



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA MATERNO INFANTIL



“Derecho de la Madre Adolescente a estar Acompañada durante el parto y nacimiento de su hijo”.



Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

AUTORES:

Br. Donati Arias, Paola
Br. Fernández Fernández, Stella
Br. Herrera Prestes, Luz
Br. Ramón Candia, Angelina
Br. Ventoso Chiruchi, Ana

Tutora:

Prof. Esp. Lic. Pérez, Mercedes

Montevideo, 2010

CONTENIDO

RESUMEN	Pág. 1
INTRODUCCION.....	Pág. 2
DISEÑO METODOLÓGICO.....	Pág. 4
RESULTADOS OBTENIDOS.....	Pág. 6
DISCUSIÓN.....	Pág.11
CONCLUSIÓN.....	Pág.14
HUELLA QUE DEJA LA INVESTIGACIÓN.....	Pág.16
SUGERENCIAS.....	Pág.17
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág.18
ANEXOS.....	Pág. 20

RESUMEN

El objetivo con el que se realizó este trabajo fue: identificar la información y el uso que hacen las madres adolescentes de su derecho a estar acompañada durante el parto y nacimiento, en relación a la obligatoriedad de la ley N° 17.386 vigente desde el año 2001.

En cuanto a la metodología se hizo una recolección de datos a partir de entrevistas a púerperas adolescentes alojadas en la sala 4 del Hospital de la Mujer Paulina Luisi, para lo cual se utilizó un formulario con preguntas cerradas. Los datos fueron recogidos entre el 26 de Octubre y el 27 de Noviembre del 2009.

Para conocer la información que las usuarias tienen sobre la ley en salud reproductiva se plantearon una serie de variables con sus respectivos indicadores.

Los resultados obtenidos demuestran un 81% de las entrevistadas hizo uso de su derecho a estar acompañadas, pero no así en cuanto al conocimiento de su reglamentación, ya que tan solo un 55% sabía de la existencia de una ley al respecto. Concluimos así que en esta investigación, la legislación no va de la mano del uso de los derechos. Si bien las usuarias que participaron, hicieron uso de los mismos, desconocen en profundidad el contenido de la ley que las ampara.

INTRODUCCIÓN

Cuando recolectamos información acerca de esta temática (Ley de acompañamiento) no encontramos evidencias de investigaciones previas que contemplaran la situación en adolescentes; lo cual nos presentó un desafío, debido a que es una de las poblaciones más vulnerables desde el punto de vista psicológico, social y físico.

Remitiéndonos a los antecedentes de la Ley nos encontramos que desde del siglo pasado se vienen realizando declaraciones de suma importancia en donde se toma como pilar primordial a la mujer en su etapa de embarazo y parto. La declaración que mas se destaca es la de “Fortaleza”, donde se formulan una serie de 16 recomendaciones dentro de las cuales figura que, toda mujer tiene derecho al cuidado peri natal apropiado y a desempeñar un papel central en todos los aspectos de ese cuidado, incluyendo la planificación, ejecución y evaluación de la atención recibida.¹

Cuando nos remitimos a la situación en nuestro país, encontramos que la mayoría de las mujeres no recibían apoyo psicoemocional durante el trabajo de parto y nacimiento.

Es así, que el 23 de agosto del 2001 el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, aprueban la ley 17.386 que enuncia, **“toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”**, pero esta resolución no se cumplía estrictamente ya que se alegaba que los acompañantes (en especial los padres) eran molestos, que desmayaban, que no había espacio para la realización de maniobras, que realizaban preguntas molestas, etc.

Como consecuencia en Marzo del año 2006 el Presidente de la República decreta la reglamentación y ampliación de la misma, haciéndose obligatoria aun en los casos de cesárea (no siendo de urgencia) en todos los servicios.

¹ Declaración de Fortaleza, Ceara (Brasil), Entorno a la Humanización. Noviembre del 2000.

Con ello se apunta a favorecer los beneficios del acompañamiento en el parto y nacimiento el cual reduce: la cesárea en un 32%, episiotomía 34%, duración del trabajo de parto 25%, uso de analgesia un 16%.²

Las declaraciones y el derecho en muchos de los casos no fueron tomados como modelos de atención. Estuvo en nosotras como futuras Licenciadas abocarnos a incrementar el conocimiento de las usuarias logrando de esta forma la toma de conciencia de sus derechos.

En la investigación que llevamos a cabo se reforzaron estos aspectos ya que nuestra población estuvo integrada exclusivamente por adolescentes quienes de futuro transitaran por situaciones de esta índole.

Fue entonces, teniendo en cuenta estos aspectos, que se hizo la elección del Hospital de la Mujer Paulina Luisi, ya que es referencia a nivel nacional, concentra la mayor cantidad de madres adolescentes y es el pionero del Programa Setiembre.

Desde nuestra óptica a partir de este trabajo de investigación, hemos transmitido la importancia del respeto de este derecho, ya que creemos, que es un compromiso de todos informar e informarnos, para así, poder brindarle a las adolescentes en la etapa de parto y nacimiento de su hijo una óptima calidad de atención, teniendo en cuenta que: “la maternidad significa un acontecimiento especial desde el punto de vista, psicológico, social y cultural”.

² CLAP, “Novedades del CLAP N°17) Mayo, 2002.

DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio presentado es descriptivo, cuantitativo; y según el periodo y secuencia del estudio, de corte transversal.

Tuvo lugar en la Institución pública, Hospital de la Mujer Paulina Luisi (CHPR), sala 4 de adolescentes. Montevideo, Uruguay.

La población está constituida por las 1267 Puérperas Adolescentes que estuvieron internadas durante el año 2008 en la sala 4 de adolescentes de la institución pública, Hospital de la Mujer Paulina Luisi.

La muestra está integrada por todas aquellas puérperas adolescentes que se encuentran internadas en la sala 4 de adolescentes entre el 26 de Octubre y el 27 de Noviembre del 2009, correspondiente a la institución pública, Hospital de la Mujer Paulina Luisi.

La unidad de análisis contempló adolescentes entre 10 a 19 años que se encuentran internadas cursando la etapa de puerperio, en la institución pública Hospital de la Mujer Paulina Luisi en el periodo de la investigación.

Como criterio de inclusión se considera a todas las madres adolescentes cursando puerperio, dentro del periodo de la investigación, internadas en la sala 4 de adolescentes de la institución pública Hospital de la Mujer Paulina Luisi y de quienes se obtenga el consentimiento verbal para participar de la investigación, a quienes se aseguró el manejo confidencial de los resultados.

En el criterio de exclusión se considero excluir a todas las madres adolescentes que no estén cursando puerperio y que no estén internadas en sala 4 de adolescentes del Hospital de la Mujer Paulina Luisi, y también, a todas aquellas madres adolescentes que no quieran participar de la investigación.

Para obtención de datos se realizó a través de la entrevista de enfermería. La misma se llevo a cabo a través de un formulario impreso con preguntas cerradas, destinado a obtener respuestas sobre el problema a estudiar y en donde el investigador interroga y registra las respuestas recibidas. El tiempo previsto para la realización de la entrevista fue de 10 minutos.

Así mismo se tendrá en cuenta el carácter confidencial de la entrevista, manteniendo la privacidad de la entrevistada.

Para la tabulación y análisis de los datos de utilizo la base de datos electrónica mediante el programa Excel.

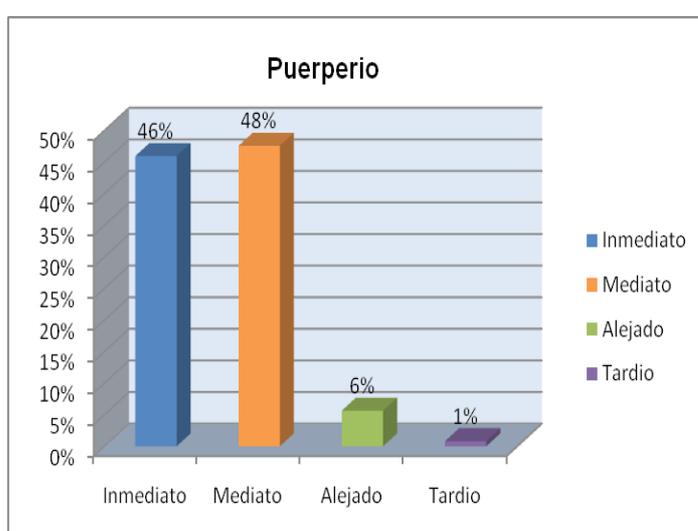
La información se sistematizo en tablas univariadas de frecuencia absoluta y porcentual, para el estudio de cada variable.

Todos los datos que se resumieron son producto de la aplicación de los formularios.

RESULTADOS OBTENIDOS

Para caracterizar a nuestra población objetivo se entrevistó a un total de 124 madres adolescentes puerperas, de las cuales un 48% se encontraban cursando puerperio mediato, un 46% inmediato y tan solo un 6% tardío y 1% alejado.

Gráfica y tabla N° 1: Distribución de la población objetivo según etapa de puerperio en curso.

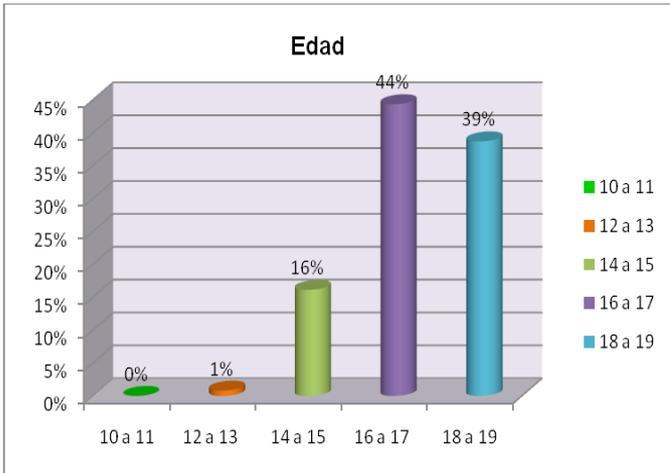


PUERPERIO	FA	FR%
Inmediato	57	46%
Mediato	59	48%
Alejado	7	6%
Tardío	1	1%
Total	124	100%

En relación a la edad encontramos un 44% entre 16-17 años, un 39% entre 18-19, mientras que entre 14-15 años había un 16% y un 1% entre 12-13.

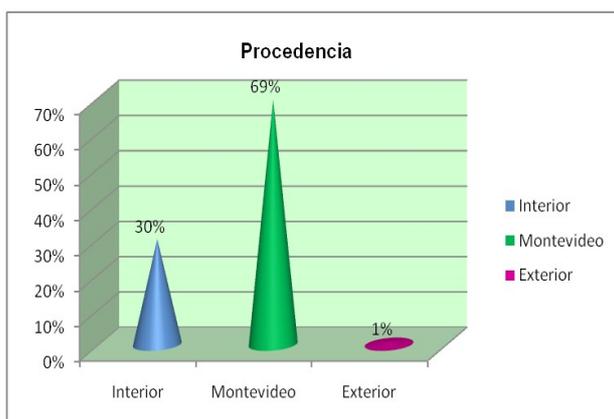
Gráfica y tabla N°2: Distribución de la población objetivo según rango etáreo.

EDAD	FA	FR%
10 a 11	0	0%
12 a 13	1	1%
14 a 15	20	16%
16 a 17	55	44%
18 a 19	48	39%
Total	124	100%



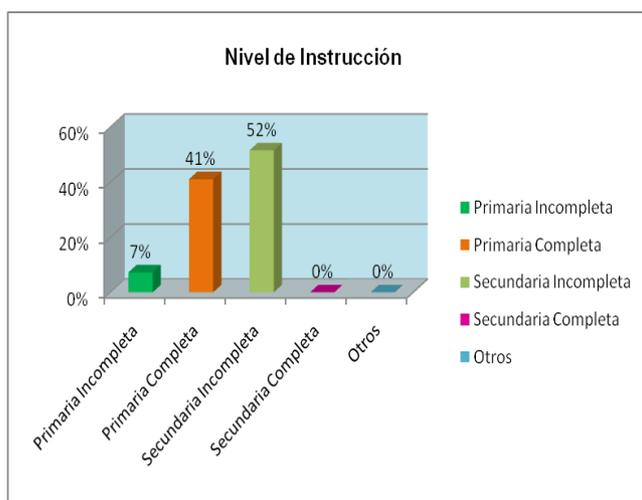
En relación a la procedencia el 69% es de Montevideo, un 30% corresponde al interior y tan solo un 1% a procedentes del exterior.

