participantes. Por consiguiente, la reflexividad expresa el conocimiento a través de un proceso en el cual el investigador se encuentra a sí mismo, para reconocer críticamente el resultado que tiene sobre el estudio y el impacto de las relaciones con las participantes. La reflexividad tiene un carácter formativo, que continúa aun después de haber finalizado el estudio (75).

6. Consideraciones éticas

Este proyecto está regido por los principios establecidos en el reporte de Belmont, que da los parámetros a seguir para cumplir con los requisitos éticos del presente proyecto; estos principios están fundamentados de la siguiente manera (76):

Se tuvo en cuenta el respeto por las personas y sus representantes legales, principio que fue respaldado por el consentimiento informado que cada uno de los entrevistados diligenció, como aprobación de su participación autónoma, en el desarrollo del consentimiento no se tuvo casos de personas que tuvieran autonomía disminuida como las personas con discapacidad cognitiva.

Además, el principio de la no maleficencia se relacionará en el momento de publicar los resultados del trabajo de grado para optar por el título de Administradores en salud de la universidad de Antioquia sede de Sonsón, no será con la intención de herir las susceptibilidades de las adolescentes entrevistadas.

En igual forma el proyecto de investigación se beneficiarán las investigadoras para optar por el título de Administración en Salud, entidades prestadoras de servicio de salud y el municipio de Sonsón Antioquia, con la obtención de la información permitirán reflexionar entorno al proceso de atención en salud del embarazo, parto y puerperio.

Por otra parte, la investigación para llevar a cabo el principio de justicia tendrá cuenta las personas entre los 10 y 19 años, que sean residentes del municipio, con el fin de que todas las adolescentes tengan la misma oportunidad de participar en la entrevista; en este caso serán excluidas las adolescentes que posean algún grado de dificultad para responder la encuesta (77).

En la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano, en el artículo 11 clasifica la categoría “riesgo mínimo” (54). De acuerdo a lo anterior, la investigación será clasificada con riesgo mínimo para las personas participantes. A su vez se considera que las técnicas y el procedimiento que se utilizó en la investigación no tiene riesgos sociales, económicos, tecnológicos ni ambientales.

Aunque, se tendrá en cuenta un posible riesgo para las participantes en su conducta psicológica, debido a los temas a desarrollar en la entrevista, donde se puede presentar crisis emocional, las investigadoras tendrán el entrenamiento adecuado para lograr estabilizar a la participante durante ese proceso, de ser necesario se procederá a llevarla a la institución prestadora de servicios de salud, teniendo en cuenta siempre el criterio del respeto por la dignidad de cada participante y la protección de sus derechos y su bienestar.

Por lo anterior, la presente investigación será desarrollada en el municipio de Sonsón Antioquia, ya que se facilita el acceso a la información de cada adolescente que pasó por el proceso de embarazo, parto y puerperio, la cual será tratada con confidencialidad y reserva por los integrantes de la investigación. Cada adolescente participará de manera voluntaria, se les informó a los familiares que no representa ningún riesgo para la participante, solo se realizará una entrevista en profundidad con preguntas relacionadas con embarazo, parto y puerperio en relación a los servicios de salud.

Con relación a la población estudio se asumieron los principios bioéticos, guardándose confidencialidad a las respuestas emitidas por las adolescentes, se aplicarán valores como: I) el respeto mutuo basándose en el sentimiento de la reciprocidad, donde se respeta al otro y se recibe de vuelta el mismo respeto. II) la veracidad en el registro de experiencias significativas será únicas y verdaderas ya que serán plasmados por los propios sujetos de la investigación. III) la transparencia para especificar con claridad el propósito de dicha investigación. IV) la responsabilidad del equipo investigador realizar acciones que permitan cumplir el objeto de estudio.

Las consideraciones éticas se abordaron en dos sentidos, así: en un primer momento la recolección de la información y en un segundo momento la información ya recolectada en el proyecto.

Para el primer momento de recolección de información se tuvo en cuenta: el principio de confidencialidad como criterio ético, con el propósito de generar un proceso de empatía con las madres adolescentes participantes, optando de esta manera mantener el respeto mutuo. Los participantes se involucraron de manera voluntaria al proceso, luego de tener

el conocimiento suficiente para decidir si participarán o no en la investigación. Así mismo tienen la posibilidad de retirarse en cualquier momento si lo desean.

A su vez la investigación tendrá en cuenta lo dispuesto en la Resolución anteriormente mencionada donde contempla los aspectos éticos de una investigación tomando como fundamento el respeto por las personas. Posteriormente se utilizó el consentimiento informado de manera verbal en el cual la madre adolescente autorizó la información para futuras investigaciones y en caso de necesitar información adicional, se podrá volver a realizar otras entrevistas.

Lo concerniente a las grabaciones serán guardadas durante el tiempo de investigación con el propósito de ser nuevamente escuchadas si llegase a ser necesario, quedará el registro escrito con seudónimos para salvaguardar la identidad de las participantes. Las entrevistas escritas serán guardadas por 10 años en la Facultad Nacional de Salud Pública.

Respecto al segundo momento al trabajar con la información recolectada en el proyecto se tendrá en cuenta lo siguiente: contar con la aprobación de las madres adolescentes para utilizar la información recolectada en la investigación, identificar el registro escrito de las entrevistas y diarios de campo, que tiene seudónimos para salvaguardar la identidad de las participantes.

Esta investigación es considerada con riesgo mínimo debido a que se trabajó con las entrevistas ya transcritas, de las cuales se tendrá aprobación voluntaria si dejan o no usar esta información. También se utilizarán los diarios de campo.

6.1. Consentimiento informado

En la investigación se aplicó un consentimiento informado (Anexo 1) a las adolescentes que pasaron por un embarazo, parto y puerperio en relación a la atención en salud. Cada que se realice una entrevista para la recolección de las experiencias, se explica el

procedimiento y se le dará lectura al consentimiento informado, una vez aceptada y firmada la participación, se procederá aplicar el instrumento de la investigación.

7. Resultados

Como su nombre lo indica, en el siguiente capítulo se hace un recuento detallado de los resultados obtenidos luego del proceso de investigación y entrevistas realizadas a las madres adolescentes. De esta manera, se explica en primera instancia, la reacción de estas adolescentes al saber que estaban embarazadas, y es que iniciar el proceso de atención que debían tener en el hospital fue para muchas un asunto complejo, teniendo en cuenta que eran madres primerizas y con escasos conocimientos en el tema.

Para algunas madres debido a sus condiciones puntuales, por ejemplo, de enfermedades previas a su estado de embarazo la atención se tornó más difícil, incluso, se destaca como a una de estas madres desde el mismo hospital se le sugirió interrumpir su embarazo, por lo que la humanización en este caso no se evidencia.

Para el momento del parto, también esa atención tuvo diferencias que implicaron que para ellas fuera buena o mala, pues las que manifestaron conformidad con dicha atención fueron aquellas que no tuvieron complicaciones asociadas, pero sí se revisa en detalle, muchas no pudieron ser atendidas en el hospital del municipio ya que este no contaba con los profesionales o infraestructura requerida para hacer lo propio.

Así, la atención antes, durante y después del parto no fue homogénea pues dependió de las particularidades de las madres en cuanto a su salud y la de su bebé, la infraestructura hospitalaria, además del profesionalismo, carisma y empatía del personal de salud.

7.1. Una nueva vida que da inició a un proceso de atención y cuidados

Para muchas mujeres, parejas y familias la espera de un hijo se constituye en todo un ritual de preparación, el cual no se concentra solo en buscar la concepción de un ser, sino también de iniciar procesos de cuidado antes y durante del embarazo, sin embargo, en la cultura colombiana que está mediada por condiciones sociales, en muchos casos se dan en contextos vulnerables, el embarazo adolescente se volvió algo común, donde niñas, preadolescentes y adolescentes tienden a concebir hijos a temprana edad, sin una

preparación previa del proceso y, muchas veces, sin que este sea su deseo o sueño inmediato.

Históricamente, tener hijos a una edad temprana era algo normalizado culturalmente porque las mujeres solían ser casadas muy jóvenes y, al tiempo, no poseían un poder de decisión sobre sí mismas, pero al pasar el tiempo esta práctica empezó a ser cuestionada reconociendo a la mujer como sujeto de derechos; desde ahí se vio la necesidad de analizar porqué cada vez se volvía más común que niñas a temprana edad quedarán embarazadas por diferentes circunstancias y tuvieron que ser madres muy jóvenes, así pues desde hace un tiempo se han venido estudiando las causas de los embarazos a temprana edad, buscando generar propuestas que permitieran intervenir y prevenir este fenómeno a gran escala.

De esta manera, en este primer capítulo de resultados la investigación se enfocó en evaluar el proceso de atención durante el período de gestación, por ende, es necesario narrar cómo la vida de estas madres adolescentes cambió cuando su prueba de embarazo dio positivo, lo cual implicó la activación de los servicios de salud para su control, seguimiento y parto.

Las adolescentes entrevistadas relatan que su proceso inició cuando confirmaron su sospecha de estar embarazadas, desde una prueba casera o de sangre se enteraron de su estado e inició un proceso de embarazo que tomaría diferentes rumbos.

7.1.1. Voy a ser mamá...un giro de ciento ochenta grados

Todo empezó cuando un malestar, un cambio en el cuerpo, náuseas o la sensación de mareo invadió el cuerpo de estas mujeres, no había una sospecha de sangrado y sentían una sensación diferente que les indicaba que algo no estaba bien, iniciaron los primeros vómitos y con esto también una duda que les obligaba a ser cuentas sobre cuantos días de retraso tenían, de esta manera inició la incertidumbre para algunas,

para otras, aún en su desconocimiento al respecto, no existía la sospecha latente, sin embargo al conocer ya los casos de amigas o personas cercanas tomaron la decisión de realizarse una prueba de embarazo.

“No, al principio me hice una prueba de la farmacia y me salió negativa, pero seguía con síntomas, subí al hospital me hice una prueba de sangre y salió positiva” (SB-14)¹.

Las pruebas caseras han sido siempre un primer paso para descartar un embarazo, sin embargo, muchas veces suelen fallar y el anterior relato no se aleja de esa realidad, donde la adolescente se realiza una prueba de orina que da un resultado negativo, pero ante el reconocimiento de su cuerpo y los síntomas que sentía decidió ir al hospital con el fin de solicitar una prueba de sangre. Este no solo fue el caso de ella, por el contrario, fue el de la mayoría de entrevistadas donde el examen de sangre fue su respuesta definitiva para enterarse de que iban a ser mamás.

“Yo comencé con una prueba de sangre en el hospital ese mismo día, al paso de una hora recibí el resultado, yo estaba muy nerviosa obviamente no era un hijo deseado en el momento” (ML -11)².

Como lo relata la joven anterior todo el proceso inició cuando al acercarse al hospital y manifestar sus síntomas le indicaron que debía practicarse una prueba de sangre para descartar la opción de embarazo esta podía demorar su resultado entre una hora o todo un día, lo que intensificó la ansiedad de saber si estaba embarazada, mientras pasaba el tiempo dicha ansiedad aumentaba ya que no era algo que deseaba en un primer momento, además sabía que era muy joven aún. Finalmente, llegó el resultado: positivo, este se acompañó inmediatamente de un llamado de la médica para ingresarla a controles, empezó la odisea.

¹ Entrevista con la SB Sonsón, Antioquia, 25 de mayo de 2023

² Entrevista con la ML Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

Este relato fue similar al de las otras adolescentes que contaron sus experiencias y quienes tuvieron como punto de encuentro la prueba de sangre que daba positivo, así como el inicio de su embarazo acompañado de sus controles.

“Fui al hospital y me realicé una prueba de sangre, me dio positivo, ya me dijeron que ingresara a controles, llevé la prueba y quedé registrada para los controles cada mes, cada mes me enviaban las vitaminas” (MC-3)³.

Cuando la prueba arrojó un resultado positivo, lo primero que hicieron estas madres fue iniciar una aceptación ante la situación en la que se encontraban, sin embargo, más allá de iniciar un control médico, la nueva situación está mediada por muchas emociones: la felicidad, la angustia, el desespero y el pensar en cómo iban a contarle a su familia y pareja sobre el suceso, era lo que más les preocupaba en ese momento.

Es por esto, por lo que entre las adolescentes con las cuales se conversó, resaltamos un relato que hizo la diferencia, nos encontramos con una adolescente que sumergida en todas las emociones que provoca el estado de gestación y la sorpresa de ser mamá sin planearlo, decidió nunca contar que estaba embarazada.

“Yo no dije que estaba en embarazo, se vinieron a dar cuenta cuando estaba con las contracciones el 19 de junio del 2021, subimos al hospital y hable con una enfermera y yo le dije que estaba en embarazó y que yo creía que iba a tener el niño, a mí no se me notaba que estaba en embarazo, entonces la enfermera me dijo que me iba hacer el tacto y ya estaba en seis de dilatación, ya de ahí me llevaron hacer una ecografía a ver si el niño estaba en posición, ya después me atendieron muy bien” (IL- 8)⁴.

Así pues, se puede develar que el proceso de atención de esta joven fue diferente ya que, si bien ella sabía que estaba embarazada nunca quiso comunicarlo, por ende, esto cambia totalmente su experiencia porque fue una paciente que nunca tuvo controles,

³ Entrevista con la MC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

⁴ Entrevista con la IL Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

exámenes, seguimientos médicos, por lo que solo se hizo presente cuando ya se encontraba en proceso de parto. En este sentido, la atención se ligó al parto y a la verificación de la salud tanto del bebé como de la madre. En casos de madres adolescentes suele suceder que estas no se den cuenta o no informen sobre su estado, por miedo, angustia o desconocimiento del proceso, desembocando en que no se dé una activación de los servicios de salud y puedan correr más riesgos.