Gráfica y tabla N°3: Distribución de la población objetivo según Procedencia



PROCEDENCIA	FA	FR%
Interior	37	30%
Montevideo	86	69%
Exterior	1	1%
Total	124	100%

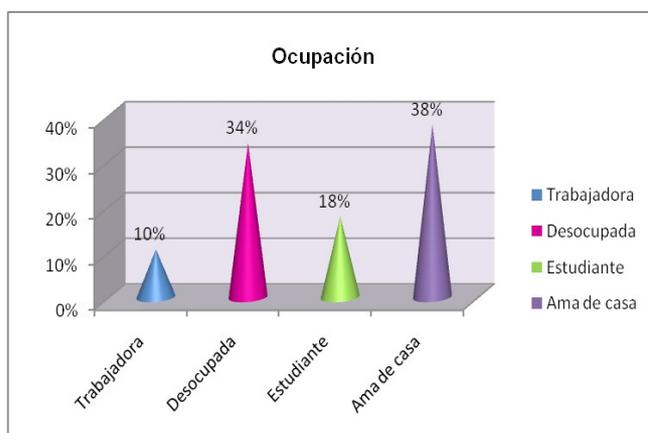
Gráfica y tabla N°4: Distribución de la población objetivo según nivel de instrucción



NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Primaria Incompleta	9	7%
Primaria Completa	51	41%
Secundaria Incompleta	64	52%
Secundaria Completa	0	0%
Otros	0	0%
Total	124	100%

Se destaca en el nivel de instrucción la ausencia de analfabetismo, así como también, un 52 % de secundaria incompleta, y 41% de primaria completa.

Gráfica y tabla N°6: Distribución de la población objetivo según ocupación

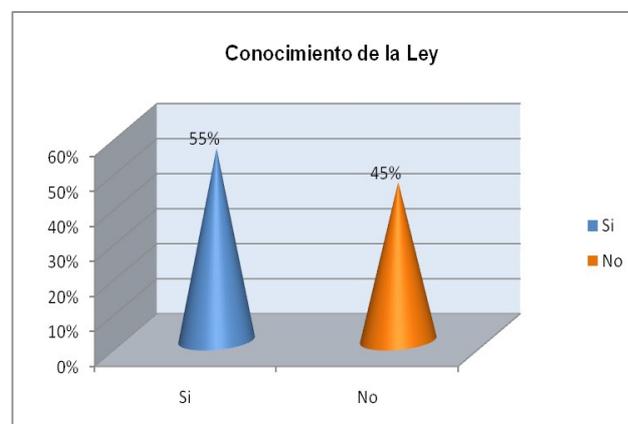


Ocupación	FA	FR%
Trabajadora	13	10%
Desocupada	42	34%
Estudiante	22	18%
Ama de casa	47	38%
Total	124	100%

Con referencia al conocimiento de la ley de acompañamiento n° 17.386 se evidencia que un 55% estaba al tanto de la existencia de la misma.

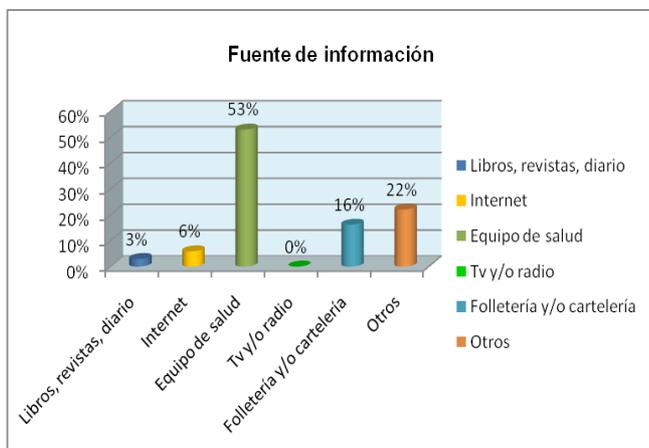
Gráfica y tabla N°9: Distribución de la población objetivo a cerca del conocimiento de la ley n° 17.386.

CONOCIMIENTO DE LA LEY	FA	FR%
Si	68	55%
No	56	45%
Total	124	100%



Interrogadas a cerca de la fuente de información a través de la cual tomaron conocimiento de la existencia de la ley, los resultados obtenidos son los siguientes: 53% refiere haberla recibido por parte del equipo de salud, un 22% referido de otros (transmisión oral de amigos, familiares o vecinos), 16% por medio de cartelería o folletería, 6% por Internet y un 3% en diarios, revistas.

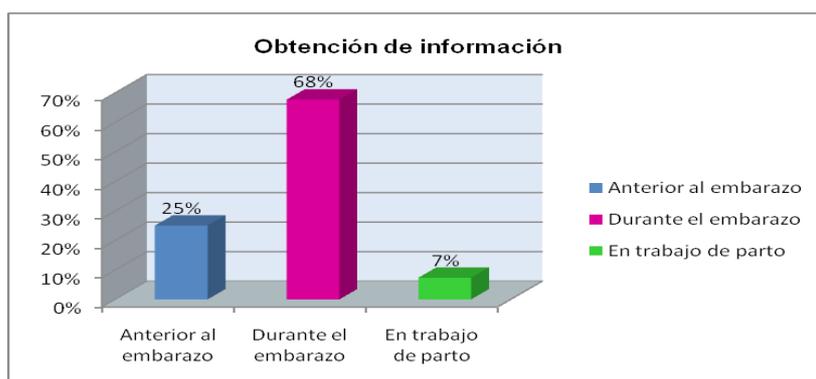
Gráfica y tabla N°10: Distribución de la población objetivo según fuente de información a cerca de la ley



FUENTE DE INFORMACIÓN	FA	FR%
Libros, revistas, diario	2	3%
Internet	4	6%
Equipo de salud	36	53%
Tv y/o radio	0	0%
Folletería y/o cartelería	11	16%
Otros	15	22%
Total	68	100%

En referencia al momento preciso en el que las usuarias tomaron contacto con la información refieren que un 68 % lo obtuvo durante el embarazo, un 25 % antes del mismo y un 7 % durante el trabajo de parto.

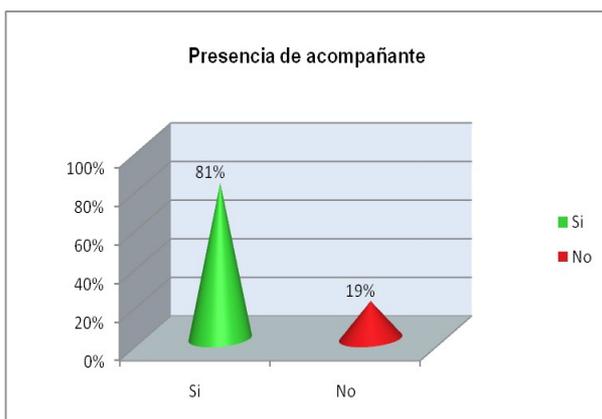
Gráfica y tabla N°11: Distribución de la población según obtención de la información



OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	FA	FR%
Anterior al embarazo	17	25%
Durante el embarazo	46	68%
En trabajo de parto	5	7%
Total	68	100%

El abordar el hecho de si hicieron uso de su derecho a estar acompañadas durante el parto y nacimiento nos encontramos con que un 81 % si, estuvo acompañada.

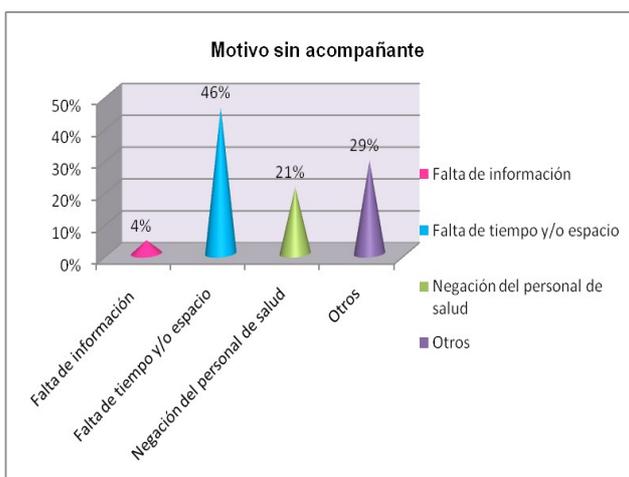
Gráfica y tabla N°12: Distribución de la población en relación a la presencia de acompañante



PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE	FA	FR%
Si	100	81%
No	24	19%
Total	124	100%

Dentro del 19% de las usuarias que no se encontraron acompañadas los motivos fueron los siguientes: 46 % por falta de tiempo o espacio, un 29 % por otros (no tenían acompañantes), 21 % por negación del personal de salud y tan solo un 4% por falta de información.

Gráfica y tabla N°15: Distribución de la población en relación al motivo sin acompañante



MOTIVO SIN ACOMPAÑANTE	FA	FR%
Falta de información	1	4%
Falta de tiempo y/o espacio	11	46%
Negación del personal de salud	5	21%
Otros	7	29%
Total	24	100%

DISCUSIÓN

Este trabajo realizado en la institución pública Hospital de la Mujer “Paulina Luisi”, aporta datos relevantes para la línea de investigación en Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, haciendo énfasis en la Ley de acompañamiento 17.386.

Se realizaron 124 entrevistas a puérperas adolescentes, de las cuales un 83% estaban transitando la adolescencia tardía, según clasificación de la OMS, lo que se contradice con la información brindada por los entrevistados calificados que nos afirman que esta disminuyendo la edad en la que se embarazan nuestros adolescentes.

También al comienzo de la investigación encontramos información, en que la adolescencia en Uruguay presentaba bajo nivel educativo, en particular en nuestra población de acuerdo a la edad cronológica en que se encuentran presentan un considerable nivel de instrucción, y ausencia de analfabetismo, lo cual redundó en un beneficio en el desarrollo de la investigación de campo.

No podemos dejar de mencionar que solo un 18% de las entrevistadas continúan con sus estudios en curso, evidenciando así el alto nivel de deserción.

De la población considerada tenemos un 69% procedente de Montevideo, y un 30% del interior, con lo cual sería de esperar (tomando este último porcentaje) que esto se viera reflejado en el número de madres acompañadas, sin embargo los resultados muestran que la distancia en este caso no afectó dicha situación.

De acuerdo a los objetivos planteados y los resultados obtenidos, la discusión se centra en los siguientes aspectos:

En cuanto, a la información que manifestaron tener sobre su derecho a estar acompañadas, fue de tan solo un 55%, lo que nos muestra la falta de difusión de

información respecto a la ley, ya que todas deberían estar en conocimiento de sus derechos.

Si bien es de destacar que un 53% de las mismas, la recibió a través del equipo de salud, lo cual muestra que se está trabajando al respecto.

De todas aquellas madres informadas, un 68% refiere que tuvo lugar durante el curso de su embarazo, lo que deja ver que fue en el Primer Nivel de Salud, evidenciando así la necesidad de fortalecer estos aspectos, siguiendo las pautas establecidas por el M.S.P.

Resumiendo, decimos que la difusión a cerca de la ley se está llevando a cabo desde dicho nivel, pero que aun no ha llegado a toda la población, razón por la cual debería haber mayor difusión a nivel de prensa, con cobertura nacional.

Como aspecto a considerar se encuentra un 45% que desconoce la Ley; Nos sorprendió encontrar que, a pesar de esta situación, un 81% de las entrevistadas refirió haber estado acompañada al momento de parto y nacimiento, sin saber que estaba haciendo uso de su derecho aun sin tener conocimiento del mismo. Quedando reflejado la necesidad de seguir insistiendo en la difusión de la Ley.

Es de destacar como positivo que, en el 61% de los casos estuvieron acompañadas por integrantes de su entorno familiar, ya que las adolescentes según la revisión bibliográfica, suelen encontrarse sin apoyo emocional de su entorno.

No podemos dejar de mencionar el hecho de que un 68% no tenían preparación para el desempeño de su función como acompañantes, incidiendo a si en el echo de que si bien estuvieron acompañadas no significa que hallan sido emocionalmente apoyadas.

Dentro de las entrevistadas que no estuvieron acompañadas (19%), se encuentra que: el 46% fue por falta de tiempo y espacio, al 21 % se le negó el acceso por parte del personal de salud de 2ª nivel, situación que sigue sin cambio a pesar de la existencia de la Ley. Además, nos aporta la evidencia de que se debe reforzar la formación de dicho

personal en estos aspectos y estimular la participación del equipo en la atención de la embarazada, así como también se debe proveer de recursos suficientes para brindar una optima atención..

Como aspecto negativo, si bien no era un objetivo específico identificarlo, se aprecia que un 29% correspondiente a la categoría otros que hace referencia a no tener acompañante; no le fue asignado un acompañante capacitado (Doulas) por la institución como expresa la ley en su Art. 3° inciso D.

CONCLUSIÓN

La conclusión principal de esta investigación es que existe un desconocimiento detectado, con relación a la ley que enmarca los derechos de las usuarias respondiendo de esta forma el objetivo general de la misma.

Queda evidenciado en esta investigación que la legislación no va de la mano del uso de los derechos. Poniendo de manifiesto la necesidad de una mayor difusión de la ley.

La población objetivo de esta investigación demostró una carencia importante sobre el conocimiento de la ley, sin embargo no se hizo tan evidente al momento de constatar el acompañamiento durante el parto.

Es de destacar que aunque no haya sido plasmado en los resultados, se obtuvo una buena recepción e interés por el tema en cuestión de parte de las involucradas.

La metodología planteada y el trabajo de campo realizado permitieron el logro de los objetivos establecidos. A partir de este trabajo surgieron, dentro del equipo, distintos enfoques posibles para abordar la temática seleccionada.

En esta investigación no se cubrieron todos los aspectos que abarca la ley. La falta de la difusión y cumplimiento de la misma, por parte del equipo de salud, no estaba dentro de nuestros objetivos, sin embargo, quedo de manifiesto a través de la negación al ingreso de los acompañantes en el momento del parto y nacimiento. Entonces ¿Cómo se puede reclamar un derecho al que uno no sabe que existe?

Todo el equipo que asiste a la embarazada durante el periodo de nacimiento, debería aspirar a informar y dar cauce al derecho en cada uno de los casos. Este interés se manifiesta en el hecho de que este aspecto este plasmado en una ley que rige a nivel nacional, tanto en instituciones publicas como privadas. Para la persona que quiere participar durante el nacimiento y brindar apoyo a la madre es particularmente

importante recibir la colaboración del equipo de salud. Aunque sea en un solo caso que no se cumpla, el mismo es muy relevante; todo el equipo debería verlo así y hacer lo imposible para que esta ley se cumpla siempre.

Nuevas inquietudes se plantean luego de esta investigación: a pesar de que se ha realizado campaña de difusión sobre la ley de Acompañamiento, las mismas no han sido suficientes, ya sea porque el organismo rector gubernamental (MSP) y/o las instituciones vinculadas públicas y privadas demuestren una debilidad en el afianzamiento de las herramientas (RRHH, capacitación de personal, RRMM), para llegar directamente al usuario, o porque la debilidad está en el Promotor de Salud que no ha logrado transmitir debidamente la información.

También queda implícito que la información que se le brinda a las usuarias debe organizarse en diferentes niveles de comprensión y no de niveles de instrucción ya que se demostró que no influían los estudios que tuviese la misma en relación con la información que se tenía sobre la ley.

En suma todos los objetivos quedan cumplidos satisfactoriamente solo resta de este trabajo determinar los pasos a seguir para mejorar lo investigado a nivel del órgano mayor: Ministerio de Salud Pública (MSP) y de la institución involucrada.

HUELLA QUE DEJO LA INVESTIGACIÓN EN NOSOTRAS

Desde nuestra óptica como estudiantes este trabajo, producto de nuestro esfuerzo y dedicación, nos enriquece como futuros profesionales, ya que nos consideramos uno de los pilares fundamentales para transmitir a las mujeres “como mujeres que somos” la reivindicación de nuestros derechos amparados por las leyes uruguayas de Salud Sexual y Reproductiva.

Todos aquellos que como promotores de la salud sentimos el compromiso y la obligación de cumplir con los principios de nuestras teóricas que nos enriquecieron en la dedicación de ser enfermeras profesionales y capacitadas para la investigación metodológica.

Debemos encaminarnos en el desafío diario de la investigación científica. De esta manera estamos convencidas que este es el camino para el crecimiento y fortalecimiento de nuestra profesión y con ello el cumplimiento de lo investigado.

SUGERENCIAS

- Llevar acabo estrategias para la capacitación del equipo de salud en cuanto al modo de transmisión de la información.
- Fortalecer las campañas de difusión a través de volanteadas, publicidad en radio y televisión, actividades educativas en centros CAIF, SOCAT, etc.
- Proponer instancias de encuentro con el equipo de salud que asiste a las usuarias en el periodo de nacimiento, para favorecer la humanización del parto y reflexionar en conjunto para rever casos en los que no se haya dado el acompañamiento.
- Crear cargos para cumplir la función de Doula a nivel institucional, tanto privado como públicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bazzino Berón, Callorda, Cardozo, Lemos, Machado. Enfermería y la Ley de Acompañamiento durante el Parto [TESIS].Montevideo: Facultad de Enfermería; 2008.
- 2) Alcántara, Fugazza, Márquez, Salvarrey y Silveira. Estudio del Acompañante en el Parto. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2007
- 3) Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 3° ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
- 4) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Salud de la Mujer y Género. Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio: el papel de los equipos de salud. Hacia la reglamentación de la ley de acompañamiento N° 17.386 del parto y del nacimiento. Montevideo: MSP; 2005.
- 5) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Salud de la Mujer y Genero. Normas de Atención a la mujer embarazada. Educación a la mujer embarazada. Leyes vigentes. Montevideo: MAP; 2007.
- 6) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Adolescencia. Montevideo: MSP; [s.d.]
- 7) Organización Mundial de la Salud. Manual de capacitación: género y derechos en salud reproductiva. [s.l]: OMS; 2001.
- 8) Pérez Sánchez. Obstetricia.. Salud Reproductiva. Materno Perinatal y Parto de bajo riesgo. N° 13221 01. Montevideo: CLAP; Publicación científica; [s.d].
- 9) Hopkins J. Ginecología y Obstetricia. Barcelona: Marban; 2001.
- 10) Polto J, Arena P, Berro J. Pautas terapéuticas en obstetricia.. Montevideo: FEFMUR; 1999.

-
-
- 11) Conferencia Internacional sobre población y desarrollo. El Cairo. 1994.
 - 12) Declaración de Fortaleza, Ceara en torno a la Humanización. 2000.
 - 13) CLAP. Novedades del CLAP. Montevideo: CLAP; 2002; 17.
 - 14) Vera G. Calidad de Atención en los Servicios de embarazo, parto y nacimiento en un marco de derechos. [s.l.]: [s.n.]; 2003..
 - 15) http://www.reproductiverights.org/esp_ww_iss_adoles.html
 - 16) <http://www.intermedicina.com/guias/gui018.htm>.
 - 17) <http://www.parlamento.gub.uy>.
 - 18) <http://www.relacahupan.org>.
 - 19) [http:// www.institutoperinatal.org.uy](http://www.institutoperinatal.org.uy)
 - 20) <http://perinatal.bvsalud.org/>
 - 21) <http://ine.gub.uy>(2006)

ANEXOS

Anexo I - Protocolo de Investigación.

Anexo II – Estadísticas CHPR 2008

Anexo III - Síntesis de las 16 recomendaciones de Fortaleza.

Anexo IV - Ley de Acompañamiento

Anexo V – Entrevista a Gilda Vera

Anexo VI- Solicitud de permiso a Direc. del Hospital de la Mujer Paulina Luisi
Dra. Ima León.

Anexo VII – Solicitud de permiso a Jefe de sala 4 de adolescentes del Hospital de la
Mujer Paulina Luisi, Dr. Roberto Sergio.

Anexo VIII – Carta de autorización del Departamento de Enfermería.

Anexo IX- Formulario de recolección de datos.

Anexo X - Tablas y Gráficos.

Anexo XI – Entrevistas completas

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación fue realizado por un grupo de cinco estudiantes cursando el cuarto modulo del 3er ciclo de la Carrera de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Republica.

El objetivo del trabajo es identificar si las madres adolescentes conocen y hacen uso de su derecho según lo establecido en la ley 17.386 “Ley de Acompañamiento en el parto y nacimiento”, la cual enuncia: “Toda mujer en el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza, o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”.

La población estudiada se caracterizo a partir de un conjunto de variables: etapa de puerperio en curso, edad, procedencia, nivel de instrucción, situación laboral, estado civil, numero de partos y tipo de parto.

Para abordar este tema utilizamos como herramienta metodologica: la entrevista estructurada y como instrumento el formulario.

La recolección de datos fue efectuada mediante la visita a las madres adolescentes cursando la etapa de puerperio en el Hospital de la mujer Paulina Luisi.

Contándose con el consentimiento verbal de las mismas.

INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

TEMA: Derechos Sexuales y Reproductivos

TITULO: Derecho de la madre adolescente a estar acompañada en el parto y nacimiento de su hijo.

RESUMEN

Este protocolo de investigación presenta un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal; y tiene como tema central: “madres adolescentes y su derecho a estar acompañadas en el parto y nacimiento”.

Se llevó a cabo en el Hospital de la “Mujer Paulina Luisi” en la sala 4, donde se encuentran dichas madres cursando la etapa de puerperio.

Para dar respuesta a la pregunta problema de esta investigación, se caracterizó a la población estudiada mediante una entrevista, la cual contiene preguntas cerradas acerca de sus antecedentes personales, y se investigó acerca del conocimiento sobre sus derechos promulgados en la Ley 17.386 y del uso de los mismos.

La recolección de los datos se cumplió en el periodo de 30 días, de lunes a viernes en el horario de 12 a 18 horas. Luego, los mismos se sistematizaron y se tabularon para realizar su respectivo análisis.

Consideramos que el resultado final de esta investigación va a aportar conocimientos tanto en las usuarias como el personal de salud sobre dicha Ley, para hacer valer los derechos sexuales y reproductivos, mejorando así la calidad de atención que brindamos como profesionales de la salud.

PREGUNTA PROBLEMA:

¿Conoce y hace uso, la madre adolescente, de su derecho a estar acompañada durante el parto y nacimiento (ley 17.386) en el Hospital de la Mujer Paulina Luisi.

JUSTIFICACION

Nuestra justificación se basa principalmente en la situación actual que se manifiesta en nuestro país en relación a esta temática, como resultado de la experiencia vivida siendo estudiantes observando que en muchos casos se desconoce y en otros no se respeta, el derecho a estar acompañada durante el trabajo de parto y nacimiento, a pesar de que existe Ley vigente desde el 2001.

El interés de grupo de enfocarnos en la mujer embarazada adolescente, se debe a que es una de las poblaciones más vulnerables desde el punto de vista psicológico, social y físico, a lo cual se le suma el bajo nivel económico y cultural de la población objetivo. Teniendo en cuenta, que si bien las estadísticas muestran que no ha aumentado las cifras del embarazo adolescente, si se ve una disminución de la edad a la que se embarazan. Como también se evidencian situaciones en las cuales, estamos frente a la tercera generación de madres adolescentes dentro del mismo grupo familiar.

A nivel individual se observan bajo nivel de instrucción, cambios frecuentes de pareja así como también de domicilio, inconstancia y carencias a nivel del autocuidado.

Para este trabajo se selecciono la institución pública el Hospital de la Mujer Paulina Luisi ubicado en la ciudad de Montevideo, en el barrio Parque Batlle sobre la calle Lord Ponsomby, limitando con Bulevar Artigas y Somme.

Por ser Hospital de referencia a nivel nacional se concentra la mayor cantidad de adolescentes, aunque, brinda una asistencia integral gineco- obstétrica a mujeres de todas las edades.

Las últimas estadísticas evidenciaron que el 26% del total de embarazadas atendidas pertenecen al rango etáreo de adolescentes (10 a 19 años), de ese porcentaje el 70% de las adolescentes son primigestas y el 30% han tenido 2 o mas gestas; en total en el año 2008 hubieron 1267 partos adolescentes, de las cuales un 70 % paso por la sala 4 de adolescentes de la institución pública, Hospital de la Mujer Paulina Luisi³.(Ver Anexo II)

³ MSP. DIGESA. Estadísticas CHPR (2008)

Según protocolo de este hospital la madre adolescente solo puede estar acompañada en el parto y nacimiento de su hijo, debido a esto, vamos a enfocar nuestra investigación en esa etapa y no en el trabajo de parto.

En cuanto a la entrevista, tendrá lugar en la etapa de puerperio, siendo este el momento más apropiado para abordar a la usuaria y además por el hecho de que esta institución se encarga de la capacitación de estudiantes, de diferentes carreras en donde los grupos que asisten son numerosos y no queremos ser un obstáculo para el personal de salud en sala de parto.