De esta manera, el hecho de que las madres adolescentes recuerden ese momento en que se dieron cuenta que iban a ser mamás puede ser, en muchos casos, traumático ya que es recordar un panorama de incertidumbre, donde no sabían por dónde empezar; en su mayoría solo fueron al hospital por unos síntomas y salieron de este con un carné o papel que les indicaba que estaban iniciando un proceso de gestación. Poco relataron de cómo comunicaron la noticia a su pareja y familiares, lo que sí se pudo captar en todas es que de inmediato el hospital empezó a activar los servicios para brindarles una atención, una palabra, un gesto o un parte de tranquilidad, precisamente lo que estas jóvenes necesitaban en ese momento para asumir tan inesperada noticia, que no solo les cambiaría su vida, sino la de todo su entorno.

7.1.2. Los controles y un bebé que va creciendo

Pasada una semana o dos ya con una noticia más asimilada y con una decisión en su mayoría mediada por la moral de la responsabilidad de traer un nuevo ser al mundo, inició la ruta de controles para estas 15 adolescentes que iban a ser mamás. Se tiende a creer desde los conocimientos populares que los embarazos a temprana edad son menos riesgosos y que las mujeres tienden a no presentar tantas complicaciones, sin embargo, esto quizás sea un mito porque si bien la edad puede ser un factor esencial en el proceso de gestación, no garantiza que pueda ser saludable y seguro en determinadas edades.

Luego de esa prueba positiva, las adolescentes iniciaron un proceso donde todas ingresaron y fue la ruta de controles que les permitiría estar al tanto de lo que iba

sucediendo en el embarazo, así pues, con los controles vinieron la activación de servicios, exámenes, ecografías, ecocardiografía y mientras todo esto pasaba el vientre iba creciendo, indicando, sin duda alguna, que otro ser humano se estaba formando dentro de ellas.

Cuando las adolescentes hablan del proceso de gestación pueden venir recuerdos muy bellos, de los antojos, de los primeros movimientos de su bebé, entre otras cuestiones que van llegando como sorpresas, pero también vuelve el recuerdo de los exámenes y todos los servicios que iba brindando el hospital.

“Cada mes iba al control prenatal, hablan con uno, le dicen cómo va el proceso de embarazo, nos pesan, nos envían exámenes de rutina” (AC-4)⁵.

En las entrevistas realizadas se pudo evidenciar que la mayoría de las mujeres al darse cuenta de su proceso de gestación iniciaron sus controles, donde eran comunes los exámenes como ecografías, pruebas de sangre, orina, tamizajes, entre otros, sin embargo, a medida que el embarazo empezaba a avanzar las historias de estas tomaban un rumbo diferente. Así pues, llama la atención el relato de tres de las madres adolescentes con las cuales se conversó, porque contaron que en su proceso de gestación tuvieron complicaciones por diferentes enfermedades, lo que hizo que su embarazo fuera más complicado.

“Fue un poco complicado ya que los primeros meses presenté una infección, los primeros meses me la trataron , luego después del mes volvió, hasta que lo tuve, ya desde ahí me enviaron alrededor de siete drogas y no funcionó, en el momento de ya tener 37 semanas me dijeron que me tenían que poner una droga que en el hospital no la había, tiene que ir a un hospital que le pongan la droga para que el niño no nazca con esa infección, me hice el tratamiento por 10 días, esperé a los diez días el resultado salió positivo nuevamente, me dirige hacia el Hospital San Juan de Dios de Rionegro, donde en el momento del parto me pusieron droga para que el niño no naciera con la infección” (MC-3)⁶.

⁵ Entrevista con la AC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

⁶ Entrevista con la MC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

Como se evidencia en el relato anterior la adolescente refiere como en su proceso de gestación desde el inicio empezó a presentar una infección la cual tuvo que ser tratada ya que ponía en riesgo la salud del bebé. Sin embargo, se observa, como no fue efectivo ni eficaz el tratamiento, esta tuvo que ser remitida al hospital Juan de Dios de Rionegro con el fin de recibir una atención más especializada.

De la misma manera, otra de las entrevistadas relató que su condición de salud asociada con el corazón, generó la necesidad de ser remitida un hospital de tercer nivel que le permitiera tener todos los servicios necesarios, en este sentido los dos relatos anteriores dan indicios de que si bien la prestación del servicio en el hospital de Sonsón es buena, porque se daba una activación de la ruta gestante de manera oportuna, pacientes como las anteriores que presentaban infecciones y enfermedades del corazón no podían ser atendidas en este hospital ya que no existían los servicios necesarios para ellas, por ende, ambas, de cierta manera, manifiestan un problema, porque no se da una remisión oportuna, ya que esto les implicó trasladarse y tener que cubrir gastos como hospedaje, alimentación por tiempos largos.

“Yo creo que desde el hospital fue muy bien, desde que fui hacerme la prueba empecé todo el proceso y creo que viene con el requerimiento. A mí me diagnosticaron un soplo al corazón en el transcurso del embarazo, para todos esos exámenes me remitieron hacia Rionegro y era más difícil porque en sí es más costoso, pero de resto bien” (CL- 5)⁷.

Si bien en su mayoría exponen que la prestación de servicios fue buena, exceptuando algunos exámenes o atenciones especializadas, en la investigación se pudo evidenciar el relato de una de las madres adolescentes que manifiesta inconformidad en la forma en la que fue asesorada al inicio del embarazo, cuando se entera de su gestación.

⁷ Entrevista con la CL Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

“Pues de mi embarazo me vine a dar cuenta a los dos meses, porque yo descolgaba (lanzarse en bicicleta por carretera de alta pendiente) y nos accidentamos, entonces fui al hospital y me dijeron que estaba en embarazo y yo no sabía, entonces empezaron con un mundo de excusas por lo que yo tengo una luxación de cadera, que yo no podía, hubo alguien que dijo que yo no podía tener que lo abortara, yo me fui para mi casa, al hospital solo iba al control” (EB 7)⁸.

Es importante reconocer que el proceso de comunicación e información no fue claro ni humanizado por parte del hospital en cuanto a brindar información sobre la interrupción va de la mano de la enfermedad que presentaba la paciente, sin embargo, esta tomó la decisión de continuar con su proceso de gestación y solo se acercaba al hospital para cumplir con los controles asignados. Ella habla de excusas y posibles inconvenientes mencionados por parte del personal del hospital a la hora de continuar con su embarazo y relacionado con su luxación de cadera, así se evidencia falta de empatía con la paciente para brindarle información y un acompañamiento más humanizado.

7.1.3. Llegó el día de dar a luz

Siete, ocho o en definitiva nueve meses quizás sirven para asimilar que la vida cambia cuando se tiene un bebé, por ende, ese tiempo de crecimiento y controles sirvió, sin duda alguna, para que las adolescentes se preparen para el día del parto. Nueve meses se podían hacer muy largos, pero lo que no sabían era que el proceso de parto podía volverse eterno.

Empezaron los dolores o la ruptura de fuente y con esto la señal de que había llegado el momento que habían esperado y para el cual se habían preparado durante tanto tiempo, en muchos de los casos que se abordaron y los cuales relataron su historia, tienen como punto de encuentro que tenían programado el parto, donde en la fecha esperada sabían que tenían que empezar a sentir dolores.

⁸ Entrevista con la EB Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

Así lo relataron (...)

“Tenía la hora y el día aproximado para el parto de la niña, no me habían dado dolores, en la madrugada rompí fuente me remitieron fue por cesárea todo salió bien” (AP-9)⁹.

“En el parto me fue muy bien, me atendieron acá en el hospital de Sonsón, fue un parto inducido” (LC-2)¹⁰.

Estos relatos dan cuenta que las mujeres que manifiestan que les fue muy bien en el parto, lo hacen porque los dolores no tomaron mucho tiempo y su intervención fue rápida, sin embargo, este momento de dar a luz si varió un poco más y esto va de la mano de las diversas complicaciones que cada adolescente tuvo en el embarazo.

Es importante resaltar las historias que describen específicamente estas mujeres porque marcan diferencias importantes, en tanto al trato, la espera y la atención en este proceso, el cual las marcó.

“Para mí fue pésimo porque yo tenía el último control un sábado un día como hoy, la doctora me dijo es normal usted no tiene nada, me aguanté hasta el lunes con mi dolor y ya reventé fuente en mi casa a las seis de la mañana, nos vinimos para acá para Sonsón, la recepcionista de urgencias me dijo siéntese que no hay médico (...) las horas eran inciertas, llegamos a la primer clínica y no había cama, dijo ese médico la tienen que recibir porque esta paciente no va a aguantar, la tenemos que entrar a la clínica de La Ceja a ver si hay médico, me atendieron allá me dijo el ginecólogo la voy revisar para ver cómo vamos, ya me hizo monitoreo, parece que me la voy a llevar para cirugía le dije ¿qué pasó?, ustedes no van aguantar, porque me dijo en ese momento su hijo no tiene latidos, así me dijo ya me entraron a la cirugía salimos más o menos a las 11:30 no lo vi hasta el otro día, ya eso fue todo” (LO-13¹¹).

⁹ Entrevista con la AP Sonsón, Antioquia, 5 de abril de 2023

¹⁰ Entrevista con la LC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

¹¹ Entrevista con la LO Sonsón, Antioquia, 29 de abril de 2023

Este relato marca unas cuestiones importantes en tanto que no expresa como las otras jóvenes que su proceso de parto fue tranquilo y rápido, sino que por el contrario fue traumático, porque la atención no fue oportuna, el médico no estaba disponible y tuvo que ser trasladada a varios hospitales, a raíz de esto la vida de su bebé estuvo en riesgo y esto hizo que haya sido una experiencia traumática.

Otro de los factores que marcó la diferencia en las experiencias de parto, es el parto inducido, como lo relata (...)

“Me indujeron el parto porque la bebé se estaba quedando sin líquido y la tuve a las 39 semanas, me tocó con practicantes, eso fue lo que no me gustó, porque la verdad, porque no era para que me hicieran tan duro en el abdomen para bajar la bebe, me hicieron demasiado duro” (SB-14)¹².

Los peligros en las últimas semanas de embarazo se vuelven más latentes y este fue el caso del relato anterior donde la ausencia de líquido, fue la causa de que no se pudiera esperar el inicio de trabajo de parto de manera natural y se tuviera que inducir, además lo que se revela también, es la incomodidad que muchas veces sienten las mujeres cuando son atendidas por practicantes, que por su poca experiencia pueden cometer errores en el trato con las pacientes; en este caso sería importante evaluar hasta qué punto se debería permitir que un practicante intervenga en procesos tan complejos como lo es un parto.

Otra de las experiencias durante el parto que se puede rescatar va más allá de las complicaciones y se relaciona con la diferencia en la atención según el lugar, la mayoría de las madres adolescentes entrevistadas no pudieron tener a su bebé en el hospital de Sonsón ya que no cuenta con servicios especializados, es por esto que su experiencia se transforma, según el lugar donde fueron atendidas; el hospital de La Ceja y el hospital de Rionegro tenían establecidos parámetros diferentes.

“Me toco sola, acá en Sonsón yo si he escuchado donde dice que parto humanizado, consentido y respetado, yo estuve en un programa que se llama curso psicoprofiláctico y es donde le enseñan

¹² Entrevista con la SB Sonsón, Antioquia, 23 de mayo de 2023

muchas cosas y prioridad, uno dice cómo quiere que sea el parto de uno, creí que era fácil, pero como decían las enfermeras una cosa es Sonsón otra cosa es fuera” (ML-11)¹³.

De esta manera da cuenta que los procesos en cada hospital cambian y si bien las maternas podrían prepararse en el hospital de Sonsón para tener un parto humanizado y más ameno, esto cambiaba si debían desplazarse a otro hospital.

“Mientras eso me tocó aguantar dolores hasta que decidieron remitir para La Ceja, ya de ahí esperar que la ambulancia pudiera salir conmigo mientras eso me tocó aguantar y aguantar dolores hasta que lograron salir conmigo” (YL-10)¹⁴.

En este sentido, los procesos de parto no solo implican los tiempos en que las madres entran en trabajo de parto, sino también la espera a la que estuvieron enfrentadas para ser atendidas y trasladadas, al mismo tiempo al ser hospitales de tercer nivel, se da una alta demanda de servicios por ende el trabajo de parto tiende a ser menos acompañado y muchas veces interfiere con el trato humanizado.

7.1.4. ¿Y quién enseña cómo cuidar un bebé?

Tras el parto viene otro proceso, también totalmente nuevo para estas inexpertas madres y es que cómo cuidar a su bebé cargarlo, amamantarlo hasta cambiarlo se vuelve todo un reto cuando se hace por primera vez.

“Posparto, acá en el municipio fue muy buena la atención, no tengo quejas, no tuve que hacer ningún tipo de filas, ni ningún tipo de reclamo” (LR-15)¹⁵.

Y es que al igual que sucedió con los controles, el parto y el posparto estas madres tuvieron en común además del nacimiento del bebé, el estado de salud que presentaron después de su alumbramiento.

¹³ Entrevista con la ML Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

¹⁴ Entrevista con la YL Sonsón, Antioquia, 11 de abril de 2023

¹⁵ Entrevista con la LR Sonsón, Antioquia, 25 de mayo de 2023

“el niño lo dejaron hospitalizado en neonatos en incubadora porque perdió peso, él se quedaba dormido, él no se pegaba, por eso bajo de peso, en ese momento yo ya estaba de alta, en plena dieta, la sala donde me tocaba quedarme para alimentarlo, dormir en un sillón no en cama, es muy duro ya que supuestamente se tiene que cuidar del frío, lo prioritario es él bebé. Tenía que alimentar él bebé cada 2 horas, el acompañamiento de la doctora fue súper bien, le enseña a uno como pegarlo, como queda fácil y cómodo y le enseña muchas cosas” (MC-3)¹⁶.