Desde del siglo pasado se vienen realizando declaraciones de suma importancia en donde se toma como pilar primordial a la mujer en su etapa de embarazo y parto, estas declaraciones fundamentan la humanización de parto y nacimiento basándose en el respeto a los derechos humanos, busca cambiar la idea de que el embarazo y parto son una enfermedad y sobre todo es un requisito para un parto saludable y una bienvenida amorosa a quienes llegan a este mundo.⁴

La Declaración que mas se destaca es la de “Fortaleza” donde se formulan una serie de 16 recomendaciones, dentro de las cuales figura que, toda mujer tiene derecho al cuidado peri natal apropiado y a desempeñar un papel central en todos los aspectos de ese cuidado, incluyendo la planificación, ejecución y evaluación de la atención recibida.⁵ (Ver Anexo III)

El 23 de agosto del 2001 el Senado y la Cámara de Representantes de la Republica Oriental del Uruguay, aprueban la ley 17.386 que enuncia, **“toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”** (Ver Anexo IV), pero esta resolución no se cumplía estrictamente ya que se alegaba que los acompañantes (en especial los padres) eran molestos, que desmayaban, que no había espacio para la realización a de maniobras, que realizaban preguntas molestas, etc. ;

Para comprobar la falta de cumplimiento de esta Ley es que se realizo una encuesta en tres países de América Latina (Argentina, Colombia y Uruguay) que evidencio un 94% de mujeres solas durante el parto y nacimiento.

⁴ Declaración de Fortaleza, Ceara (Brasil), Entorno a la Humanización. Noviembre del 2000.

⁵ CLAP, “Novedades del CLAP N°17) Mayo, 2002.

Como consecuencia en Marzo del año 2006 el Presidente de la Republica decreta la reglamentación y ampliación de la misma, haciéndose obligatoria aun en los casos de cesárea (no siendo de urgencia) en todos los servicios.

Con ello se apunta a favorecer los beneficios del acompañante en el parto y nacimiento el cual reduce: la cesárea en un 32%, episiotomía 34%, duración del trabajo de parto 25%, uso de analgesia un 16% y el test de apgar a 7 en los primeros 5 minutos un 50%.⁶

Las declaraciones y el derecho en muchos de los casos no son tomados como modelos de atención, y esta en nosotros como profesionales de enfermería y como parte del equipo de salud abocarnos a incrementar el conocimiento de las usuarias logrando de esta forma poder llegar a un parto y nacimiento humanizado.

Es importante la aplicación de la Ley 17.386 en el marco de las líneas programáticas de Ministerio de Salud Publica, de modo de poder tomar con un criterio integrador a la comunidad logrando que las usuarias embarazadas participen del mismo, permitiendo mejorar la atención y vigencia de su derecho.

Todas las Licenciadas de enfermería estamos comprometidas a realizar investigaciones continuas para aportar contribuciones de carácter científico beneficiando las necesidades socio sanitarias del país.

A tales efectos, nuestra perspectiva al finalizar esta investigación es obtener datos que sean productivos para generar nuevas ideas, modificar las existentes, mejorar protocolos, etc.; así mismo estos sean de gran utilidad y/o aporte para todo el equipo de salud y las usuarias, orientando de esta manera a los servicios de salud a adoptar un carácter mas integral de atención, satisfaciendo inquietudes y necesidades de las usuarias, anhelando alcanzar un parto y nacimiento humanizado.

Desde nuestra óptica como futuras Licenciadas en Enfermería a través de este trabajo de investigación, esperamos transmitir la idea de la importancia del respeto de este derecho, ya que, creemos que es un compromiso de todos informar e informarnos, para así, poder brindarle a las adolescentes en la etapa de parto y nacimiento de su hijo una optima calidad de atención, teniendo en cuenta que: “la maternidad significa un acontecimiento especial desde el punto de vista, psicológico, social, cultural”.

⁶ CLAP, “Novedades del CLAP N°17) Mayo, 2002.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

A los efectos de formular este marco teórico debemos tener en cuenta el Plan de Estudio de 1993 INDE, donde se define a la enfermería como: “una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia o grupo de población), realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención”.⁷

Entendiendo por “Disciplina”, el área de investigación y de práctica, marcada por una perspectiva única, o por una manera distinta de examinar los fenómenos, y por “Capacidad Reaccional”, a la capacidad del hombre, dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio, es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones biopsicosocial.

Ahora entrando en profundidad con el tema a estudiar nos remitimos a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la población (Cairo 1994), donde se debatió sobre los derechos de las personas en cuanto a la regulación de su fecundidad. En esta Conferencia se introdujo el concepto de Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos de las personas, el cual aborda la atención de la Salud de la Mujer, desde un punto de vista integral, teniendo en cuenta sus necesidades y derechos en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y la prevención de afecciones gineco-obstetricas.

Destacamos los derechos sexuales y reproductivos como: “Derechos básicos conectados con la libertad sexual, el derecho a la intimidad, privacidad y el derecho a la salud”, entre otras; esto implica que todas las personas deben ser informadas y preparadas para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva.

Entendemos por Salud Reproductiva “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear y la libertad para decidir si hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia”.⁸

En noviembre del año 2000 se lleva a cabo la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto en Fortaleza, en esta conferencia se plantea que el parto y nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana, de ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente.

Esta propuesta se basa en el respeto a los derechos humanos, busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad y, sobre todo, es un requisito para un

⁷ Plan de Estudio 1993 INDE

⁸ Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población (El Caribe 1994).

parto saludable y una bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan a este mundo.⁹

La Declaración de Fortaleza es una serie de 16 recomendaciones (Ver Anexo III) para lograr que la atención peri natal del binomio madre-hijo sea la más adecuada, las mismas consideran fundamentalmente que toda mujer tiene derecho al cuidado peri natal apropiado y que ella desempeña un papel central en todos los aspectos de su cuidado, incluyendo la planificación, ejecución y evaluación de la atención recibida.

Una atención apropiada considera en forma especial los factores sociales, emocionales y psicológicos tanto de la madre como de la familia.¹⁰

Mientras tanto en el Uruguay, en octubre del 2000 se propone un Proyecto de Ley el cual enuncia: “Derecho de toda mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y nacimiento”.

El objetivo de este proyecto de ley es consagrar un derecho de la mujer y de su niño establecido en el Artículo N° 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el cual expresa: “La maternidad y la infancia tienen derechos a cuidados y asistencias especiales”, que indudablemente también benefician a la comunidad.

Por medio de esta legislación sobre el acompañamiento durante el parto el estado uruguayo esta favoreciendo la humanización del parto y esta cumpliendo con un Derecho en el campo de Salud Reproductiva.

La meta final es mejorar la calidad y la atención de la salud tanto pacientes individuales como de la sociedad.

Sin embargo esto no se ha logrado concretar a nivel asistencial, impidiendo a los verdaderos protagonistas del parto, la posibilidad de que el mismo transcurra en un ámbito emocional favorecedor del apego madre-hijo y familia. Lo cual se entiende como fundamental para el bebe y su madre en sus relaciones futuras.

Hacer respetar los derechos en el embarazo, parto y nacimiento es respetar el rol protagónico de la mujer al momento de parir y del bebe cuando nace, basándose siempre en los Derechos Humanos.¹¹

El 23 de agosto del 2001, en concordancia con los lineamientos planteados en las conferencias antes citadas, el parlamento uruguayo aprueba la Ley 17.386, que dispone:

⁹ Declaración de Fortaleza, Ceara, Entorno a la Humanización, Noviembre 2000.

¹⁰ Declaración de Fortaleza 1985 (OMSEuropea, OPS Y OMS Regional de los servicios) Ceara, Brasil. Conferencia sobre “Tecnologías apropiadas para el Nacimiento”

¹¹ Calidad de Atención en los Servicios de Embarazo, Parto y Nacimiento. Gilda Vera. L/2003.

“Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”. (Ver Anexo IV).

Sin embargo con la normativa vigente las mujeres no recibían apoyo emocional en este periodo tan importante para ellas, es por eso que previo al año 2002 se realiza una encuesta en tres países de América Latina (Argentina, Colombia y Uruguay) mostrando que el 94% de estas mujeres embarazadas se encontraban solas durante el trabajo de parto, parto y nacimiento de su hijo.

En las instituciones tanto públicas como privadas del Uruguay, el equipo de salud manifestaba que la mujer era aislada en este momento tan especial por que:

1. Había falta de espacio en la sala de parto.
2. Los familiares realizaban preguntas molestas.
3. Los padres usualmente se desmayaban durante el parto.
4. Las situaciones de emergencia son estresantes para los familiares.
5. El parto es una situación potencial de riesgo y la presencia de los familiares alrededor dificulta la realización de maniobras.¹²

Pasaron 5 años desde la aprobación de la ley, pero no se cumplía en todos los Servicios de salud, por dicha situación es que el 6 de Marzo del 2006 el Presidente de la Republica decreta la reglamentación de la misma, haciéndose obligatoria en todos los servicios.

Esta “Ley de Acompañamiento” Ley 17.386 , en sus tres primeros artículos expresa en síntesis las siguientes pautas: se deberá informar a las usuarias sobre este derecho con suficiente anticipación en los diferentes niveles de atención durante el embarazo; la ley debe estar publicada en un lugar visible a los usuarios; se deberá disponer de equipos de vestimenta apropiadas para el acompañante; adecuar espacios de permanencia de los mismos; no discriminarlo, proveer acompañantes entrenados para aquellas usuarias que no lo tengan, permitir la participación del acompañante durante la cesárea; dejar estricto registro en historia obstétrica la presencia del mismo y en el caso de no contar con su presencia, explicar las razones.

¹² CLAP, “Novedades del CLAP N° 17” Formas de Cuidados Beneficiosos. Mayo 2002.

Está comprobado por amplias evidencias científicas, provenientes de investigaciones clínicas aleatorizadas, que muestran que el apoyo psicoemocional durante el trabajo de parto y parto reduce:

- la cesárea en un 32%
- duración del trabajo de parto 25%
- episiotomía 34%
- uso de analgesia 16%
- el test de apgar a 7 en los primeros 5 minutos un 50%.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Durante el post parto las mujeres que contaron con apoyo psicoemocional mostraron:

- menos ansiedad y depresión post parto,
- mayor confianza con su bebe,
- mayor probabilidad de una lactancia exitosa.¹³

El CLAP contribuye con la iniciativa de la Ley, para lograr un cambio que permita llegar a la humanización del parto fomentando un adecuado cuidado en la salud materna y peri natal; para llevar acabo esta iniciativa es necesario que el equipo de salud que trabaja en las maternidades conozca, aplique y cumpla como es debido.¹⁴

Con este motivo la OMS ha propuesto trabajar en talleres de capacitación logrando algunos cambios por medio de la sensibilización del personal de salud en relación a las necesidades de las mujeres.¹⁵

En Uruguay como consecuencia se han abierto 5 lugares de capacitación sobre Normas de Parto, en base a las Guías elaboradas dentro del programa Nacional del Salud de la Mujer y Género. Dicha capacitación esta dirigida a funcionarios que se desempeñan en estas áreas.¹⁶

El acompañante debe desempeñar su rol continentador reforzando el apoyo psicoemocional a la parturienta como así también fomentar el vinculo entre madre e hijo.

La participación del acompañante induce a una disminución de temores, ansiedad; la madre podrá sentirse en un ambiente calido no conocido, pero seguro y humanizado.

Es frecuente que la mujer embarazada considere a enfermería como fuente de información, alguien que puede proporcionar ayuda en las siguientes formas: respetar

¹³ CLAP, "Novedades del CLAP n°17" Formas de Cuidados Beneficiosos. Mayo 2002

¹⁴ CLAP, "novedades del CLAP N° 14." Conferencia Dictada por el Dr. Jose.M.Belizan. Congreso de Barcelona. Medicina basada en evidencias aplicadas a la perinatología. Setiembre 2001.

¹⁵ OMS Manual de Capacitacion "Genero y Derechos en Salud Reproductiva" 2001.

¹⁶ OMS Manual de Capacitacion "Genero y Derechos en Salud Reproductiva" 2001.

sus deseos, proteger su privacidad y la de su acompañante y brindar apoyo en cada contracción.

La Ley contempla en su Artículo N° 3 que se proveerá de acompañante a quienes ingresen solas al parto y nacimiento para lo cual se cuenta, en algunas instituciones, con la participación de Doulas Comunitarias.

El acompañante deberá ser específico, claro y mostrar seguridad en sus actos y palabras, la mujer necesita de orientación continua y activa, aquí es donde aparece la comunicación verbal y no verbal, las caricias serán de un gran valor y lo fundamental será no perder la calma.