Un tema que parece sencillo o más bien innato y es el de alimentar al bebé se puede presentar como una gran complicación, pues cuando éste rechaza el seno su salud se ve afectada como en el caso anterior, al respecto se observa que, aunque la madre no contaba con los mejores espacios en el hospital para cuidarse y permanecer allí al tanto de su bebé, sí tuvo un acompañamiento idóneo de la médica que la atendió.

“La niña se me puso amarilla, al otro día había que darle sol, yo no sabía, se puso amarilla, amarilla, y yo tenía miedo, yo lloraba, yo pensaba se va a morir, adicional yo no tenía pezón, no me dejaron poner pezoneras ni nada de eso, la niña se estaba descompensado la azúcar, me dejaron una semana allá con la bebe, ella estuvo en incubadora, fue difícil para alimentarla, la verdad fue el trato muy duro y quería irme ligero de ahí, a mí lo que más me marcó fue lo que dijo la médica es que usted es un dramática” (AC-4)¹⁷.

Como ya se mencionó la inexperiencia de las madres es quizá uno de los factores que más juega en contra de la concepción y cuidado posterior del bebé, como se observa en el relato anterior, la madre desconocía que debía sacar a su niña al sol, además tenía complicaciones para alimentarla, pero a diferencia de la madre anterior el acompañamiento por parte de la médica que la estaba atendiendo fue tosco y poco humano, pues pareciera que ella simplemente por el hecho de ser madre, debía tener todos los conocimientos al respecto luego del parto.

“La niña no la pude alimentar, a mí se me secó el alimento para poder meterme a cirugía entonces mi mamá se trajo la niña, yo me quedé con mi marido. En recuperación cinco días después del

¹⁶ Entrevista con la MC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

¹⁷ Entrevista con la AC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

parto y con mucho dolor y me tenía que recuperar en cinco días para ya luego hacerme la cirugía de corazón abierto todo fue muy complicado” (EB-7)¹⁸.

En cuanto a la madre anterior, las complicaciones de su salud ya evidenciadas en el embarazo como era su problema del corazón hizo que su posparto fuese también bastante difícil, aunque no refiere cuál fue el trato desde el hospital. Algo que se destaca es que contó con el apoyo de su madre y compañero sentimental, señal que minimiza un tanto el hecho de tener su bebé, no poder alimentarla y, a su vez, tener que entrar casi una semana después a una cirugía riesgosa de corazón.

“Después del embarazo fue muy duro porque el bebé se enfermaba mucho, el sufría mucho de fiebres, muy desgano para la comida, no solo eso, después de que tuve el niño también hubo muchos problemas” (KG- 6)¹⁹.

Si el embarazo constituye un cambio drástico en la vida de estas madres, el posparto sí que lo es, y es que la sola llegada de un nuevo ser a la vida de las madres y a su entorno se convierte en todo un desafío en el que la mayoría de las ocasiones no se tiene un manual para el cuidado y manejo de diversas situaciones. La enfermedad o complicaciones propias tanto de la madre como del bebé, en la mayor parte de los casos no se saben manejar, hacen que estas madres cataloguen su proceso como “difícil” o “complicado”, de este modo, es clave que desde las instituciones prestadoras de los servicios de salud y su personal existen parámetros claros a la hora de guiar estos casos, enfatizando en brindar una atención humanizada que vaya más allá de traer un niño al mundo.

7.2. Un recorrido por los servicios de salud

Los servicios de salud comprenden un conjunto de prestaciones ofrecidas por instituciones y profesionales médicos, con el propósito fundamental de salvaguardar el

¹⁸ Entrevista con la EB Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

¹⁹ Entrevista con la KG Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

derecho a las personas. En este sentido, al abordar los servicios de salud relacionados con los procesos de gestación, parto y posparto en el contexto de las madres adolescentes atendidas en la ESE Hospital San Juan de Dios de Sonsón, Hospital de la Ceja, Hospital de Rionegro, se han evidenciado dos tipos de percepciones significativamente divergentes con respecto a la calidad y la eficiencia de estos servicios.

Por un lado, algunas madres adolescentes expresan una percepción positiva hacia la atención recibida en estas instituciones de salud. Argumentan que el personal médico y de enfermería ha demostrado un alto grado de profesionalismo y empatía, brindando un apoyo integral durante el proceso de la gestación, parto y postparto. Estas madres han experimentado una atención de calidad que les ha permitido confianza en el sistema de salud y les ha proporcionado un ambiente seguro para la llegada de sus hijos.

Por otro lado, existen madres adolescentes que manifiestan una percepción negativa con relación a los servicios de salud en estas mismas instituciones. Sus críticas se centran en la falta de comunicación afectiva y efectiva por parte del personal médico, tiempos de espera prolongados, insuficiente orientación sobre cuidados prenatales y postparto y una percepción en general sobre la atención deshumanizada. Estas madres adolescentes sienten que sus necesidades y preocupaciones no son abordadas de manera adecuada, lo que genera un sentimiento de desconfianza en el sistema de salud.

Es evidente que las percepciones de las madres adolescentes respecto a la prestación de los servicios durante su proceso de gestación en los hospitales mencionados varían significativamente, estas divergencias en las percepciones subrayan la importancia de una evaluación exhaustiva de la calidad en la atención médica y la necesidad de implementar mejoras que aseguren una atención integral para todas las madres adolescentes que acceden a los servicios de salud.

7.2.1. La atención en salud centrada en la gestante adolescente

De esta manera, desde las madres adolescentes que vivieron la experiencia de un embarazo y que compartieron su relato se pudo evidenciar un recorrido porque tuvieron diferentes experiencias en torno a la clasificación de los servicios que recibieron en sus procesos de gestación, parto y posparto, es así como siete de las 15 madres adolescentes expresaron que se dio una buena atención y lo relacionaron con buenos servicios, entendiendo que estas mujeres recibieron atención en relación con los controles y exámenes que necesitaban para saber cómo se iba desarrollando el embarazo.

“Todo acá fue muy bien: controles, ecografías, excelente la remisión, no tuve complicación en nada. Sacan programas de mujeres gestantes era un programa chévere, siempre en los servicios de salud me tuvieron preferencia” (AP-9)²⁰.

Hablar de un buen servicio de salud puede abarcar muchos aspectos, pero la primera premisa para clasificar un buen servicio es que en el momento que necesitan una atención prioritaria, un examen o solucionar una duda, exista un profesional que pueda resolverles dicha inquietud de manera cordial y oportuna; este es el caso de (BN-1) la cual por sus condiciones de salud debía tener una atención prioritaria.

“En general la experiencia fue buena, los médicos siempre me trataban bien, siempre muy atentos con la condición clínica porque yo tenía antecedentes de preeclampsia con mi mamá y a mí también me dio preeclampsia, entonces desde un principio me hicieron todos los protocolos me mandaron antihipertensivos porque se me empezó alterar la presión, en todas partes era muy alertas cuando yo les decía que tenía la presión alterada. En general muy buena la atención, no tengo ninguna observación, en general me fue muy bien” (BN-1)²¹.

Cuando se es madre primigestante y además de eso adolescente no se tiene mucho conocimiento sobre lo que es un proceso de gestación, parto y posparto por lo

²⁰ Entrevista con la AP Sonsón, Antioquia, 5 de abril de 2023

²¹ Entrevista con la BN Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

que se hace necesario que las personas encuentren en el personal de la salud alguien de confianza que le brinde toda la atención y respuesta a su proceso, en especial, cuando se trata de procedimientos que implican riesgos mayores.

“La atención fue muy buena los controles, no tengo queja de que me atendieron mal, mi bebé no la tuve por acá, la tuve en Medellín, fue una atención excelente, siendo menor de edad fui con mi acompañante lo atendieron muy bien” (SB-14)²².

Otro de los temas que se evidenció en los relatos es que el buen servicio también está determinado cuando las madres manifestaron que les permitieron tener un acompañante en su proceso, es decir se les reconoció su condición de menores de edad y desde allí se comprende que es necesario que estas estuvieran acompañadas por el personal de salud que les pudiera brindar un parte de tranquilidad.

Desde lo anterior se puede determinar que más allá de si las madres recibieron la totalidad del servicio lo importante es cómo estas percibieron la experiencia, en la cual manifiestan que desde el reconocimiento que les brindó el personal de la salud no solo lograron un acompañamiento, sino que pudieron acercarse con mayor facilidad a atenciones como ecografías, exámenes, controles, entre otros.

Estas mamás tuvieron una buena experiencia, porque en primer lugar los médicos y en general todo el personal asistencial que las atendieron les ofrecieron una explicación del proceso, las revisaban oportunamente y les indicaba el paso a seguir, aquí se puede evidenciar que el médico y demás personal de la salud pueden dar un parte de tranquilidad a los pacientes para que se sientan seguros. Así, la seguridad del paciente de cierto modo la brindan, médicos, enfermeras y personal administrativo ya que estos pueden no solo indicar los procedimientos, sino ejercer un rol de acompañamiento, por ende, es su responsabilidad enseñar, explicar y guardar la calma, de esta manera cuando desarrollan estas habilidades le están brindando tranquilidad y confianza al paciente ya

²² Entrevista con la SB Sonsón, Antioquia, 23 de mayo de 2023

que este sabe que está en manos de un buen profesional y que le están prestando un buen servicio.

“Durante el embarazo fue todo muy excelente, los controles, me explicaban todo lo del bebé, las ecografías. Y en el parto que no haya practicantes, está bien que están estudiando, tienen que hacer sus prácticas pero que no los pongan en esa situación y menos con una adolescente, porque es la vida del bebé y la mamá que están en juego, y para sacar la placenta, se supone que la placenta sale por sí sola, y no tienen por qué empezar a jalar, ni extraerla con algo, porque ella por sí sola la expulsa” (SB-14)²³.

El relato anterior da cuenta de la clasificación de buena experiencia con los servicios de salud prestados por el hospital de Sonsón durante la etapa de gestación, donde la madre resalta que el médico tenía conocimiento y le explicaba todo lo referente a su etapa, sin embargo, hace la diferenciación entre estos y los practicantes resaltando que ellos por estar estudiando aún no tienen tanta experiencia por lo que tienden a cometer errores en la atención.

Si bien la mitad de las 15 madres adolescentes entrevistadas expresaron que tuvieron una buena atención y que están conformes con los servicios de salud, clasificándolos como buenos, la otra mitad de mujeres identifican la prestación de servicios como deficiente situación que está ligada a que sus experiencias no fueron amenas y tuvieron que trasladarse a otros hospitales o realizar procedimientos particulares para garantizar su derecho a la salud en su estado de gestación y parto, ya que el hospital no contaba con el servicio o, bien, las autorizaciones para ser atendidas tardaban bastante.

En este punto no podemos dejar de lado las barreras de acceso a los servicios de salud que enfrentaron tanto las madres adolescentes como su entorno familiar. Las barreras se asocian con esas estrategias que al ser aplicadas niegan, dilatan o no permiten la prestación del servicio de salud. Dichas barreras se vinculan con directrices

²³ Entrevista con la SB Sonsón, Antioquia, 23 de mayo de 2023

administrativas que son poco claras o incluso inexistentes, a saber, es común encontrar en los centros de atención u hospitales a los que acceden estas personas que no cuentan con un servicio determinado, por ejemplo, para el caso de las madres poder realizarse una ecografía en el hospital de su municipio. Se da entonces una inequidad en los servicios de salud, pues las distancias geográficas, económicas y organizativas hacen que estas madres estén en desventaja con relación a otras que pueden ser atendidas en su lugar de procedencia.

En este mismo sentido, desde la administración de los servicios no todos los profesionales del área cuentan con la información precisa para direccionar a las madres y a sus familias y que la atención sea más expedita, sucede también que solo los coordinadores médicos tienen la información completa para estas madres, por lo que todos los protocolos deben pasar por sus manos, lo que incide también en el retraso de los procesos.

Los usuarios se enfrentan a limitaciones desde la entrada y búsqueda de la atención por fallas en la comunicación con las EPS e IPS para acceder a los servicios de salud. En la continuidad del servicio, se encuentran con barreras derivadas por las autorizaciones, falta de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos, lo que ocasiona percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para éstos, como para sus familias. Las barreras de acceso son generadas principalmente por el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que proporciona algunas prácticas indebidas de las Empresas Administradoras Planes de Beneficios en Salud, lo cual concuerda con lo reportado por otros autores Pavón y Gogeochea.

Adicionalmente, no se puede desconocer que las madres adolescentes enfrentan estrés de tipo personal y familiar, además de ausentismo académico por su edad, lo que puede incidir negativamente en su proceso de gestación, parto y posparto.

7.2.2. La ausencia de la humanización en los de servicios

Cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace referencia en principio, a todas aquellas acciones que hace más humano al hombre, por ello es necesario definir el concepto de humanización basada en la relación profesional, usuario, gestor de salud. Según Bermejo, humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud, la preparación de los profesionales para concientizar y sensibilizar la atención de los usuarios, el reconocimiento y respeto por el otro (83).

Por eso en este capítulo se reconoce los agentes que se relacionan con el proceso de atención en salud como son los profesionales, pacientes adolescentes y sus familias. Para llevar a cabo este proceso es necesario identificar nuestros profesionales llámense médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, entre otros. Son ellos los llamados a poner todo su conocimiento al servicio de los demás. Siempre priorizando la sensibilidad y la ética en el cuidado de la dignidad humana, ofreciendo una atención con claridad, comunicación e información de manera asertiva (78).

Igualmente, la humanización de los servicios en salud está directamente relacionada con la atención e información de los distintos profesionales que tienen contacto con las madres adolescentes y sus familias. El objetivo es que los pacientes, en este caso las madres tengan a su disposición toda la orientación pertinente, un trato amable, respetuoso y profesional donde tengan claros sus deberes y derechos para que puedan decidir de manera autónoma pero informada sobre todo su proceso de embarazo, parto y posparto (78).

En el relato siguiente, fue común encontrarse este tipo de opiniones y experiencias que determinaban siete de las madres entrevistadas, donde se puede evidenciar dos aspectos y es la ausencia de servicios y por otro lado la ausencia de calidad humana. Como se desarrollaba en el apartado anterior la percepción de buenos servicios está ligada desde el principio en la relación que se establece con el personal de la salud, es

por esto por lo que si esta no se da de manera correcta tiende a generarse una percepción mala del servicio.

“Acá en el hospital muchos exámenes y ecografías, bueno me tocaba desplazarse para Rionegro porque había muchos exámenes que no los hacían acá, me tocaba desplazarse mucho para Medellín y Rionegro, porque no los hacían acá en Sonsón, cuando llegaban las brigadas ya era muy tarde, entonces siempre me tocaba desplazarse mucho para Rionegro” (YL-10)²⁴.

Cuando se referían al servicio como deficiente, en su mayoría, tiene un punto de encuentro es que muchos de los exámenes, ecografías y medicamentos no los tenía la institución, más que una deficiente atención de los médicos o el personal, se refieren es al reto que era poder conseguir una ecografía u otros exámenes y que por esto debían desplazarse a otros hospitales como el de Rionegro o el de La Ceja y esto generaba que optarán por costearse estos exámenes y servicios de manera particular. Cuando se habla de buenos servicios de salud sin duda alguna están ligados a que puedan cubrir totalmente al paciente, pero si estos no tienen suficiente cobertura o hay ausencia de algunos de ellos, lo que genera la idea de un mal servicio, porque no se da una atención integral al paciente.

“Me sentía asustada porque en el hospital de Sonsón no tienen todos los recursos por ser de primer nivel y no tiene ginecólogo, ni pediatra ya que yo quería la mejor atención para mí y para mi bebé” (EZ-12)²⁵.

El sistema de salud divide los hospitales en niveles que definen su especialidad y capacidad de atención y esto hace que muchos no cuenten con los especialistas capacitados o equipos para atender a determinados pacientes, cuando la comunidad tiene conocimiento de esto tiende a generar un poco de temor ya que saben que allí solo pueden tener acceso a servicios básicos de salud. Así lo expuso en el relato la voz anterior, donde expresa que quería lo mejor en su parto pero que era consciente que el hospital no contaba con los especialistas, esto le generaba miedo, por lo que se ven en

²⁴ Entrevista con la YL Sonsón, Antioquia, 11 de abril de 2023

²⁵ Entrevista con la EZ Sonsón, Antioquia, 19 de abril de 2023

la necesidad de elegir otros espacios, aunque estos queden más lejos o sea más costoso trasladarse.

Y es que además de que no contaban con especialistas tampoco tenían los servicios de ecografías, por ende, en muchos casos tuvieron que pagar para poder acceder a estos servicios de manera oportuna.

“En cuanto a las ecografías obviamente para no estar viajando a Rionegro a Medellín por parte de la EPS me las hacía particular o con las brigadas que venían a Sonsón, yo me hice tres ecografías que son las que se deben hacer en el embarazo trimestral” (ML-11)²⁶.

El hecho de que las entrevistadas relatan que tuvieron que pagar los servicios de manera particular, evidencia su ausencia, por lo que no se cumple a cabalidad el proceso y esto hace que las usuarias no califiquen de la mejor manera los servicios. A esto se le suma otro factor y es que aparte de que no existe una cobertura de todos los servicios, se evidencia en varios casos la ausencia de calidad humana por parte del personal de la salud.

“Acá en la ESE Hospital San Juan de Dios pésimo yo iba enferma a urgencias y que no era nada, cuando tenía anemia que no era nada, que no era nada, nada, cuando ya llegó una toda formalita y me detectó la anemia, pero muy avanzada, pero las de acá decían que no era nada, el tratamiento no fue acá, fue en otra institución” (EB-7)²⁷.

La ausencia de la calidad humana se puede catalogar desde dos puntos centrales que se identificaron en las entrevistas, el primero se evidencia en el relato anterior y es que expresan que a pesar de que comunicaban al personal de la salud síntomas estos hacían caso omiso a esto y después presentaban problemas de salud más fuertes, cuestión que es complicada porque estaban en su proceso de gestación y parto.

²⁶ Entrevista con la ML Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

²⁷ Entrevista con la EB Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

“La verdad en Rionegro no me gustó el trato debido a que me llené de nervios en el proceso del parto, y lo que dijo una enfermera era que yo era una dramática, me parecen que son muy ignorantes empiezan a decirle a uno que porque cuando estaban en ese momento no les dolió” (AC-4)²⁸.

Cuando manifestaron que tuvieron este tipo de situaciones se evidencia la otra arista de la calidad humana que radica en que no hay una conexión con el paciente, si bien ya venían con un proceso de Sonsón cuando llegaron a otros hospitales el proceso cambiaba, y es que para muchas el proceso de parto se deshumaniza.

De esta manera, el mal trato en la sala de partos y en general durante todo el proceso radica en una violencia que se reconoce como obstétrica, y que se puede entender al mismo tiempo como violencia de género; es necesario recalcar que estas adolescentes estaban aprendiendo en el camino y tener que encontrarse con personal de la salud que no las atiende como se debe y que además les faltan al respeto hizo que fueran doblemente vulneradas.

Finalmente, y aunque si bien manifestaron que los servicios fueron buenos, 11 de las 15 madres se encuentran en un relato donde cuestionan algo del sistema ya sea los servicios o la atención, haciendo que aún falte mucho por construir en el ámbito de salud desde los procesos de gestación, parto y postparto en madres adolescentes.

7.3. La atención en los servicios de salud, una experiencia que marca la vida

Este capítulo se centra en la experiencia de las madres adolescentes entrevistadas, ya se ha hecho un recorrido general en un primer momento en cuanto al proceso de atención donde se daban cuenta de que estaban en embarazo y se procedía a una activación de servicios y acompañamiento durante la gestación, parto y posparto; luego identificaron cómo clasifican los servicios de salud desde lo bueno y lo malo,

²⁸ Entrevista con la AC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

cuestión que está netamente ligada a su experiencia personal y a sus necesidades específicas, para finalmente llegar a este apartado que recoge ya de manera global esas experiencias que vivieron las madres gestantes, así como algunas reflexiones por parte de las investigadoras con relación a la experiencia vivida por las madres, igualmente se mencionan algunos elementos que desde la literatura se han catalogado como barreras de acceso a la hora acceder a la atención y a los servicios necesarios.

En lo que se identificó a partir de las quince entrevistas realizadas es que las experiencias se pueden leer a partir del trato y el acceso a la información. El trato se entiende entonces como esa relación que tuvieron las pacientes con el personal de salud en todo el proceso de gestación, parto y posparto. Primero es necesario mencionar que ninguna de las madres adolescentes entrevistadas manifestó que fuera tratada de manera diferente por ser adolescente o menor de edad y esto hizo que su experiencia se diera como la de cualquier otra mujer, desconociendo que una adolescente aún no está preparada para ser mamá y quizás no conozca mucho sobre el tema y las transformaciones que presenta no solo su cuerpo, sino también su vida en general.

“En sí que hubiera buena atención, que estuvieran ahí pendientes de cada cosa, un apoyo de los mismos médicos, uno como menor de edad no sabemos nada, uno va para que le expliquen, pero ellos eran como si usted supiera todo, y que tuviera el conocimiento de todo” (EB-7)²⁹.

Su experiencia en definitiva está ligada al trato porque estas madres reconocen la importancia de que se diera una diferenciación, entendiendo que no conocían muchas cosas de su nueva etapa y se hacía necesario que se les explicara, sin embargo, el personal de salud daba estos conocimientos por hecho y no se tomaba el tiempo suficiente de enseñarles si era necesario, esto causa entonces que ligen su experiencia no solo a un trato igual sino también a un trato deshumanizado.

²⁹ Entrevista con la EB Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

De acuerdo con, Restrepo, Silva, Andrade, Dover. se conciben una serie de factores de acceso a los servicios de salud, que a su vez se organizan según el grado de importancia dado por los actores, dentro de dichos factores se encuentra la capacidad del sistema para responder a las necesidades del usuario, en este punto cabe hablar de los canales de comunicación que como se observó para la atención de estas madres no fue el más claro, pues los profesionales que las atendieron daban por sentado que las madres ya poseían un conocimiento frente al proceso (79).

Sumado a este, otro factor clave que reconocen los autores anteriormente mencionados, tiene que ver con el conocimiento sobre el usuario por parte de los actores del sistema, en este punto se deben tener claras las necesidades que tienen dichas usuarias, así como garantizar que el modelo de atención sea el adecuado de acuerdo con la condición social; con relación a este tema, como ya se observó, el modelo de atención debería estar diferenciado y aunque en las políticas públicas se esboza, en la teoría se evidencia como muchas de estas madres al ser adolescentes tienen una condición social distinta que, en muchos casos, no cuentan con el acceso adecuado a información y acompañamiento necesario para sentir que están recibiendo un trato distinto, teniendo en cuenta que esta es su primera experiencia como madres (79).

De esta manera, cuando se habla de trato deshumanizado no se reconoce al otro como un sujeto que tiene derechos, la relación con el paciente se liga, entonces, al desconocimiento que se tiene de este, donde solo se atiende desde lo técnico pero no se tiene en cuenta la parte humana; asimismo, las entrevistadas relataron continuamente que si bien en su proceso de controles en el hospital de Sonsón fueron mejor atendidas y les explicaban un poco más cada paso en su proceso, en momentos como el parto donde muchas tuvieron que trasladarse a Rionegro, expresaron que allí tuvieron un procedimiento más técnico pero muy poco humanizado.

Por lo tanto, es importante destacar que la disponibilidad de un portafolio de servicios de atención representó barreras significativas para las madres adolescentes

que buscaban recibir atención médica. En particular, en el Hospital de Sonsón, varias de estas madres se encontraron con la dificultad de acceder al parto, a pesar de haber realizado sus controles prenatales en ese mismo hospital y residir en el mismo municipio. Esta situación se vincula con diversos factores, relacionados con la infraestructura hospitalaria de primer nivel y la formación de los médicos en las universidades.

Adicionalmente, es importante señalar que, debido a la legislación vigente, en algunos casos, se les impide a los médicos administrar anestesia durante el parto, lo que influye en la decisión de trasladarse a otros centros de atención médica. Esto se traduce en desafíos adicionales, como la distancia a los centros de atención médica de II y III nivel, la disponibilidad de transporte adecuado y los costos asociados con los servicios médicos, aunque es cierto que algunas madres y sus familias pueden superar esos obstáculos y costos, no todas tienen la misma capacidad económica para hacerlo, lo que crea una barrera de acceso a la atención médica.

Las limitaciones en la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud, combinadas con restricciones legales en algunas cosas, están contribuyendo a que las madres adolescentes enfrenten dificultades considerables para recibir una atención adecuada durante el proceso de parto y atención postparto. Estos desafíos destacan la necesidad de abordar tanto los aspectos logísticos como las barreras económicas para garantizar que todas las madres adolescentes tengan acceso a una atención de calidad en momentos tan críticos como el parto.

A lo anterior, se suma la falta de empatía y conocimiento por parte de los profesionales de la salud en cuanto a las necesidades reales de las madres adolescentes genera una brecha en el relacionamiento, que incide en una atención adecuada, es una necesidad y un reclamo que toma voz en los propios relatos de las madres cuando se les preguntó cómo debería ser el trato para con ellas.

“De manera humanizada y con carisma, no ser maltratada por los profesionales de la salud, que tengan en cuenta que somos menores de edad con desconocimiento del proceso de embarazo, parto y puerperio y mucho más de lactancia materna” (LR-15)³⁰.

En consonancia con esa atención integral y diferenciada una de las madres entrevistadas llama la atención sobre lo importante de contar con un acompañamiento psicológico, y más información sobre todo en el proceso de gestación en la adolescencia.

“Me trataban igual, aunque yo estuve en sesiones con psicólogo, en ese momento estaba pasando por una depresión porque estábamos pasando por una situación familiar difícil, pero la atención fue super bien. Que hubiera más acompañamiento por parte de los psicólogos, digamos en una adolescente es difícil aceptar que llega un nuevo cambio, que la vida va a ser diferente y no solo a la mamá gestante, sino a todo el núcleo familiar como tal. No, por ser mamá adolescente, mamá primeriza si debieran tener un trato diferenciado, darles mejores bases, guiarlas, de pronto las mamás que tienen más hijos tienen suficiente conocimiento frente a muchos temas de salud, mientras que las mamás primerizas no, una mamá adolescente necesita más acompañamiento, por la edad, por los cambios, y hay mamás adolescentes que carecen de acompañamiento familiar, bueno, estable, o les toca solas por que el papá no las va a acompañar en este proceso. Se requiere incentivar más hacia las adolescentes para que participen de esos cursos porque la mayoría eran más adultas y con más hijos, es muy poca la adolescente que participa de esos cursos profilácticos. Quizás por miedo a juzgar, por depresión” (LC-2)³¹.