Según registros en la antigüedad se utilizaba el acompañamiento en el momento de parto, es de esta manera que aparece el termino Doula, el cual procede de la antigua Grecia que significa: “sierva, esclava”. Otros autores sitúan su origen en el “Hindi” lengua que significa: “Mujer Experimentada” que ayudaban a las futuras madres en la crianza de sus bebés.

Las Doulas son mujeres, en su mayoría son madres que acompañan a otras mujeres durante el camino a la maternidad. Su labor fundamental es dar soporte tanto emocional como físico, durante el parto y puerperio.

Su formación abarca conocimientos sobre fisiología del embarazo, parto y puerperio, de puericultura, lactancia, educación prenatal; y son encargadas de brindar información sobre los temas en cuestión a la madre y familia.¹⁷

En este momento en el Uruguay la cantidad de doulas no son suficientes para cubrir los servicios obstétricos pero tienen como objetivo, entre otros, aumentar este grupo de mujeres, ya que completan el trabajo de atención del parto que realizan los médicos, parteras, auxiliares y licenciadas de enfermería, ofreciendo cuidados físicos y asistencia emocional en forma calificada a la mujer y a su familia en el momento del nacimiento.

Nuestra investigación se enfoca primordialmente en la población de mujeres embarazadas y que están cursando por la etapa de adolescencia, por ello cabe destacar las definiciones de la OMS respecto a:

Adolescencia: “período de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, que transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida

¹⁷ IPU (Instituto Perinatal Uruguayo)

la dependencia socio- económica”, y que se divide en “adolescencia temprana” de 10 a 14 años y “adolescencia tardía” de 15 a 19 años.

Embarazo Adolescente: el embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando el adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

Parto: “Es un proceso fisiológico que pone fin al embarazo determinando que el feto y sus anexos abandonen el útero y salgan al exterior”

Trabajo de Parto: “Consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se dilate y se borre, para permitir que el feto pase por el canal de parto; en el encontramos tres periodos importantes a tener en cuenta: 1° borramiento y dilatación del cuello uterino.

2° expulsión fetal.

3° alumbramiento.

Nacimiento: “Acción y efecto de nacer”,

Nacer: “Salir del vientre materno”.

Puerperio: “Es el periodo de tiempo que va desde la expulsión del feto y los anexos ovulares hasta la desaparición de las modificaciones gravídicas. Popularmente se denomina “cuarentena”, porque esta es aproximadamente, la duración de este período.

El puerperio se caracteriza por dos fenómenos fisiológicos: la vuelta del organismo a su estado anterior y el establecimiento de la lactancia.

Se clasifica en 4 etapas:

- 1) Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas.
- 2) Puerperio mediano: comprende el periodo entre las 24hs y el 10° día.
- 3) Puerperio alejado: Se extiende hasta los 45 días luego del parto.
- 4) Puerperio tardío: se extiende entre los 45 y 60 días luego del parto.¹⁸

El embarazo adolescente se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales especialmente para la salud por la mayor incidencia desfavorables o por las implicancias del aborto.

Desde el punto de vista medico preventivo se debe:

- Al inicio precoz de las relaciones sexuales.
- La no utilización de métodos anticonceptivos.

¹⁸ Licenciatura Obstetricia, Serie Manuales Clínicas para Licenciatura y Residencia. J. Esteban- Altirriba, 1988.

-
-
- Desde el punto de vista familiar:
 - La desintegración de la familia.
 - La poca comunicación con los padres.
 - La falta de enseñanza sobre la capacidad de medir riesgos.
 - La realidad es que estas adolescentes se convierten en madres antes de afianzar su propio proyecto de vida, sin tener madurez física ni emocional.

Muchas veces están sin pareja, sin apoyo familiar sintiéndose solas frente a tanta responsabilidad.

Corresponde destacar las consecuencias a que están expuestos los hijos de madres adolescentes:

- Mayor riesgo de tener bajo peso al nacer.
- Mayor riesgo de sufrir abusos físicos, negligencia en sus cuidados
- Mayor riesgo de desnutrición.
- Mayor riesgo de retardo del desarrollo físico y emocional.
- Muy pocas de ellas acceden a beneficios sociales, mayormente porque sus parejas no tiene trabajo.

Y la madre adolescente también puede tener consecuencias con este embarazo:

- Frecuentemente abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o en el momento de criar a su hijo.
- Dificultad para conseguir empleos permanentes con beneficios sociales.
- Las parejas de adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y mas inestables.

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la información y el uso que hacen las madres adolescentes de su derecho a estar acompañada durante el parto y nacimiento (Ley N° 17.386).

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer las características de la población a estudiar
- Indagar acerca de la información existente en las usuarias sobre su derecho.
- Identificar las fuentes de información a las que tuvo acceso la usuaria.
- Identificar en que momento la usuaria toma contacto con la Ley.
- Identificar cuantas usuarias están acompañadas durante el parto y nacimiento y cual es el vínculo que las relaciona.
- Conocer si los acompañantes poseen capacitación.
- Identificar los motivos por los cuales la usuaria no hizo uso de su derecho.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

La investigación que se plantea corresponde a un estudio descriptivo, cuantitativo; y según el periodo y secuencia del estudio, de corte transversal.

Área de estudio: Institución pública, Hospital de la Mujer Paulina Luisi (CHPR), sala 4 de adolescentes. Montevideo, Uruguay.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo de estudio: Está constituido por las madres Adolescentes que estuvieron internadas durante el año 2008 en la sala 4 de adolescentes de la institución pública, Hospital de la Mujer Paulina Luisi.

Muestra: Esta constituida por todas aquellas madres adolescentes que se encuentran internadas en la sala 4 de adolescentes en el periodo de la investigación, correspondiente a la institución pública, Hospital de la Mujer Paulina Luisi.

Unidad de análisis: Adolescentes entre 10 a 19 años que se encuentran internadas cursando la etapa de puerperio inmediato y mediato, en la institución pública Hospital de la Mujer Paulina Luisi.

Elementos de información: Madres Adolescentes que se encuentran internadas cursando la etapa de puerperio inmediato y mediato.

Tamaño de la muestra: 124 Madres Adolescentes que se encuentran internadas cursando la etapa de puerperio.

Criterios de inclusión: se considera a todas las madres adolescentes cursando puerperio, dentro del periodo de la investigación, internadas en la sala 4 de adolescentes de la institución pública Hospital de la Mujer Paulina Luisi y de quienes se obtenga el consentimiento verbal para participar de la investigación.

Criterios de exclusión: se excluirá a todas las madres adolescentes que no estén cursando puerperio y que no estén internadas en sala 4 de adolescentes del Hospital de la Mujer Paulina Luisi, también se excluirá a todas aquellas madres adolescentes que no quieran participar de la investigación.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos para esta investigación serán recabados por 5 estudiantes de la Lic. en enfermería por medio de la entrevista, en sala 4 de adolescentes en el Hospital de la Mujer Paulina Luisi según criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.

La recolección de datos se realizara en grupo de 2 personas, las cuales se presentaran formalmente solicitando a la usuaria, su consentimiento en forma verbal.

Es de destacar la implementación de un plan piloto para evaluar el instrumento a aplicar en la investigación. El mismo tendrá una duración de 2 días previo al comienzo de la investigación de campo.

Entrevista: Se realizara a través de un formulario impreso con preguntas cerradas, destinado a obtener respuestas sobre el problema a estudiar y en donde el investigador interroga y registra las respuesta recibidas.

Así mismo tendremos en cuenta el carácter confidencial de la entrevista, manteniendo la privacidad de la entrevistada.

PLAN DE ANALISIS Y DE LOS RESULTADOS

Para la tabulación y análisis de los datos de utilizara la base de datos electrónica mediante el programa Excel.

La información será sistematizada en tablas univariadas de frecuencia absoluta y porcentual para el estudio de cada variable.

Todos los datos que se resuman serán producto de la aplicación de los formularios.

FACTIBILIDAD

Factibilidad económica

Los costos del proyecto son accesibles para el equipo que participa del mismo, destacando que los beneficios que se esperan obtener justifican los gastos.

Factibilidad política

Teniendo en cuenta que la institución en la cual vamos a realizar el estudio presta accesibilidad para la práctica de estudiantes de diferentes carreras, consideramos que no debería haber ningún impedimento político para llevarlo a cabo.

De todas formas confirmamos la voluntad política de los responsables del servicio, cuando obtengamos las respuestas a las cartas de solicitud de autorización para realizar la investigación.

Factibilidad socio cultural

La metodología utilizada para recolectar la información (entrevista) se adapta a las habilidades y capacidades del equipo de investigación y es aceptada por la población, ya que las personas serán informadas sobre el estudio a realizar respetando la decisión de participar o no del proyecto.

Entendemos que es viable la participación de la población seleccionada, ya que la información que se pretende obtener no involucra aspectos íntimos.

Para realizar la recolección de los datos la población a estudiar no tiene que trasladarse ya que se realizara en el lugar de internacion lo cual favorece la factibilidad.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

PUERPERIO:

Definición operacional: “Es el periodo del proceso reproductivo que se extiende desde el alumbramiento hasta que los órganos genitales y el resto del organismo hayan recobrado su estado anatómico y fisiológico igual al que tenía antes del embarazo”.

Nivel de medición: Cualitativa, nominal.

Indicador:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas.
- Puerperio mediano: comprende el periodo entre las 24hs y el 10° día.
- Puerperio alejado: Se extiende hasta los 45 días luego del parto.
- Puerperio tardío: se extiende entre los 45 y 60 días luego del parto.

EDAD

Definición operacional: Período de tiempo transcurrido, en años, desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Nivel de medición: Cuantitativa, discreta.

Indicador: 10-11 años
12-13 años
14-15 años
16-17 años
18-19 años

PROCEDENCIA

Definición operacional: lugar donde reside la persona en la actualidad.

Nivel de medición: cualitativa, nominal

Indicador:

- Montevideo
- Interior.
- Exterior

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Definición operacional: estudios cursados por el usuario

Nivel de medición: cualitativa, ordinal.

Indicador:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa
- Estudios Terciarios incompletos

ESTADO CIVIL

Definición operacional: Presencia o no de vínculo legal que presenta la usuaria con el padre.

Nivel de medición: cualitativa nominal

Indicador:

- Casada
- Soltera
- Unión libre
- Divorciada

OCUPACION

Definición operacional: condición laboral con remuneración o no, que realiza la usuaria.

Nivel de medición: cualitativa, nominal

Indicador:

- Trabajador activo
- Desocupado
- Estudiante
- Ama de casa

NUMERO DE PARTOS

Definición operacional: cantidad de partos que ha experimentado la usuaria.

Nivel de medición: cualitativa discreta.

Indicador:

- Primípara.
- Secundípara.
- Multípara

TIPO DE PARTO

Definición operacional: vía por la que se efectúa el nacimiento de un niño

Nivel de medición: cualitativa nominal

Indicador:

- Vaginal
- Cesárea

INFORMACION SOBRE LEY DE ACOMPAÑAMIENTO (LEY17.368)

Definición operacional: Es la información que manifiestan las adolescentes sobre el contenido de la ley de salud reproductiva “Ley de Acompañamiento” referente a estar acompañada durante trabajo de parto, parto y nacimiento; Y que no deben tener impedimentos para esto.

Nivel de medición: Cualitativa, Nominal.

Indicador

- sin información
- con información

FUENTE DE INFORMACIÓN DE DONDE CONOCE LA LEY

Definición operacional: Medio de adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que ya se poseen sobre una materia determinada.

Nivel de medición: cualitativa nominal

Indicador:

- Libros, revistas, diarios
- Internet
- Equipo de salud
- TV. / radio
- Folletería y/o cartelería
- Sin información

CONTACTO DE LA USUARIA CON LA INFORMACION

Definición operacional: Momento en el cual la usuaria toma contacto con la Ley.

Nivel de medición: cualitativa nominal

Indicador:

- Periodo anterior al embarazo
- Durante el embarazo
- Durante el trabajo de parto

PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE

Definición operacional: Persona que se encuentra con el usuario en el momento del parto y nacimiento.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

- Si
- No

TIPO DE ACOMPAÑANTE

Definición operacional: vínculo que tiene la usuaria con el acompañante

Nivel de medición: Cualitativa, Nominal

Indicadores:

- Pareja
- Familia
- Amigos
- Persona capacitada

CAPACITACION DEL ACOMPAÑANTE

Definición operacional: conocimiento y/o información que presenta el acompañante.