Como alude esta adolescente los cambios son radicales, la ansiedad e incertidumbre no se hacen esperar, lo que puede llevar a estados depresivos, más aún si no se cuenta con el acompañamiento por parte de la familia, el compañero sentimental y una información más acertada frente a todo el proceso. A esto se le suma que en cuestiones de acceso y acompañamiento la cultura de la madre y su familia resultan determinantes, y es que para que dicha atención sea la más acertada es clave que desde los profesionales administrativos hasta los médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud tengan en cuenta el estilo de vida, las prácticas, creencias y saberes de las adolescentes tal y como lo mencionan Restrepo (79).

³⁰ Entrevista con la LR Sonsón, Antioquia, 25 de mayo de 2023

³¹ Entrevista con la LC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

De este modo, es claro, que las instituciones de salud deben de contar no solo con protocolos sino también con profesionales especialistas en salud mental que brinden un acompañamiento cercano y adecuado tanto a las madres adolescentes como a sus familias, pero sucede que la atención suele medicalizar y las madres se convierten en un número más en la atención. A su vez, más allá de ofrecer servicios y atención en psicología sólo cuando las madres presentan síntomas o estados de depresión es un asunto que vale la pena considerar, pues es claro que este proceso implica nuevas miradas y formas de vida para las madres, más cuando son adolescentes, así el acompañamiento en su salud mental y física se hace más que necesario.

Frente a este tema, lo ideal sería que las instituciones prestadoras de salud contarán específicamente con una unidad o mínimamente una oficina atendida por profesionales en psicología, desarrollo familiar y psiquiatría donde las madres que son adolescentes fueran direccionadas inmediatamente se confirma su estado de gestación, así como los controles prenatales se hacen obligatorios, la atención psicosocial con enfoque de edad debería tener un enfoque similar.

A su vez, este acompañamiento debe direccionarse no solo a las madres que inician el proceso, sino también al entorno familiar al cual pertenecen, es evidente que se da un cambio drástico en la familia inesperado para todos, en ese orden de ideas padres y hermanos deben recibir orientación sobre cómo llevar el proceso con la madre potencial para evitar que sea traumático y se tomen las mejores decisiones tanto en el presente como a futuro.

8. Discusión

Evitar la violencia obstétrica, llevar a cabo un parto humanizado y una atención diferenciada para con las madres su bebé y entorno, son factores determinantes a la hora de brindar un óptimo cuidado en salud; de este modo, los profesionales del sector así como las instituciones prestadoras del servicio deberían conocer y cumplir con todos los protocolos necesarios para que dicha atención sea idónea, más aún si esta se presta a madres adolescentes que enfrentan por primera vez este proceso y que, en muchas ocasiones, desconocen sus deberes y derechos con relación a los cuidados que deben recibir.

Frente a esta atención y relacionamiento de las madres y sus familias con los profesionales de la salud, Jardín citado por Laverde y Parada argumentan que “estos cambios han producido una intensa medicalización del cuerpo femenino, promoviendo su desfragmentación, despersonificación y patologización, además de generar la utilización abusiva de intervenciones no tan necesarias en la mujer y en el bebé” (80).

El parto humanizado supone que la madre y su entorno familiar reciban por parte de los profesionales de la salud, así como de las instituciones además de una atención basada en el respeto, el buen trato y la comprensión, una atención informada de sus derechos y deberes con relación a este proceso que para muchas madres es completamente nuevo.

Al respecto hay que destacar que: desde mediados de julio, en el país rige la “Ley de parto digno, respetado y humanizado” aprobada por el Congreso de la República con el propósito de reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, postparto y duelo gestacional y perinatal; respetando su libertad y conciencia (46). Pero, además, se trata de una normativa específica que reconoce los derechos que cobijan a los recién nacidos (81).

Se habla, entonces, de una atención integral en todas las etapas del proceso: cuidado prenatal, parto, así como el cuidado tanto del recién nacido como de su madre. En ese orden de ideas y según esta Ley, se debe tener presente la ética e idoneidad de

los profesionales de la salud, así como el equipamiento en cuanto a insumos y ayudas tecnológicas de las clínicas, hospitales y demás espacios de salud donde además se tengan en cuenta los enfoques diferenciales y la interculturalidad, garantizando una atención digna para las madres y sus bebés.

Petersen citando a Losada menciona que: De acuerdo con este razonamiento, la evaluación de la calidad del servicio en salud debe realizarse aún a partir de criterios subjetivos, los cuales posteriormente se pueden usar y trasladar a parámetros objetivos de desempeño. No importa si el paciente está en lo correcto o equivocado en su evaluación, lo realmente válido es cómo siente y percibe la experiencia de servicio (93); y como ya se mencionó esta percepción sobre la atención debe ser analizada desde que la madre ingresa al centro médico donde la recibe un vigilante cuya labor primaria es orientarla adecuadamente para que ya en la parte administrativa y de salud, como tal, su recorrido sea lo más expedito posible.

No obstante, en lo que se observó tras analizar los resultados de las entrevistas hechas a las madres adolescentes en el municipio de Sonsón, dichas características de lo que debería ser un parto humanizado se alejan bastante de la atención recibida por la mayoría de estas madres, por ejemplo, en el testimonio de (MC-3) se pudo constatar que:

“Fue un poco complicado ya que los primeros meses presenté una infección, los primeros meses me la trataron , luego después del mes volvió, hasta que lo tuve, ya desde ahí me enviaron alrededor de siete drogas y no funcionó, en el momento de ya tener 37 semanas me dijeron que me tenían que poner una droga que en el hospital no la había, tiene que ir a un hospital que le pongan la droga para que el niño no nazca con esa infección, me hice el tratamiento por 10 días, esperé a los diez días el resultado salió positivo nuevamente, me dirige hacia el Hospital San Juan de Dios de Rionegro, donde en el momento del parto me pusieron droga para que el niño no naciera con la infección”(MC-3)³².

El testimonio refleja cómo, a pesar de la atención satisfactoria brindada en el hospital, la madre se vio en la situación de no poder ser atendida en el mismo municipio debido a la falta de medicamentos necesarios para la atención médica. Este incidente plantea un interrogante sobre si en Colombia, en la actualidad, la atención de partos por

³² Entrevista con la MC Sonsón, Antioquia, 3 de abril de 2023

parte de médicos generales en los niveles de atención primaria está prácticamente prohibida.

Esta situación se relaciona directamente con desafíos de acceso a los servicios de salud que, en este caso, no se resolvieron. Este desafío incluye la proximidad a los centros de atención y los costos asociados con la prestación del servicio de salud. En este caso específico, la madre tuvo que asumir los gastos de su traslado a otro municipio para realizarse el tratamiento que requería hasta el día del parto.

Este testimonio pone de manifiesto, la problemática que enfrentan algunas madres en cuanto al acceso a la atención del parto en los niveles de atención primaria, lo que plantea la cuestión de si se necesita una revisión de políticas de atención médica en Colombia para asegurar una atención más accesible y oportuna en situaciones similares.

Van der Stuyft, menciona que clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados (82).

En este sentido, hospitales como el de Sonsón al ser de primer nivel no cuenta con una atención especializada para atender diferentes tipos de pacientes, es por esto por lo que en muchos casos las madres adolescentes se sintieron inseguras al ser atendidas en este hospital porque no tenían todos los servicios a la mano.

A su vez, se observa como en muchas ocasiones las recomendaciones que hacen los profesionales de la salud no son las más adecuadas teniendo en cuenta la edad y el conocimiento de estas madres, tal fue el caso de (EB-7) quien menciona:

“Pues de mi embarazo me vine a dar cuenta a los dos meses, porque yo descolgaba (lanzarse en bicicleta por una carretera de alta pendiente) y nos accidentamos, entonces fui al hospital y me dijeron que estaba en embarazo y yo no sabía, entonces empezaron con un mundo de excusas

por lo que yo tengo una luxación de cadera, que yo no podía, hubo alguien que dijo que yo no podía tener que lo abortara, yo me fui para mi casa, al hospital solo iba al control” (EB-7)³³.

El anterior testimonio deja entrever como frente los antecedentes de salud de la madre uno de los consejos que le entregan en el centro de atención en salud es que no tenga el bebé, algo que por completo va en contravía de lo que es un parto humanizado, pues ante las condiciones de vulnerabilidad de la menor y quizás apelando al desconocimiento de esta por ser una madre primeriza se ofrece la salida más “facilista” que es la de no tener el bebé, algo que genera en (EB-7) una desconfianza en los servicios de salud y en sus profesionales a los que solo va para sus controles de rutina; y es que cuando el parto no se humaniza se desconocen los derechos de la madre y su compañero, por ejemplo de que este pueda estar presente a la hora del nacimiento del bebé, no se explican asuntos claves para la madre sobre cómo son las recomendaciones para lactar al bebé o qué hacer si este presenta un llanto constante, para muchas madres pueden ser cuestiones naturales, y para estas madres menores de edad se convierten en elementos decisivos para hacer más satisfactorio este nuevo proceso.

Así cuando este trato no se hace tangible podemos estar hablando de violencia obstétrica como lo mencionan Lafaurie, “De la conceptualización sobre la violencia obstétrica se devela la existencia de un fenómeno multideterminado que conlleva la afectación de los derechos humanos de las mujeres vía una atención en salud sexual y reproductiva autoritaria y centrada en relaciones asimétricas de poder, dentro de un contexto altamente jerarquizado que origina la pérdida de autonomía sobre sus cuerpos y en que ellas son convocadas a someterse al poder institucional y pierden el control de un proceso que les pertenece” (83).

Dicha violencia se hace evidente en el testimonio *“para mí fue pésimo porque yo tenía el último control un sábado un día como hoy, la doctora me dijo es normal usted no tiene nada, me aguanté hasta el lunes con mi dolor y ya reventé fuente en mi casa a las seis de la mañana, nos vinimos para acá para Sonsón, la recepcionista de urgencias me dijo siéntese que no hay médico” (LO-14)³⁴.*

³³ Entrevista con la EB Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

³⁴ Entrevista con la LO Sonsón, Antioquia, 23 de mayo de 2023

Al respecto, Silva y Santana, mencionan que: “A veces, el uso de frases peyorativas y represivas se confunde como una forma de ejercer la autoridad en el entorno institucional. Esto evidencia las actitudes guiadas por las relaciones de género que históricamente ponen en peligro los derechos de la mujer” (84). En un intento de imponerse, profesionales terminan olvidando lo más importante, y la verdadera razón por la que los llevan a estar presentes en esa ocasión: para ayudar y apoyar (84).

Tanto el relato como la cita refrendan esa jerarquización del conocimiento donde quien tiene determinado saber, muestra un poder sobre la paciente al decirle que no tiene nada, situación que puso, incluso, en peligro la vida del bebé. Dichas relaciones se complejizan pues ya no se determinan por las características de un parto humanizado y que debería ser aplicado por todos los profesionales en salud, sino más bien por la empatía y los rasgos propios de cada médico, enfermera u otro profesional encargado de las atenciones.

Se instaura, de acuerdo con el autor Castrillo, una forma de relación de dominación /subordinación de las y los pacientes por la figura del médico como portador del saber-poder. Las relaciones de poder asimétricas y las imposiciones de clase y jerarquías presentes en la violencia obstétrica suponen, entre otras cosas, a las pacientes como sujetos subalternados, presentándose condiciones para que se desplieguen violencias, no sólo sobre las mujeres, sino sobre los varones que son sus parejas y sobre los recién nacidos (83).

Entre otros asuntos cuando esa violencia obstétrica se da, se desconocen los saberes de la madre y se le concibe como un “sujeto” que tiene el deber de colaborar para que todo en el parto salga bien, por ello estos menesteres deben ser observados con precaución toda vez que el proceso del embarazo requiere comprensión, respeto y amor.

En este marco, la violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de

género, que está tan normalizada a nivel social, que resulta difícil visualizarla como problema (80).

Con base en lo anterior, se aborda el otro concepto o factor clave y que tiene que ver con la atención diferenciada que deben recibir todas las madres al momento de ser atendidas, es claro que, dependiendo del contexto, la cultura, las creencias y por supuesto la edad cada madre debería ser tratada de manera diferente, no obstante, se constata que, aunque en la teoría se proclamen dichas distinciones en la práctica, esto realmente no sucede.

La atención integral de la gestante adolescente demanda la articulación de los sectores de justicia, protección y salud. Y es que desde el punto de vista legal las madres gestantes y más aún las adolescentes tienen un sustento que las ampara en casos especiales en donde deban y quieran interrumpir su embarazo, a saber: en caso de abuso, malformación del feto o riesgo para la vida de la madre, así desde la protección que se le brinda a estas madres, el sistema de salud y sus profesionales deben tener muy claro estos escenarios y orientar sin coartar a estas madres en decisiones de este tipo, es ahí donde el acompañamiento tanto en la salud física como mental cobran sentido y deben integrarse.

El sector salud debe ofrecer atención integral especializada y multidisciplinaria a la adolescente, sea cual sea la decisión que tome con respecto a la continuidad del embarazo para garantizar la restitución de los derechos, la protección y el bienestar físico y mental de la amenorrea y otros, como lo menciona Rivera (85).

Por ejemplo, para la madre adolescente entrevistada lo ideal hubiese sido que:

“En sí que hubiera buena atención, que estuvieran ahí pendientes de cada cosa, un apoyo de los mismos médicos, uno como menor de edad no sabemos nada, uno va para que le expliquen, pero ellos eran como si usted supiera todo, y que tuviera el conocimiento de todo” (EB-7)³⁵.

Así de acuerdo con Monterrosa, la adolescente embarazada debe recibir apoyo para desarrollar sensaciones y sentimientos referentes a la maternidad y no solamente atención médica prenatal o posnatal. Aspectos socioculturales y psicológicos deben tomarse en conjunción con los aspectos obstétricos, al implementar acciones de atención sanitaria (86).

De esta manera, el hecho de que estén embarazadas crea en los profesionales de la salud la idea de que estas madres pese a su edad ya tienen un conocimiento total del proceso, muchas, incluso, se sienten reprendidas por estar embarazadas a tan temprana edad, razón por la cual, atenderlas de acuerdo con las necesidades que tienen ya no parece ser una prioridad, así estas madres terminan siendo homogeneizadas.

La homogeneización de las gestantes, que las convierte en un número más, y su confinamiento al papel de espectadoras de lo que ocurre en su propio cuerpo son situaciones asociadas a la deshumanización que caracteriza la violencia obstétrica (8)(87)(12). El parto se asume como un evento externo a ellas que se protocoliza/estandariza por igual para todas las gestantes, sin reconocer individualidades (83).

Así una de las madres entrevistadas solicita en su relato que se les tenga en cuenta su condición de madres adolescentes a la hora de ser atendidas:

“De manera humanizada y con carisma, no ser maltratada por los profesionales de la salud, que tengan en cuenta que somos menores de edad desconocimiento del proceso de embarazo, parto y puerperio y mucho más de lactancia materna” (LR- 15)³⁶.

Ante la ausencia o los inadecuados procesos de comunicación entre profesionales de la salud y usuarias es recomendable la creación de ámbitos que fomenten el diálogo

³⁵ Entrevista con la EB Sonsón, Antioquia, 4 de abril de 2023

³⁶ Entrevista con la LR Sonsón, Antioquia, 25 de mayo de 2023

fluido, con intercambio de percepciones y perspectivas. En este sentido, también sería recomendable implementar un plan de parto que respete plenamente la autonomía de las mujeres. Otro aspecto interesante para mejorar la actual situación sería implementar programas que visibilicen la violencia de género en el ámbito sanitario, fomentar investigaciones relacionadas con la violencia obstétrica y lograr intervenciones que refuercen la autonomía de las usuarias. El reconocimiento de la existencia de la violencia obstétrica en nuestro sistema sanitario es el primer paso para lograr una sociedad más justa, equitativa y democrática (88).

Un aspecto que pudo observarse en las entrevistas realizadas es que aquellas madres que manifestaron haber recibido una buena atención y sin contratiempos, fueron, en su mayoría, las madres que no presentaron percances de salud durante el embarazo, el parto y el posparto, lo que hace reflexionar sobre ¿hasta qué punto los profesionales de la salud están preparados para atender a las madres que presentan complicaciones, y que son las que manifiestan no estar satisfechas con la atención recibida?

De acuerdo con Monterrosa, el obstetra, el médico general, las enfermeras, las psicólogas y, en general, todo el personal de salud debiese de poseer suficientes conocimientos y destrezas para abordar aspectos socioeconómicos, educativos y culturales presentes en las comunidades, para hacer prevención del embarazo en la adolescencia (89)(17). Ya ante la gestante adolescente o la madre adolescente, debieran de tener la capacidad para medir autoestima y resiliencia, entre otras obligaciones. No obstante, la realidad es diferente, existe desconocimiento y carencia de espacios suficientes en el ámbito clínico para abordar consideraciones psicosociales, psicológicas e interpretaciones socioculturales que se asocian con la prevalencia del embarazo en la adolescencia, la autoestima y el nivel de resiliencia (15)(16)(90)(89).

Aunque no es un tema generalizado en los relatos de las madres que recibieron la atención en sus procesos de salud, algunas destacan lo necesario y determinante de contar con una atención integral.

De acuerdo con el Seguro Social Costarricense el planteamiento que hace en el Programa de Atención Integral a la adolescencia, más allá de una mera atención biologicista, la atención integral de las madres adolescentes debe abordar desde el momento mismo de la gestación, parto y posparto a la madre desde su enfoque individual, familiar y comunitario; al tiempo dicha atención considera además de la dimensión física, la psicológica, social y legal de la madre (84).

Por consiguiente, la atención del embarazo en la adolescencia desde los servicios de salud, comprende acciones específicas de detección y captación temprana de las adolescentes embarazadas para brindarles una atención prenatal en forma sistemática y según las normas institucionales. Esto significa ofrecerle una adecuada atención al parto, una captación temprana posparto y acompañamiento posterior al nacimiento, todo ello basado en una valoración integral de la adolescente y su familia en los diferentes momentos de la atención, al igual que en el trabajo conjunto con otras instituciones que facilite el abordaje integral de las necesidades de esta población (91).

Del mismo modo, cuando se habla de una atención integral se deben tener presentes una serie de características que son claves y que no solo competen a los servicios de salud y a sus profesionales, dichas características según el Programa de Atención Integral a la adolescencia de Costa Rica tienen que ver con: I) La intersectorialidad: para atender a la madre, su pareja y familias en aspectos como salud, educación, empleo entre otros, en sí se convierte en un esfuerzo institucional para dar respuestas a estas necesidades. II) La interdisciplinariedad: donde desde las distintas disciplinas en salud se debe abordar a la madre, su pareja y familias con el fin de orientarlos desde sus entornos y necesidades concretas. III) El enfoque de riesgo: tomando en cuenta las distintas situaciones que giran en torno al estado de gestación parto y posparto como son la edad, la situación económica, las situaciones de violencia o abandono, las dificultades de acceso a los servicios de salud, las discapacidades y demás riesgos sociales y ambientales. IV) La calidad técnica y humana: esta debe caracterizar a los prestadores de salud, así como a los profesionales que atienden a las

madres, no solo en lo que tiene que ver con la capacitación sino también con la sensibilidad. V) El enfoque de género: una mirada donde se reconozca más allá de patrones históricos inequitativos las identidades femeninas y masculinas. VI) El enfoque de derechos: más allá de identificar un adulto “que sabe” frente a una adolescente que desconoce, el objetivo es equipar el diálogo intergeneracional (91).

En esa misma línea, cuando se habla de atención integral es pertinente destacar una serie de elementos que Paye, pone de manifiesto cuando se da la experiencia y relacionamiento con las madres adolescentes como son: hablar a las gestantes con el nombre propio, utilizar un tono de voz amable, al tiempo brindar un trato cordial, respetuoso, honesto a la adolescente y su hijo, revisar de manera minuciosa al paciente niño, aconsejar sobre los métodos anticonceptivos, garantizar que las indicaciones sean atendidas por la madre, facilitar que en la primera consulta las gestante cuenten con un acompañante, alentar e informar sobre el estado de salud del niño y hacer hincapié en la próxima consulta (92).

Por otro lado, en el contexto de la atención integral, es fundamental destacar un aspecto clave, tal como lo señala Paye, la necesidad de transformar las dinámicas de género desde el ámbito familiar (92). Esto implica fomentar una participación activa y visible de los hombres en la crianza de sus hijos. Además, en el ámbito de los servicios de salud, es esencial promover una mayor asistencia a los controles prenatales, no solo por parte de padres adolescentes, sino también por parte de los padres en general.

En relación con lo mencionado previamente, es un hecho ampliamente reconocido que muchos padres adolescentes carecen de la madurez necesaria para brindar un apoyo sólido a las madres en el proceso de gestación, parto y postparto. En este contexto, es imperativo que, al hablar de atención integral, se tome en consideración y se fomente activamente la participación de estos padres en el acompañamiento de las madres en todas las etapas mencionadas.

Además, es esencial que se brinde respaldo psicológico y psicosocial adecuado a los padres adolescentes, como parte de un enfoque de género que busca equiparar y otorgar tanto derechos como responsabilidades a ambos géneros, masculino y femenino. Esta medida no solo contribuirá a la salud emocional de los padres adolescentes, sino que también fortalecerá el apoyo que pueden ofrecer a las madres y promoverá una crianza más colaborativa y saludable en el contexto de la familia.

Otro de los asuntos decisivos es la atención prenatal reenfocada y que según Fescina como se citó en Velarde, se entiende como:

“La atención prenatal reenfocada consiste en realizar un control prenatal adecuado a la gestante evaluando el bienestar fetal y el de la madre, diagnosticando las complicaciones y tratándolas adecuadamente. Para tener un recién nacido saludable sin deterioro de la madre. El control prenatal se debe de realizar antes de las 14 semanas de gestación, de esa manera determinar los signos de alarma, factores de riesgo que comprometan la gestación y la intervención de la familia durante todo el proceso” (89). De acuerdo a lo anterior, se trae a relación un caso relevante donde una madre adolescente nunca asistió a controles prenatales y que ocultó su embarazo hasta el día del parto. Adicional a esto, hubo algunas adolescentes con problemas de salud durante su embarazo y su vida estuvo en riesgo durante el parto.

En este contexto, una de las reflexiones finales que merece una atención especial es la formación de los profesionales de la salud y su aplicación de protocolos centrados en el enfoque diferencial en la atención a adolescente y en el parto humanizado. Es crucial que estos profesionales tengan una comprensión clara de la existencia de problemas como la violencia obstétrica, la falta de atención integral y las barreras de acceso, que en muchos casos han sido normalizados.

Por lo tanto, es esencial que los centros universitarios y hospitalarios promuevan un cambio de paradigma en la forma en que abordan la atención a las madres, especialmente si se trata de adolescentes, en esta atención diferencial, se deben priorizar

aspectos como el trato respetuoso e informado, autonomía de las madres en relación con procedimientos médicos y la implementación de protocolos adecuados durante el parto.

Además, es imperativo que los profesionales de la salud reciban capacitación para gestionar el estrés laboral, un factor que puede afectar negativamente la calidad en la atención brindada a las madres y sus familias.

Finalmente, vale la pena traer a colación el papel de los administradores en salud que tienen a cargo la gestión del hospital y centros médicos, como lo menciona Pavo y Gogeoascoechea. “Un administrador en salud debe tener una visión holística e integral del sistema; por ello, su visión y quehacer rebasa la administración de una clínica, hospital, unidad médica o centro de salud; debe ser capaz del diseño (planeación), desarrollo (operación), sistematización (orden y registro), evaluación y retroalimentación (análisis y reorientación de acciones y metas) de los planes y programas de trabajo de los mismos”.

Adicionalmente, el administrador en salud debe coordinar y supervisar los servicios de atención médica, asegurando que se brinden de manera oportuna y adecuada, buscando la atención integral de las adolescentes embarazadas, que exista una atención diferenciada por su condición de menores de edad, que las instituciones den respuesta a las necesidades y demandas específicas de esta etapa de ciclo vital, con el apoyo de su equipo profesional garantizando una atención oportuna y de calidad a la adolescente durante su proceso de gestación, parto y postparto. (93).

9. Conclusiones

El proyecto se centró en las experiencias de las madres adolescentes y el proceso de atención que recibieron durante la gestación, parto y posparto. Además, relaciona la importancia del trato humanizado y el acceso a la información en la atención médica por parte de las adolescentes. La posición dominante del ejercicio médico que puede afectar el ámbito médico y como este puede afectar la atención que reciben las pacientes, la complejidad de las relaciones entre profesionales de la salud y las madres gestantes, y cómo esta puede influir en la calidad de la atención médica. Es de vital importancia entender que cada parto lleva un universo diferente desde el mismo momento de la concepción, gestación y parto. Cada mujer vive una historia diferente y estas son narradas en esta investigación con el lenguaje propio de las adolescentes.

Las experiencias significativas de siete de las 15 madres adolescentes en su proceso de embarazo, parto y posparto en los servicios de salud, fue buena, no tuvieron ningún inconveniente en el proceso de exámenes, medicamentos, ayudas diagnósticas y controles prenatales; en sus relatos dicen haber querido tener su parto en el municipio pero por su condición de menores de edad tenían alto riesgo obstétrico y por ende fueron remitidas a otras instituciones prestadoras de servicios de salud de segundo y tercer nivel.

Las experiencias significativas del embarazo, parto y puerperio de algunas adolescentes fueron vividas de una manera inadecuada gracias al trato recibido por algunos profesionales de la salud en diferentes servicios. Convirtiéndose en una práctica invisibilizada en la atención médica, una praxis deshumanizada y en ocasiones una verdadera injusticia durante este proceso, desequilibrando lo ético y moral en el procedimiento de una atención médica.

También se destaca la importancia de brindar apoyo emocional y psicológico a las madres adolescentes durante todo el proceso, abordando diversos aspectos relacionados con la atención médica, con el objetivo de promover una atención más empática, respetuosa, afectiva e integral para las madres gestantes. Además de la atención que recibieron existe la necesidad y expectativa por la adolescente de satisfacer

necesidades afectivas tales como comprensión, atención y cariño de parte de los profesionales.

Es importante que, durante la formación de los profesionales de la salud, se debe fortalecer e incluir contenidos y prácticas que rescaten la atención segura en el proceso de la atención de la mujer en gestación, parto y puerperio, de las adolescentes con el fin de brindar un trato diferencial, digno, con enfoque cultural y humanizado. En la cual se involucre el equipo interdisciplinar que permite realizar una atención segura disminuyendo los riesgos para la gestante.

Algunas de las madres adolescentes vivieron violencia obstétrica durante su parto, notándose la falta de humanización en el servicio de salud y recibiendo trato no adecuado en algunas instituciones prestadoras de servicios de salud, creando desconfianza entre las mujeres y el personal asistencial. La experiencia del trabajo de parto y postparto debe ser basada en la dignidad humana para que se mantenga la confidencialidad y privacidad de la mujer, que permita tomar decisiones informadas y recibir ese apoyo continuo que tanto reclaman las participantes en sus experiencias.

Se evidencio en algunos casos la mala comunicación afectiva y efectiva durante la atención en los servicios de salud, por ende, es esencial promover una comunicación respetuosa, entre profesionales de la salud y mujeres embarazadas. Esto contribuirá a la creación de un entorno más comprensivo y empático, donde se priorice la dignidad y el bienestar de las madres adolescentes en cada etapa del proceso de embarazo, parto y postparto.