Nivel de medición: Cualitativa Nominal

Indicador: con capacitación
sin capacitación

AUSENCIA DE ACOMPAÑANTE

Definición operacional: Razones por las cuales no estuvo acompañada en el parto y nacimiento de su hijo.

Nivel de medición: Cualitativa, Nominal

Indicador:

- Falta de información sobre la ley
- Por razones de tiempo /o espacio
- Por falta de contención familiar
- Negación del personal
- otros

BIBLIOGRAFIA

- Bazzino Berón, Callorda, Cardozo, Lemos, Machado. Enfermería y la Ley de Acompañamiento durante el Parto (TESIS). Montevideo: Facultad de Enfermería; 2008.
- Alcántara, Fugazza, Márquez, Salvarrey y Silveira. Estudio del Acompañante en el Parto. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2007
- Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 3° Ed. Mexico: McGraw Hill Interamericana; 2003.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Salud de la Mujer y Género. Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio: el papel de los equipos de salud. Hacia la reglamentación de la ley de acompañamiento N° 17.386 del parto y del nacimiento. Montevideo: MSP; 2005.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Salud de la Mujer y Género. Normas de Atención a la mujer embarazada. Educación a la mujer embarazada. Leyes vigentes. Montevideo: MAP; 2007.
- MSP. Programa Nacional de Adolescencia. Montevideo: MSP; [s.d.]
- Organización Mundial de la Salud. Manual de capacitación: genero y derechos en salud reproductiva. [s.l]: OMS; 2001.
- Pérez Sánchez. Obstetricia. CLAP: Publicación científica. Salud Reproductiva. Materno Perinatal y Parto de bajo riesgo. N° 13221 01.[s.p.i]
- Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia. Barcelona: Marban; 2001.
- Polto J, Arena P, Berro J. Pautas terapéuticas en obstetricia.. Montevideo: FEFMUR; 1999.
- Conferencia Internacional sobre población y desarrollo. El Cairo. 1994.

-
- Declaración de Fortaleza, Ceara en torno a la Humanización. 2000.
 - CLAP. Novedades del CLAP n°17 , Montevideo: CLAP; 2002.
 - Vera G. Calidad de Atención en los Servicios de embarazo, parto y nacimiento en un marco de derechos. [s.l.]: [s.n.]; 2003.
 - http://www.reproductiverights.org/esp_ww_iss_adoles.html
 - <http://www.intermedicina.com/guias/gui018.htm>.
 - <http://www.parlamento.gub.uy>.
 - <http://www.relacahupan.org>.
 - [http:// www.institutoperinatal.org.uy](http://www.institutoperinatal.org.uy)
 - <http://perinatal.bvsalud.org/>
 - [http://ine.gub.uy\(2006\)](http://ine.gub.uy(2006))

PRESUPUESTO

RRMM de Uso:

22) 4 Computadoras

23) 5 Pen drive

24) 2 Impresoras

* No se estiman costos, porque ya se contaban con dicho material de uso.

RRMM de Consumo

- 5 Lapiceras.....\$100
- 800 hojas A4.....\$300
- 5 CD grabables.....\$ 60
- 5 Carpetas A4 transparentes.....\$ 85
- 5 Encuadernaciones.....\$ 250
- 500 Impresiones.....\$1300
- Transporte Urbano.....\$850
- Transporte Sub- Urbano.....\$2100

Total:\$5195

ANEXO II

Ministerio de Salud Publica

DIGESA – CHPR

Unidad de Epidemiología y Estadística

Nacimientos ocurridos en el CHPR según edad y procedencia de la madre.

Abril			Mayo		
Edad de la madre	Montevideo	Interior	Edad de la madre	Montevideo	Interior
Menos de 15	2	0	Menos de 15	1	0
10 años	0	0	10 años	0	0
11 años	0	0	11 años	0	0
12 años	0	0	12 años	0	0
13 años	0	0	13 años	0	0
14 años	2	0	14 años	1	0
15 a 19	111	15	15 a 19	119	15
20 a 24	163	17	20 a 24	150	17
25 a 29	137	28	25 a 29	121	18
30 a 34	93	13	30 a 34	85	9
35 a 39	34	4	35 a 39	42	7
40 a 44	12	2	40 a 44	10	3
45 y mas	0	0	45 y mas	0	0
No indicado	10	0	No indicado	5	0
Total	562	79	Total	533	69
Junio			Julio		
Edad de la madre	Montevideo	Interior	Edad de la madre	Montevideo	Interior
Menos de 15	0	0	Menos de 15	2	0
10 años	0	0	10 años	0	0
11 años	0	0	11 años	0	0
12 años	0	0	12 años	0	0
13 años	0	0	13 años	1	0
14 años	0	0	14 años	1	0
15 a 19	113	21	15 a 19	145	16
20 a 24	159	22	20 a 24	169	24
25 a 29	101	28	25 a 29	102	14
30 a 34	77	18	30 a 34	87	10
35 a 39	35	10	35 a 39	44	5
40 a 44	8	2	40 a 44	16	1
45 y mas	2	0	45 y mas	0	0
No indicado	1	0	No indicado	5	0
Total	496	101	Total	570	70

Embarazo adolescentey ley de acompañamiento

Agosto			Setiembre		
Edad de la madre	Montevideo	Interior	Edad de la madre	Montevideo	Interior
Menos de 15	1	1	Menos de 15	3	1
10 años	0	0	10 años	0	0
11 años	0	0	11 años	1	0
12 años	0	0	12 años	0	0
13 años	0	0	13 años	0	0
14 años	1	1	14 años	2	1
15 a 19	126	15	15 a 19	143	30
20 a 24	144	20	20 a 24	150	20
25 a 29	95	18	25 a 29	118	16
30 a 34	60	8	30 a 34	95	19
35 a 39	42	6	35 a 39	39	6
40 a 44	9	2	40 a 44	9	5
45 y mas	1	0	45 y mas	1	0
No indicado	1	1	No indicado	5	0
Total	479	71	Total	563	97
Octubre			Noviembre		
Edad de la madre	Montevideo	Interior	Edad de la madre	Montevideo	Interior
Menos de 15	5	0	Menos de 15	4	1
10 años	0	0	10 años	0	0
11 años	0	0	11 años	0	0
12 años	0	0	12 años	0	0
13 años	1	0	13 años	1	0
14 años	4	0	14 años	3	1
15 a 19	123	15	15 a 19	97	14
20 a 24	178	24	20 a 24	133	22
25 a 29	109	11	25 a 29	88	15
30 a 34	76	15	30 a 34	72	7
35 a 39	32	10	35 a 39	28	8
40 a 44	14	1	40 a 44	9	1
45 y mas	0	0	45 y mas	1	0
No indicado	6	1	No indicado	2	0
Total	543	77	Total	434	68

Embarazo adolescentey ley de acompañamiento

Diciembre			Abril - Diciembre 2008		
Grupos de edad	Montevideo	Interior	Edad de la madre	Montevideo	Interior
Menos de 15	4	0	Menosde15	22	3
10 años	0	0	10años	0	0
11 años	0	0	11años	1	0
12 años	0	0	12años	0	0
13 anos	1	0	13anos	4	0
14 años	3	0	14años	17	3
15 a 19	98	26	15a19	1075	167
20 a 24	174	36	20a24	1420	202
25 a 29	93	11	25a29	964	159
30 a 34	77	7	30a34	722	106
35 a 39	33	8	35a39	329	64
40 a 44	10	0	40a44	97	17
45 y mas	1	0	45ymas	6	0
No indicado	4	4	Noindicado	39	6
Total	494	92	Total	4674	724

ANEXO III

SÍNTESIS DE LAS 16 RECOMENDACIONES DE FORTALEZA

- 1) Toda la comunidad debería estar informada acerca de los diferentes procedimientos en la atención del parto de manera de permitir a cada mujer que elija la posición que le resulte más cómoda en el parto.
- 2) Debería promoverse la capacitación del personal que atiende el parto. La atención del embarazo y parto fisiológico y el seguimiento post-parto debería ser tarea de esta profesión.
- 3) La información sobre las prácticas de atención del parto en los hospitales (incidencia de cesáreas, atención del recién nacido, habitación conjunta, etc.) debería ser de conocimiento del público que se atiende en esos hospitales.
- 4) No existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10-15% de cesáreas.
- 5) No existe evidencia de que se requiera de una operación de cesárea después de una cesárea transversa segmentaria inferior. Se deberá favorecer los partos vaginales en una cesareada anterior en lugares que existan facilidades quirúrgicas para una situación de emergencia.
- 6) No existe ningún indicador para el rasurado pelviano y enema preparto.
- 7) La embarazada no debe ser colocada en posición de litotomía (de espaldas) durante el trabajo de parto y parto. Se le debe estimular a que camine durante el trabajo de parto y cada mujer debe escoger libremente la posición a adoptar durante el parto.
- 8) El uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal) no se justifica.
- 9) No se debe inducir el parto por conveniencia (inicio artificial). La inducción del trabajo de parto debe ser sólo por indicación médica específica, ninguna región geográfica debería tener índices de trabajo de parto inducido sobre un 10%.
- 10) Durante el parto, la administración rutinaria de drogas analgésicas y anestésicas que no se requiera específicamente para corregir o prevenir complicaciones del parto deben ser evitadas.
- 11) La ruptura precoz artificial de las membranas como procedimiento rutinario no está justificado científicamente.
- 12) El niño sano debe permanecer con su madre cuando las condiciones de ambos lo permitan, el proceso de observación del recién nacido sano no justifica la separación de la madre.
- 13) El comienzo inmediato de la lactancia debe ser promovido, aun antes que la madre sea trasladada de la sala de parto.
- 14) Deben ser identificados los servicios de atención de obstetricia que tienen actitudes críticas hacia la tecnología y que han adoptado una actitud de respeto hacia los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.
- 15) Deben ser estudiados y estimulados los procesos de esos servicios que los han llevado a adoptar esa posición de manera de ser utilizados como modelos para facilitar actitudes semejantes en otros centros e influir con puntos de vista obstétricos en toda la nación.

Los gobiernos deben considerar el desarrollo de formas para permitir el uso de nuevas tecnologías en el parto solo después de una adecuada evaluación

ANEXO IV

Ministerio de Salud Pública

ASUNTO NO.52.-

Montevideo, 06 MAR 2006

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 17.386 de 23 de agosto de 2001;

RESULTANDO: que por la misma se establece que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional;-----

CONSIDERANDO: I) que es el Ministerio de Salud Pública quien debe garantizar el derecho de las mujeres a ser acompañadas en el trabajo de parto, el parto y el nacimiento;-----

II) que la referida Secretaría de Estado es la responsable de velar por la plena aplicación de la citada Ley por parte de las Instituciones asistenciales públicas y privadas;-----

ATENTO: a lo establecido en la Ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública" de 12 de enero de 1934 y en la Ley N° 17.386 de 23 de agosto de 2001;-----

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

Artículo 1º.- Todas las Instituciones públicas y privadas promoverán la información a las mujeres usuarias, con suficiente antelación y en los diversos niveles de atención en salud, durante el transcurso del embarazo, acerca del derecho a ser acompañadas durante el trabajo de parto, el parto y el nacimiento. -----

Artículo 2º.- Todas las Instituciones de salud del sector público y privado, con prestaciones en salud sexual y reproductiva, contarán con la Ley de Acompañamiento y su reglamentación, publicadas

Artículo 3°.-

en lugares visibles al público y en particular a las usuarias de los servicios.-----

Las instituciones instrumentarán los mecanismos administrativos que permitan el acompañamiento en el parto y nacimiento, a saber:-----

- a) Instrumentar la disponibilidad de equipos de vestimenta apropiados para tal fin, así como la adecuación de espacios de permanencia de acompañantes en el pre parto, parto y puerperio.-----
- b) No discriminar al acompañante por aspectos vinculados al sexo, al estado civil, a lo étnico racial, a razones socioeconómicas y culturales.---
- c) Promover la participación en la cesárea, de acuerdo a las posibilidades y limitaciones del evento obstétrico.-----
- d) Proveer acompañantes entrenados por parte de las maternidades públicas y privadas, en caso de no contar con un acompañante referente de la mujer.-----
- e) Dejar constancia en la historia obstétrica, la referencia de la persona que actuó como acompañante o las razones por las cuales la mujer no fue acompañada durante el trabajo de parto, parto o nacimiento.-----
- f) Integrar la información de la Ley, a la promoción de salud materno infantil y de salud reproductiva, tanto en las instituciones públicas como privadas.-----

Ministerio de Salud Pública

Artículo 4º.- El no cumplimiento del presente Decreto, generará acciones por parte de las oficinas competentes del Ministerio de Salud Pública.-----

Artículo 5º.- Las Instituciones públicas y privadas que cuenten con servicios de obstetricia, contarán con un plazo de seis meses, a partir de la promulgación de este Decreto, para adecuarse a la normativa.- -----

Artículo 6º.- La Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, será quien reciba las denuncias ante el incumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto.-----

Artículo 7º.- Comuníquese. Publíquese.-----

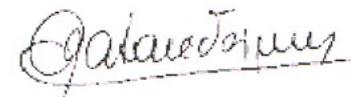
Decreto N°

Decreto Diario Oficial N°

Ref. N°

/lsm




Dr. Tabaré Vázquez
Presidente de la República

ANEXO V

ENTREVISTA A GILDA VERA

Que rol desempeña en relación al embarazo adolescente?