10. Recomendaciones

Se hace evidente la necesidad de implementar estrategias que garanticen el acceso oportuno y sin barreras de las adolescentes embarazadas en la prestación de los servicios de salud permitiendo un seguimiento activo por parte de los entes territoriales. De igual forma fortalecer espacios de articulación intersectorial a nivel municipal relacionado con temas en derechos sexuales y reproductivos, a través de procesos de planeación, análisis y seguimiento a estos casos para brindar una atención integral diferenciada. En este punto, se hace clave enfatizar en los procesos de promoción en salud vistos más desde una apuesta educativa, y no solo desde la lógica de atención que históricamente ha direccionado a los sistemas de salud.

Es necesario redireccionar o cambiar el modelo obstétrico en la formación de los profesionales de la salud para que se concienticen y tengan un enfoque de género teniendo en cuenta la autonomía de la mujer. Es así, como se debe hacer propuestas de nuevos modelos formativos en la atención en salud de las mujeres y más si son adolescentes que tiendan a mejorar la calidad asistencial, proveer herramientas de conocimiento y detectar la violencia obstétrica y a su vez que los partos de las mujeres sean de manera humanizada y respetuosa.

Fortalecer los programas de educación sexual y reproductiva en las escuelas, brindando información precisa, actualizada y basada en evidencia científica. Incluyendo temas como fisiología reproductiva, anatomía, prevención de enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, habilidades para la toma de decisiones saludables. Además, es importante promover una comunicación abierta y respetuosa entre padres e hijos sobre estos temas, creando espacios seguros para que los jóvenes puedan realizar preguntas y recibir una orientación adecuada y segura. El empoderamiento de los adolescentes y jóvenes en estos aspectos posibilitan que tengan mayor claridad sobre sus proyectos de vida, y puedan tomar decisiones más acertadas basadas en información y no solo en especulaciones, contando, al tiempo, con un acompañamiento integral desde lo familiar, social y político.

Dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud debe existir una comunicación fluida entre profesionales y usuarias creando un ambiente donde se fomente el dialogo asertivo y fluido que permita a las mujeres en su proceso de parto tener confianza y tranquilidad. Además, crear programas donde se visibilice la violencia obstétrica que permita a las mujeres en el proceso de su embarazo, parto y puerperio lograr identificar e intervenir cuando se presenten.

Fortalecer los programas de servicios amigables para las adolescentes, este constituye un avance en la promoción y la garantía en el acceso a la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el municipio. Con este programa se fortalece la educación y prevención de los embarazos no deseados a temprana edad. Más allá de la mera atención en salud, las entidades prestadoras de estos servicios tienen el deber de gestar procesos de acompañamiento a los adolescentes para prevenir embarazos no deseados, la educación en estos temas hace que estos usuarios encaminen sus proyectos de vida hacia asuntos como el estudio y el trabajo y no a tener que asumir un rol de madres y padres a temprana edad.

Se requiere en las instituciones de salud profesionales sensibilizados y comprometidos con el propósito de mejorar la calidad en la atención del parto y su humanización, promoviendo la autonomía de la embarazada, ofreciendo el cuidado que necesitan, esperan y sueñan, considerándose seres humanos en formación, entendiendo que lo que buscan es un acompañamiento desde la sensibilidad y comprensión.

Referencias

1. UNICEF. Vivencias y relatos del embarazo adolescentes [Internet]. Panamá; 2014 [cited 2022 Nov 4]. Available from: [https://www.unicef.org/lac/media/6351/file/PDF Publicación Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes .pdf](https://www.unicef.org/lac/media/6351/file/PDF_Publicación_Vivencias_y_relatos_sobre_el_embarazo_en_adolescentes_.pdf)
2. OPS. Salud materna [Internet]. OPS. 2021 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
3. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. OMS. 2014 [cited 2023 Aug 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
4. Danilack V, Nunes A, Phipps M. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *Am J Obs Gyneco*. 2014;212(6):1–6.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/>
6. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, Shackelford K, Steiner C, Heuton K. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during. *Lancet*. 2014;384(9947):980–1004.
7. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal*. 2014;2(6):323–33.
8. Bhutta Z, Das J, Bahl R. Erratum: The Lancet every Newborn study group. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? (*The Lancet* (2014) 384 (347-370)). Vol. 384, *The Lancet*. 2014. p. 308.
9. Bohren M, Hunter E, Munthe-Kaas H, Souza J, Vogel J, Gülmezoglu A. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Heal*. 2014;11(1):71–8.
10. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, B. B. Obstetric interventions for lowrisk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth*. 2012;39(3):183–91.
11. The Euro-Peristat. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010 [Internet]. Paris: INSERM; 2010 [cited 2022 Nov 16]. Available from: [https://www.europeristat.com/images/European Perinatal Health Report_2010.pdf](https://www.europeristat.com/images/European_Perinatal_Health_Report_2010.pdf)
12. OPS. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción [Internet]. Washington, DC : OPS; 2002 [cited 2022 Nov 4].

Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42858>

13. Ministerio de Salud. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. Paquetes instruccionales [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>
14. Ospina Vanegas, DP; Cristancho Gómez, SM; Lafaurie Villamil, MM; Rubio León D. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. Rev Cuid [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 16];11(2):1005–12. Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1005/1551>
15. Arango Urrea JD, Molina Berrío DP, Mejía Merino CM, Faneyra Zapata L. La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida. Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 16];17(35):1–17. Available from: file:///C:/Users/pandrea.restrepo/Downloads/mgalindo,+54557477006_visor_jats.pdf
16. Ministerio de Salud. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas [Internet]. Ministerio de Salud. 2018 [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>
17. Estrella D, Jorge G. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Rev Psicol Soc [Internet]. 1991;6(2):257–61. Available from: <file:///C:/Users/DAVID VASQUEZ/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDelApoyoSocialYSusImplicacionesParaElAjust-111762.pdf>
18. Hernández Rincón EH. Atención Primaria en Salud en Colombia basada en la comunidad: enfoque territorial. Rev Med Fam y Atención Primaria. 2016;20(14):1–5.
19. Jaimes Sanabria MB. Análisis de la situación en Colombia 2013. Minist Salud. 2013;1–257.
20. Hospital San Juan de Dios. Hospital San Juan de Dios, Sonsón Antioquía [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 27]. Available from: <http://www.hospitalsonson-antioquia.gov.co/>
21. Tamayo y Tamayo M. El proyecto de investigación. Aprender a investigar. 1999.
22. Molina Berrío DP. Perspectiva de algunos actores sobre los modelos de educación para la salud subyacentes en programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, Medellín 2004 – 2007 [Internet]. Universidad de Antioquia; 2009. Available from: <https://opac.udea.edu.co/cgi->

olib/?infile=details.glu&loid=1199837&rs=15095390&hitno=2

23. Franco A. Tendencias y teorías en salud pública. Rev Nac Salud Pública [Internet]. 2006 [cited 2022 Nov 16];24(2):119–30. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a12.pdf>
24. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2012;12(5):701–12. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n5/701-712/es>
25. Naciones Unidas. Declaración de los Universal de Derechos Humanos [Internet]. Paris: Naciones Unidas; 2015 [cited 2022 Oct 28]. Available from: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
26. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Constitución Política; 1991.
27. Jaime León GE. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Monit estratégico [Internet]. 2013 [cited 2022 Nov 16];(3):7–20. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
28. Congreso de la Republica. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por la por la cual se regula del derecho fundamental a la salud y otras disposiciones [Internet]. Ley 1751 Colombia; Feb 16, 2015. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
29. Abad Gómez H. Fundamentos éticos de la salud pública [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2012 [cited 2022 Nov 16]. Available from: https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/fea72810-e0f6-44f4-ba18-9d932411d04b/fundamentos_eticos_sp_hag.pdf?MOD=AJPERES
30. Departamento Nacional de Planeación. Prestación de servicios de salud [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/prestacion-de-servicios-de-salud.aspx>.
31. Aristizábal Hoyos, GP; Blanco Borjas, M; Sánchez Ramos, A; Ostiguín Meléndez R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pend. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Univ [Internet]. 2011 [cited 2022 Nov 16];8(4):16–23. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>.
32. OPS; OMS. Promoción de la salud [Internet]. OPS; OMS. 2019. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
33. Vulnerabilidad y exclusión en salud: datos y relatos de la situación de la población desplazada en Bogotá [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2010 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.javeriana.edu.co/documents/180764/0/PUJ+LibroMemorias+Congresos+Sist++de+Salud.pdf/cd2f871c-cab5-4ad0-b93c-8b19f48ee6a6>; 24,25,26

noviembre 2010.

34. ICBF. Lineamientos técnico administrativos para el funcionamiento del programa de atención especializada “casa de madres gestantes [Internet]. 2009 [cited 2022 Nov 16]. Available from: https://icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_4589_2009.htm; 20 de octubre de 2009.
35. Vélez Arango AL. El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensión emocional y la salud pública. Rev Cuid [Internet]. 2012;3(1):394–403. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179020.pdf>
36. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2010.
37. Otero González K, Méndez Sánchez K. Análisis de factores de riesgo asociados al embarazo adolescente [Internet]. Universidad de la Sabana; 2017. Available from: [https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/30826/Katherine Otero González %28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/30826/Katherine%20Otero%20González%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
38. Departamento Nacional de Planeación. Documentos Conpes Social 147. Bogotá: Gobierno de la República; 2012.
39. Federico Tobar. La atención en salud [Internet]. OPS, OMS. 2007 [cited 2022 Nov 17]. Available from: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
40. Banco Mundial. Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Washington, DC ; 2012.
41. La adolescencia [Internet]. Universidad de Chile. 2017 [cited 2022 Nov 17]. Available from: <https://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/adolescencia/la-adolescencia>
42. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Prevención del embarazo en la adolescencia y promoción de la maternidad y paternidad planeada y responsable [Internet]. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2022 [cited 2022 Nov 4]. Available from: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/documentos-construccion/04._anexo_tecnico_de_prevencion_del_embarazo_en_la_adolescencia_promocion_de_la_maternidad_y_paternidad_planeada_y_responsable.pdf
43. Unión Europea. Guía de atención de parto mujeres [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 17]. Available from: <https://www.sergas.gal/>
44. Octavio Peralta M. Aspectos Clínicos del Puerperio [Internet]. Santiago de Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva1; 2021 [cited 2022 Nov 17]. Available from: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva1
45. Ministerio de Salud. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. Bogotá: Ministerio de Salud; 2016.

46. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 1122 de 2017. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Ministerio de Salud, 1122 Colombia; 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
47. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Congreso de la República Colombia; 2011. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf
48. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Ley 100 Colombia; 1993.
49. Ministerio de Salud. Decreto 3039 de 2007. Colombia. Congreso de la República Colombia; 2007.
50. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008 [Internet]. Congreso de la República Colombia; 2008. Available from: <https://www.funlam.edu.co/modules/facultadpsicologia/item.php?itemid=28>
51. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. Congreso de la República, 1011 Colombia; 2006. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_1011_DE_2006.pdf
52. Colombia. Ministerio de Salud. Resolucion 412 de 2000 [Internet]. Congreso de la República, 412 Colombia; 2000. Available from: http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm
53. Colombia. Congreso de la República. Acuerdo 029 de 2011 [Internet]. Congreso de la República, 029 Colombia; 2011. Available from: https://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/DocumentosInternos/ACUERDO_029_DE_2011.pdf
54. Colombia. Congreso de la República. Resolución 3280 de 2018. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) [Internet]. 3280 Colombia; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf#page=320&zoom=100,109,968>
55. Colombia. Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2022. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
56. Alcaldía de Sonsón. Secretaria Local de Salud del Municipio de Sonsón [Internet]. Secretaría de Sonsón. 2021. Available from: <https://www.sonson-antioquia.gov.co/Transparencia/Paginas/Salud.aspx>
57. Vignolo, J; Vacarezza, M; Álvarez, C; Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna [Internet]. 2011;33(11–14). Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

58. Fuster, G.; Doris E. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico.] Propósitos y Represent [Internet]. 2017;7(1):201–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
59. Arantzamendi, M.; López, O.; Vivar CG. Investigación cualitativa: manual para principiantes [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 13]. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14089/GarciaFerreiro_Paula_TFG_2014.pdf?sequence=2
60. Hernández R, Fernández C, Baptista P, Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. 1991. 1–518 p. Available from: http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006%5Cnhttp://sapp.uv.mx/univirtual/especialidadesmedicas/mi2/modulo1/docs/Met_Invest_a.pdf
61. Van MM. Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para pedagogía de la acción y la sensibilidad. Barcelona: Ideo Books; 2003.
62. Ayala Carabajo R. La metodología fenomenológico hermenéutica. Rev Inv Edu [Internet]. 2008;26(2):409–30. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283321909008.pdf>
63. Baltar F, Gorjup M. Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. Intang Cap. 2012;8(1):23–149.
64. Álvaro Ruiz M., Morillo Zárate L. Epidemiología Clínica [Internet]. Bogotá: Medica Internacional; 2004. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2UN-khOULAkC&oi=fnd&pg=PA129&dq=bola+de+nieve+muestreo&ots=KuQpE-8tVG&sig=bNgfe2DfTFOE1R6KglyflrRBrFI#v=onepage&q=bola de nieve muestrero&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2UN-khOULAkC&oi=fnd&pg=PA129&dq=bola+de+nieve+muestreo&ots=KuQpE-8tVG&sig=bNgfe2DfTFOE1R6KglyflrRBrFI#v=onepage&q=bola%20de%20nieve+muestreo&f=false)
65. De Juan Pardo MA. La vivencia de la Ancianidad: estudio fenomenológico y reflexión antropológica [Internet]. Universdiad de Cataluña; 2013. Available from: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/116421/Tesi_M_De_Juan_Pardo.pdf?sequence=1
66. Fernández Hogales A. La entrevista en profundidad. In: Métodos de investigación social y de la empresa. Pirámide. Bogotá; 2013.
67. Taylor SJ., Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1990.
68. Martínez L. La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. Rev Perfiles Lib [Internet]. 2007;73–80. Available from: https://www.academia.edu/34873298/La_Observación_y_el_Diario_de_Campo_en_la_Definición_de_un_Tema_de_Investigación
69. Mayorga Ponce RB., Virgen Quiroz AK., Martínez Alamilla A., Salazar Valdez D.