Embarazo adolescente, es un evento social

Desde el MSP se da el premio J.J. Crotonini Amigos de la Maternidad para las maternidades donde se trabaje con los cambios, se dan pautas en lo que se puede mejorar.

La primera vez que se otorgo fue en el 2007 y la segunda en el 2009, se presentaron maternidades y en tres de ellas ya se han apreciado cambios. Dos de ellas en el ámbito público y 1 en el privado.

Hoy día están tomando auge las salas de nacer, ya que las mismas permiten que la embarazada entre con su pareja a la sala para egresar luego junto a su bebe.

En el CHPR están pero no se usan, también hay en Tacuarembó y Rivera y a nivel privado en el Británico y Casa de Galicia.

En otros lugares como en Tacuarembó se están impulsando las Casas de Parto que aparecerán pegadas a la maternidad, partiendo de la base de que el parto es un evento natural. En Brasil a nivel público ya funcionan.

Desde donde esta abogando por la ley de humanización del parto?

En UMPA, OMS, ONG, existen cinco lugares de capacitación sobre normas de parto, en base a las guías para funcionarios que estén en esta tarea.

Al equipo de salud le cuesta aceptar y trabajar las pautas.

Se hicieron publicaciones para los equipos con Bayer Shering.

La idea es que se trabaje en equipo, se formen redes de trabajo, con reuniones de intercambio; preparados con capacitación periódica y sostenida en el tiempo.

Desde hace muchos años desempeño funciones en MSP y ONG junto a la Fundación Caldeiro Barcia quien fue uno de los precursores de la defensa de los derechos de la mujer.

Desde el 2005 por medio del MSP dentro del programa de la mujer y género, por los derechos sexuales y reproductivos.

Podes decirnos algo a cerca de los beneficios de que la madre esté acompañada para el binomio?

No hay estudios en Uruguay a cerca de los beneficios que recibe la mujer al cumplirse con la ley que defiende el derecho a estar acompañada.

Si se sabe que uno de los beneficios es la disminución en el porcentaje de cesáreas.

En el Uruguay existe un 40 % de cesáreas anualmente, mientras que la OMS indica que no debería de existir un porcentaje mayor al 12 o 15 %. Razon por la cual al MSP le resulta conveniente hacer el contralor de que se cumpla con dicha ley, disminuyendo así los niveles.

Desde tu experiencia como es el panorama de la adolescente embarazada en Uruguay?

Generalmente las adolescentes se encuentran sin pareja o familia que las contengan. Se encuentran sin estudios completos, situación de calle, si tienen padres éstos están preocupados de que no estén en la calle pero no lo pueden evitar. Con esa finalidad se está trabajando con ellas en la Casa de la Mujer, incentivándolas a que continúen sus estudios, trabajen con referentes que faciliten su inserción laboral y también se trabaja en salud y derechos sexuales y reproductivos. Tenemos allí una población difícil cadenciada, ahora estamos trabajando con la colaboración de ANEP que implemento cursos cortos, intensivos de rápida inserción laboral. Ellas se preocupan por hacerlo pero igual a veces no alcanza. Encontramos a veces tercera generación de madres adolescentes. También vemos con frecuencia que durante el embarazo la familia o pareja están presentes pero luego del parto las abandonan. Se cortan la vida ya que dejan de hacer lo que estaban haciendo, tienen inconstancia, cambio frecuente de pareja, desconocimiento de su cuerpo, falta de higiene, no mirarse o tocarse, son inmaduras. En cuanto a cifras, no se ha visto incremento en la cantidad de embarazos adolescentes pero si a disminuido la edad a la que quedan embarazadas. Razón por la cual se están elaborando guías especiales para adolescentes.

El contralor por parte del MSP como se lleva a cabo?

A través de un teléfono pueden hacer la denuncia frente al no cumplimiento de la ley. El numero es el 0800 44 44. También se puede hacer por carta con datos de los profesionales que los atendieron. La mayor parte de las denuncias recibidas es por no acompañamiento durante la cesárea programada.

Según el artículo tercero de la ley dice que las instituciones públicas y privadas proveerán de acompañantes entrenados, que nos puedes decir de esto?

A partir de la existencia de Relacahupan que nació en Fortaleza, Brasil de donde soy la coordinadora general, y donde participan varios países del Caribe, y EEUU habla hispana. Se ha iniciado la formación de Doulas, el curso dura un año, con una concurrencia de un fin de semana por mes, mas un número determinado de asistencias a partos con firma de la partera y un medico. Se reciben cuando entregan la monografía de un seguimiento incluido puerperio.

La adolescente es tomada desde antes del parto y luego se las acompaña hasta varios meses después del nacimiento.

Las parteras reaccionan con temor de ser suplantadas por las Doulas pero en realidad se trata de funciones diferentes, deberían ser tomadas como un integrante mas del equipo interdisciplinario.

Pero eso va a tomar tiempo para que así sea.

ANEXO VI

Montevideo, 15 de junio de 2009.

Directora del Hospital de la Mujer Paulina Luisi

Dra. Ima Leon:

Por la presente nos dirigimos a Ud., para expresarle que somos un grupo de cinco estudiantes del último año de la carrera de Licenciatura de Enfermería, que se desarrolla en la Facultad de Enfermería, dependiente de la Universidad de la República, elaborando la Trabajo de Investigación Final.

El tema elegido para el mismo se basa en el cumplimiento del Derecho de la Mujer a estar acompañada durante el parto y nacimiento de su hijo. (Ley de acompañamiento; N° 17.386).

Razón por la cual solicitamos autorización para desarrollar nuestra investigación en el piso 4 correspondiente a sala de adolescentes en etapa de puerperio. La misma tendrá lugar en un período de 30 días, con fecha a confirmar. En ella se aplicaran instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a las usuarias que brinde información directa durante el trabajo de parto y parto. Previo a la aplicación del instrumento se solicitará el consentimiento voluntario e informado a las participantes, asegurando el carácter confidencial de sus respuestas. Así como también se requerirá de acceso a las Historias Clínicas de las usuarias internadas en dicha sala.

Queremos destacar que para este trabajo contamos con la tutoría de la coordinadora de la Cátedra Materno-Infantil Docente y Lic. en Enfermería Mercedes Pérez.

Agradecemos desde ya su tiempo y colaboración, quedando a su disposición.

Cordialmente:

Br. Ana Laura Ventoso _____

Br. Paola Donatti _____

Lic. en Enfermería Mercedes Pérez.

(Se hace entrega de copia adjunta al Dr. Sergio Roberto Fresi)

ANEXO VII

Montevideo, 15 de junio de 2009.

Dr. Sergio Roberto Fressi:

Por la presente nos dirigimos a Ud., para expresarle que somos un grupo de cinco estudiantes del último año de la carrera de Licenciatura de Enfermería, que se desarrolla en la Facultad de Enfermería, dependiente de la Universidad de la República, elaborando la Trabajo de Investigación Final.

El tema elegido para el mismo se basa en el cumplimiento del Derecho de la Mujer a estar acompañada durante el parto y nacimiento de su hijo. (Ley de acompañamiento; N° 17.386).

Razón por la cual solicitamos autorización para desarrollar nuestra investigación en el piso 4 correspondiente a sala de adolescentes en etapa de puerperio. La misma tendrá lugar en un período de 30 días, con fecha a confirmar. En ella se aplicaran instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a las usuarias que brinde información directa durante el trabajo de parto y parto. Previo a la aplicación del instrumento se solicitará el consentimiento voluntario e informado a las participantes, asegurando el carácter confidencial de sus respuestas. Así como también se requerirá de acceso a las Historias Clínicas de las usuarias internadas en dicha sala.

Queremos destacar que para este trabajo contamos con la tutoría de la coordinadora de la Cátedra Materno-Infantil Docente y Lic. en Enfermería Mercedes Pérez.

Agradecemos desde ya su tiempo y colaboración, quedando a su disposición.

Cordialmente:

Br. Ana Laura Ventoso _____

Br. Paola Donatti _____

Lic. en Enfermería Mercedes Pérez

ANEXO VIII

ANEXO IX

Universidad de la Republica
Facultad de Enfermería
Cátedra de Materno Infantil

Trabajo de Investigación Final
“Derecho de la mujer embarazada
adolescente a estar acompañada en el
Parto y Nacimiento de su hijo”

Nº de Formulario

Fecha: / /

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

MADRES ADOLESCENTES

FECHA DE PARTO: / /

HORA DE PARTO:

PUERPERIO: IMEDIATO MEDIATO TARDIO ALEJADO

EDAD:

PROCEDENCIA: INTERIOR MONTEVIDEO EXTERIOR

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA SECUNDARIA TERCIARIA OTROS
INCOMPLETA INCOMPLETA INCOMPLETA
COMPLETA COMPLETA

ESTADO CIVIL: CASADA SOLTERA UNION LIBRE DIVORCIADA

OCUPACION: TRABAJADORA ACTIVA DESOCUPADA ESTUDIANTE
AMA DE CASA

NUMEROS DE PARTOS: PRIMIPARA SECUNDIPARA MULTIPARA

TIPO DE PARTO: VAGINAL CESAREA

1) ¿Conoce el Derecho de estar acompañada durante el parto y nacimiento, según la Ley 17.386?

SI NO

(En caso de responder SI contestar las siguientes preguntas)

1)a) ¿De donde obtuvo la información de la Ley 17.386?

Libros, Revistas, Diarios Internet Equipo de Salud V y/o Radio

Folleteria y/o Carteleria Otros

1)b) ¿En que momento obtuvo la información?

Anterior al embarazo Durante el embarazo En el trabajo de parto

2) ¿Estuvo acompañada durante el parto y nacimiento de su hijo?

SI NO

(En caso de responder SI contestar las siguientes preguntas)

2)a) ¿Con quien eligió estar acompañada en ese momento?

Pareja Familia Amigos Persona Capacitada

2)b) ¿Su acompañante recibió capacitación?

SI NO

3) En el caso de no haber estado acompañada durante el parto y nacimiento de su hijo ¿Cual fue el motivo?

Falta de información Por razones de tiempo y/o espacio

Negación del personal de salud Otros

Firma del entrevistador: _____

ANEXO X

Tabla N°1: Distribución de la población objetivo según etapa de puerperio en curso.

PUERPERIO	FA	FR%
Inmediato	57	46%
Mediato	59	48%
Alejado	7	6%
Tardío	1	1%
Total	124	100%

Gráfica N°1: Distribución de la población objetivo según etapa de puerperio en curso.

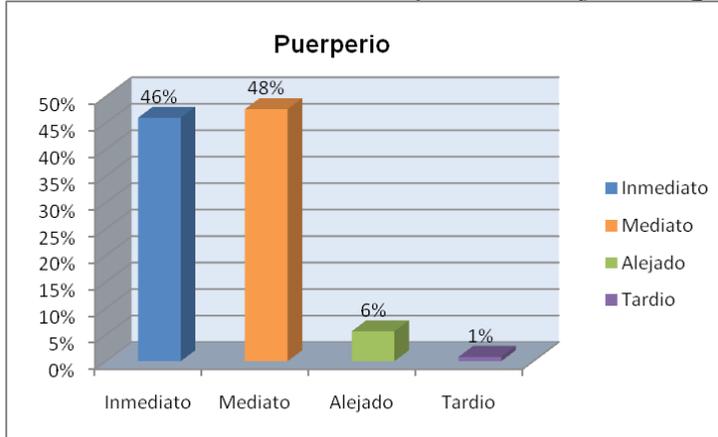


Tabla N°2: Distribución de la población objetivo según rango etáreo.