- Prueba Piloto. Educ Y Salud Boletín Científico Inst Ciencias La Salud Univ Autónoma Del Estado Hidalgo [Internet]. 2020;9(17). Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/6547>
70. Scribano A. El proceso de investigación social cualitativo. Buenos Aires: Prometeo libros; 2007.
 71. Robles B. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. Cuicuilco [Internet]. 2011;8(52):39–49. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004
 72. Giraldo Piedrahita, F ; Arias-Valencia, S; Arroyave IMOL. La experiencia del sujeto con cáncer colorrectal como requisito esencial para la atención integral en los servicios de salud. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2015;14(29). Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/34343>
 73. De la Cuesta CB. La Calidad de la investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. Texto Context - Enferm [Internet]. 2015;24(3):883–90. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6c6shK6DtBsSg4ZWzzFssCM/?format=pdf&lang=es>
 74. Congreso de la República. Ley 2244 de 2022, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado” [Internet]. Ley 2244 Colombia; 2022. Available from: <https://vlex.com.co/vid/ley-2244-2022-medio-907951952>
 75. Giraldo Piedrahita F. La experiencia del sujeto con cáncer colorrectal como requisito esencial para la atención integral en los servicios de salud. Universidad de Antioquia; 2019.
 76. National Institutes of Health. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación* [Internet]. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. 2003. Available from: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf
 77. Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2002;208(2):149–56. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200005&lng=es
 78. Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid [Internet]. 2016;7(1):1227–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
 79. Restrepo-Zea J., Silva-Maya C., Andrade-Rivas F., VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2017;13(27):242–65. Available from:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>

80. Laverde Alfonso G, Parada Prieto LD. Dar a luzes el único dolor que vale la pena sufrir: Un análisis fenomenológico interpretativo sobre la violencia obstétrica en madres colombianas [Internet]. [Bogotá]: Universidad de los Andes; 2022 [cited 2023 Aug 15]. Available from: [https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/58511/Dar a luz es el unico dolor que vale la pena sufrir_Análisis fenomenológico interpretativo sobre la violencia obstétrica en madres colombianas.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/58511/Dar%20a%20luz%20es%20el%20unico%20dolor%20que%20vale%20la%20pena%20sufrir_An%C3%A1lisis%20fenomenol%C3%B3gico%20interpretativo%20sobre%20la%20violencia%20obst%C3%A9trica%20en%20madres%20colombianas.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
81. Molano Lozada MF. Aplicación de los Modelos y Teorías de enfermería en el cuidado durante la gestación y el parto. [Bogotá]: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2021.
82. Van der Stuyft P. DVP. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2008 [cited 2023 Aug 15];34(14). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
83. Lafaurie Villamil M, Rubio León D, Perdomo Rubio A, Cañón Crespo A. La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2019;18(36):1–10.
84. Da-Silva-Carvalho, Isaiane; Santana-Brito2 R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Enfermería Glob [Internet]. 2017;16(47):71–97. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es. Epub 01-Jul-2017. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>.
85. Rivera Becerra JC. Percepciones de las Gestantes Adolescentes Usuarias de JAVESALUD acerca de las Barreras para su Acceso a la Atención Integral en Salud, durante la Pandemia COVID 19. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2022.
86. Monterrosa-Castro A, Ulloque-Camaño L, Arteta-Acosta C. Estrategias para mejorar el nivel de resiliencia en adolescentes embarazadas. Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 15];20(2):1–20. Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-2.emnr>
87. Mayhua Loayza RM. Embarazo en adolescentes y atención integral en la micro red Pavayoc la Convención 2017. [Cesar]: Universidad Cesar Vallejo; 2018.
88. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gac Sanit [Internet]. 2021 Jul 6 [cited 2023 Jun 7];35(3):211–2. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001

89. Monterrosa-Castro. A. U-CL. A-AC. Estrategias para mejorar el nivel de resiliencia en adolescentes embarazadas. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2018;20(2):1–20.
90. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2017 [cited 2022 Nov 12]. Available from: https://b30c6441-f98b-4465-8dfe-512406ea9cf3.filesusr.com/ugd/4583a1_56d4a72424ba457baa4bb6b613beee4b.pdf?index=true
91. Ferraro F. Manual de Atención Integral del Embarazo y la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia. Costa Rica [Internet]. Caja Costarricense de Seguro Social. 2022. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/maternidadfinal.pdf>
92. Lampert M. Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. Legislación de Argentina, Venezuela y México. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 15]; Available from: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32275/1/BCN_parto_humanizado_violencia__obstetrica_FINAL.pdf
93. Pavón-León P., Gogeoascoechea-Trejo MC. La importancia de la administración en salud. *Rev Médica Univ Veracruzana* [Internet]. 2004;4(1). Available from: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol4_num1/articulos/admon-salud.htm

Anexos

1. Consentimiento informado

Proyecto de investigación “Significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022.”

Identificación de las investigadoras
Cristina Bedoya Gallego - Luz Marina Buitrago Ospina - María Elinet Noreña Marín Estudiantes del Programa Administración en Salud Facultad Nacional de Salud Pública

Sitio donde se llevará a cabo el estudio	Sonsón, Antioquia
Entidad que respalda la investigación	Universidad de Antioquia; Facultad Nacional de Salud Pública

Fecha de la entrevista:	
Lugar de la entrevista	

Identificación del participante
Nombres y apellidos:
Código del participante:
Ocupación:

Información para el participante
<p>El presente proyecto es una investigación que realiza la Universidad de Antioquia con el objetivo de hacer una aproximación a la comprensión de los significados de la experiencia vivida de las adolescentes en el embarazo, parto y puerperio, en su vida cotidiana y en relación con la atención en salud en el municipio de Sonsón, como es el caso suyo en el momento.</p> <p>Para el desarrollo de esta investigación es de gran importancia la opinión de las adolescentes residentes en Sonsón que presentaron EPP y utilizaron los servicios de salud, porque son ellas las que vivieron directamente el proceso en su vida y con sus familiares.</p> <p>Las investigadoras tienen la certeza que sus apreciaciones, percepciones y sentimientos frente al tema, pueden contribuir al logro de los objetivos del proyecto, por tal motivo, se le ha hecho la invitación para que participe de este proceso.</p> <p>Con el propósito de que usted participe voluntariamente en este estudio, es necesario que usted comprenda este consentimiento informado, y lo acredite con su firma. En caso de cualquier inquietud, está en el derecho de solicitar las aclaraciones que considere necesarias antes de firmarlo.</p>
Procedimientos del estudio
El presente estudio obtendrá la información por medio de entrevistas individuales, designada entrevista en profundidad.

- La información generada de la entrevista queda bajo custodia de la Facultad Nacional de Salud pública por 10 años.
- Se garantizará que ninguna persona diferente a las investigadoras podrá utilizar dicha información.
- La información derivada de la entrevista será codificada y así el nombre no será conocido. (se utilizará un seudónimo).
- La finalidad de las entrevistas comprender los significados del EPP a partir de la experiencia vivida por las adolescentes residentes en Sonsón.
- La participación de la entrevista es libre y voluntaria (puede responder o no).
- Tiene la libertad de aceptar en caso de que se requiera un nuevo encuentro para ampliar la información.
- La grabación de la entrevista es muy importante porque evita que se entienda mal lo que usted diga y permite un diálogo libre y espontáneo durante su desarrollo de la entrevista.

Beneficios para el participante	Compromisos del participante
La presente investigación tiene planteado beneficios directos para las adolescentes que pasaron por un EPP. Se programará un encuentro con las adolescentes sujetas de este estudio, para informar sobre los resultados como estrategia de divulgación y de devolución de los resultados a los participantes y a la comunidad.	A partir de la firma del consentimiento informado, el participante se compromete a disponer del tiempo previsto para participar de la entrevista, la cual está programada para una hora de duración aproximadamente. Si se llega a requerir más tiempo, el investigador acordará un nuevo encuentro con el participante.
Compromisos de los investigadores	Resultados esperados
Las investigadoras declaran que la presente investigación tiene propósitos exclusivamente académicos y está financiada con recursos de la Universidad de Antioquia y de las investigadoras. • Las investigadoras se comprometen a informar al participante cualquier resultado que considere que pueda significar problemas, riesgos o beneficios, en caso de que estos sean identificados durante el desarrollo del presente estudio.	Los resultados de la presente investigación se divulgarán mediante los compañeros, asesores y jurados. Se pretende que los resultados de la presente investigación contribuyan a mejorar la calidad de los servicios de salud para las adolescentes que pasan por un embarazo, parto y puerperio.
Personas a contactar para ampliar información sobre el presente estudio	
Usted se puede contactar con las siguientes personas si tiene dudas o requiere ampliar información sobre la investigación en la que participa, dirigiéndose a: · Cristina Bedoya: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia sede Sonsón. Correo electrónico: cristina.bedoya1@udea.edu.co Celular: 3218782587 Dirección: carrera 6 Nro. 3-15. · Luz Marina Buitrago: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia sede Sonsón. Correo electrónico: marina.buitrago@udea.edu.co Celular: 3117046162 Dirección: carrera 7 Nro. 11-64.	

· María Elinet Noreña Marín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia sede Sonsón. Correo electrónico: Elinet.norena@udea.edu.co Celular: 3225433232 Dirección: calle 10 Nro. 02- 48.

Aceptación de la participación

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Firma: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Asentimiento

Tomo la decisión de que mi hija participe voluntariamente. **“consiento voluntariamente que mi hija menor de edad participe de la entrevista”**

Firma: _____
Nombre: _____
Fecha: _____
Testigo: _____

Desistimiento

No acepto ser partícipe de la investigación, ya que no me encuentro con las capacidades físicas y psicológicas para responder a la entrevista.

Firma: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

2. Guion para entrevistas a las madres adolescentes

Nombre del proyecto: Significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022.

Preámbulo

Objetivo: Comprender los significados de las experiencias vividas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud recibida por las adolescentes residentes del Municipio de Sonsón Antioquia, periodo 2019-2022.

Le agradezco que haya aceptado la invitación para llevar a cabo la entrevista acerca de su experiencia y apreciación con respecto a la atención de los servicios de salud que recibe de parte de su IPS durante el embarazo, parto y puerperio.

Esta información es recogida para cumplir con un ejercicio académico, así que todas las ideas que nos pueda aportar al tema serán muy valiosas para esta actividad.

Si usted lo autoriza me gustaría grabar la entrevista, pues todo lo que diga es muy importante y no quisiera que, en el intento de tomar notas, no pudiera escuchar y escribir todos sus aportes.

La información que se tratará en esta entrevista es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, pero no se utilizará su nombre.

Es importante que sepa que en cualquier momento de la entrevista usted puede interrumpir, y que no está obligado a responder todas las preguntas, pues este es un acuerdo voluntario.

Si está de acuerdo con la manera como se realizará la entrevista, comencemos.

Se procede a la lectura y firma del formato de consentimiento informado escrito.

3. Entrevista

ENTREVISTA 1	CODIGOS
<p>Atención en el embarazo, parto y puerperio</p> <p>Objetivo: Describir el proceso de la atención en salud prestada a las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>1. ¿Cuéntenos cómo fue el recorrido por los servicios de salud desde que quedo en embarazo hasta que le atendieron el parto y después del parto?</p> <p>Interpretar las experiencias vividas</p> <p>Objetivo: Interpretar las experiencias vividas por las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la atención en salud.</p> <p>2. Ahora para acércanos más a su vivencia, cuéntenos ¿Cómo fue su experiencia en los servicios de salud en las IPS durante el embarazo, el parto y después del parto?</p> <p><i>Plan B: trato humanizado, digno, continuo, barreras de acceso, administrativo, económico, geográfico, dificultades tuvo, de que tipo, como fue el trato con los profesionales (auxiliares, médicos), mecanismos legales para acceder a un servicio (derecho petición, tutela).</i></p>	<p>Categorías: Atención en salud, embarazo, parto y puerperio</p> <p>Categoría: Experiencia vivida, adolescentes</p> <p>Categoría: Reflexiones sobre la experiencia</p>

3. ¿Durante la atención en los servicios de salud la trataron de manera diferente por ser usted una adolescente en embarazo?

Reflexión en torno a las experiencias

Objetivo: Reflexionar en torno a las experiencias de las adolescentes en el proceso de atención del embarazo, parto, puerperio.

4. De acuerdo a la experiencia vivida ¿Cuáles son las principales necesidades que deben atender los servicios de salud para las adolescentes en embarazo?

5. ¿Cómo le gustaría que fuera atendida en los servicios de salud una adolescente durante el embarazo, el parto y después del parto?

6. ¿Cuéntenos una experiencia importante para Usted que haya vivido en los que vivió en los servicios de salud durante el embarazo, parto o después del parto?

Finalmente ¿si tiene algo adicional que contarnos con relación a la experiencia vivida en los servicios de salud durante el embarazo, el parto y después del parto en su condición de adolescente, y que no le hallamos preguntado?

4. Diario de campo

Lugar: Fecha: Hora de inicio: Finaliza Nombre: Descripción:	Códigos:
--	-----------------