EDAD	FA	FR%
10 a 11	0	0%
12 a 13	1	1%
14 a 15	20	16%
16 a 17	55	44%
18 a 19	48	39%
Total	124	100%

Gráfica N°2: Distribución de la población objetivo según rango etáreo.

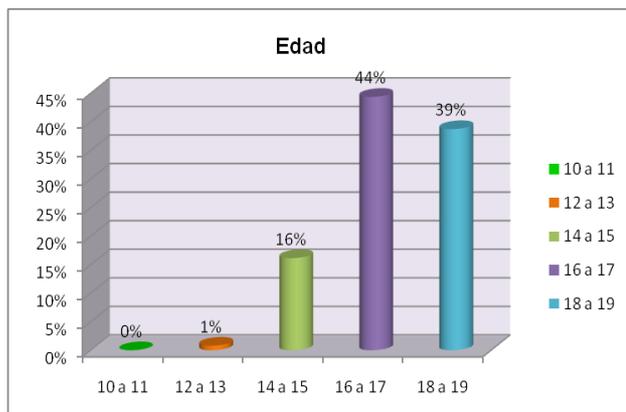


Tabla N°3: Distribución de la variable procedencia

PROCEDENCIA	FA	FR%
Interior	37	30%
Montevideo	86	69%
Exterior	1	1%
Total	124	100%

Gráfica N°: 3 Distribución de la variable procedencia

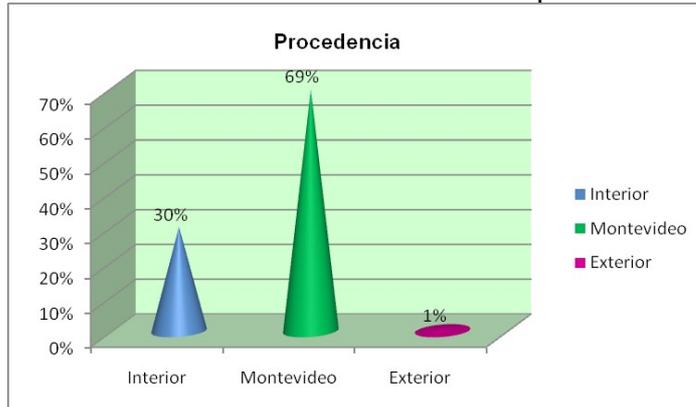


Tabla N°4: Distribución de la población objetivo según Nivel de Instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Primaria Incompleta	9	7%
Primaria Completa	51	41%
Secundaria Incompleta	64	52%
Secundaria Completa	0	0%
Otros	0	0%
Total	124	100%

Gráfica N°4: Distribución de la población objetivo según Nivel de Instrucción

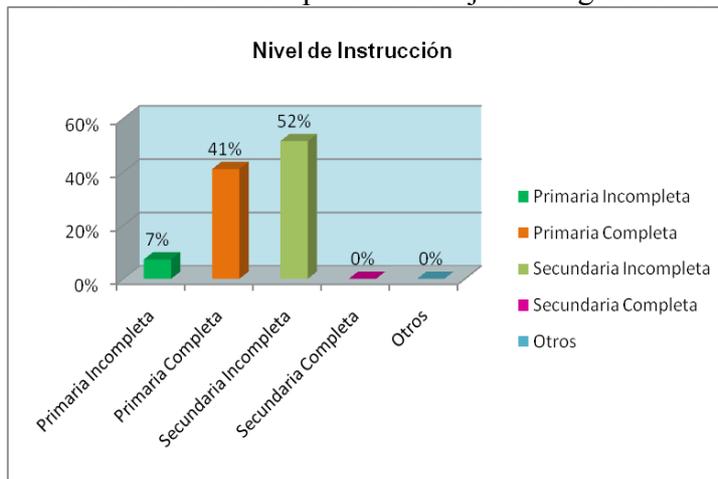


Tabla N°5: Distribución de la variable estado civil

ESTADO CIVIL	FA	FR%
Casada	4	3%
Soltera	51	41%
Unión libre	69	56%
Divorciada	0	0%
Total	124	100%

Gráfica N°5: Distribución de la variable estado civil

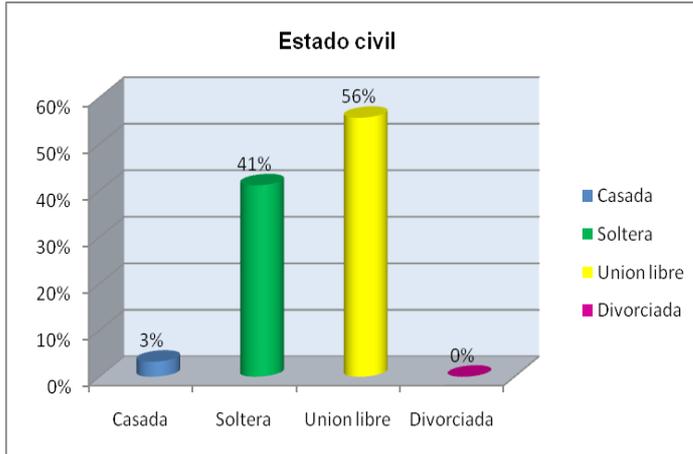


Tabla N° 6: Distribución de la variable ocupación

Ocupación	FA	FR%
Trabajadora	13	10%
Desocupada	42	34%
Estudiante	22	18%
Ama de casa	47	38%
Total	124	100%

Gráfica N°6: Distribución de la variable ocupación

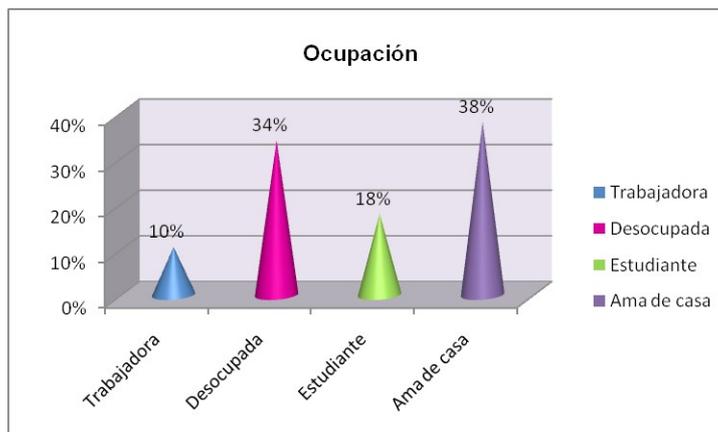


Tabla N°7: Distribución de la variable número de partos

NÚMERO DE PARTOS	FA	FR%
Primípara	102	82%
Secundípara	20	16%
Múltipara	2	2%
Total	124	100%

Gráfica N°7: Distribución de la variable número de partos

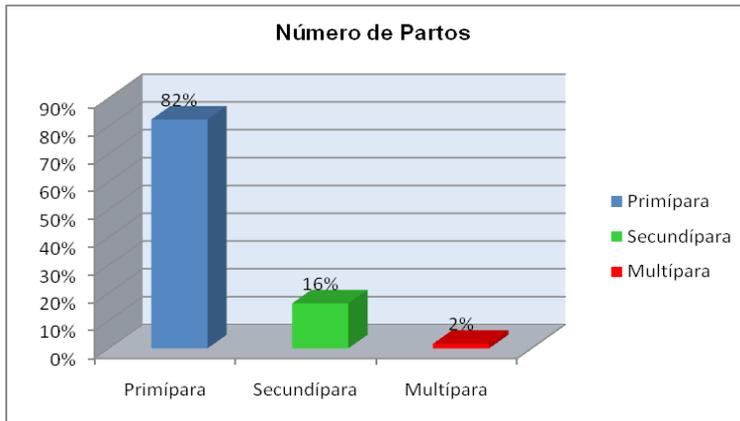


Tabla N°8: Distribución de la variable tipo de parto

TIPO DE PARTO	FA	FR%
Vaginal	115	93%
Cesárea	9	7%
Total	124	100%

Gráfica N°8: Distribución de la variable tipo de parto

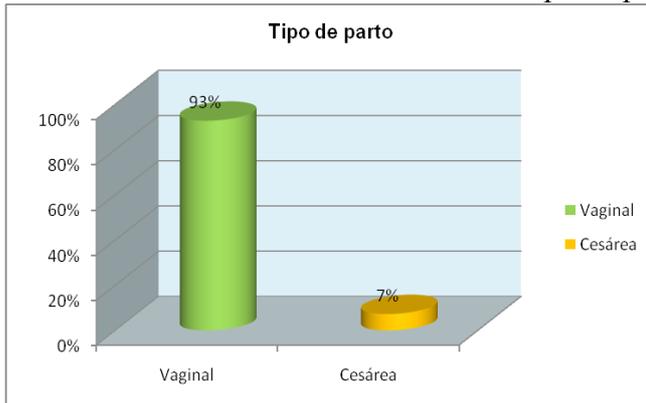


Tabla N°9: Distribución de la población objetivo a cerca del conocimiento de la ley n° 17.386.

CONOCIMIENTO DE LA LEY	FA	FR%
Si	68	55%
No	56	45%
Total	124	100%

Gráfica N°9: Distribución de la población objetivo a cerca del conocimiento de la ley n° 17.386.



Tabla N°10: Distribución de la población objetivo según fuente de información a cerca de la ley

FUENTE DE INFORMACIÓN	FA	FR%
Libros, revistas, diario	2	3%
Internet	4	6%
Equipo de salud	36	53%
Tv y/o radio	0	0%
Folletería y/o cartelaría	11	16%
Otros	15	22%
Total	68	100%

Gráfica N°10: Distribución de la población objetivo según fuente de información a cerca de la ley

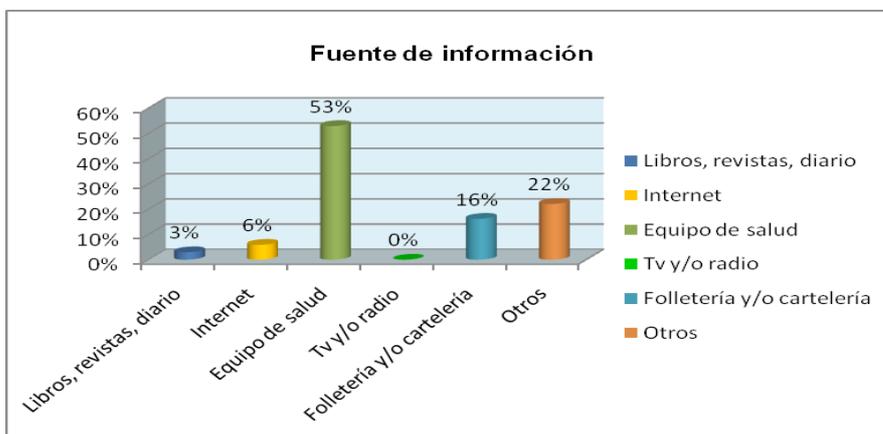


Tabla N°11: Distribución de la población según obtención de la información

OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	FA	FR%
Anterior al embarazo	17	25%
Durante el embarazo	46	68%
En trabajo de parto	5	7%
Total	68	100%

Gráfica N°11: Distribución de la población según obtención de la información

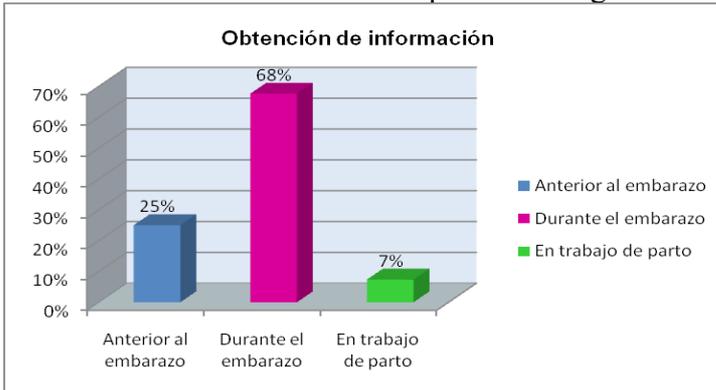


Tabla N° 12: Distribución de la población en relación a la presencia de acompañante

PRESENCIA ACOMPAÑANTE	FA	FR%
Si	100	81%
No	24	19%
Total	124	100%

Gráfica N°12: Distribución de la población en relación a la presencia de acompañante



Tabla N°13 Distribución de la variable vinculo con acompañante

VINCULO CON ACOMPAÑANTE	FA	FR%
Pareja	39	39%
Familia	61	61%
Amigos	0	0%
Persona capacitada	0	0%
Total	100	100%

Gráfica N°13: Distribución de la variable vinculo con acompañante

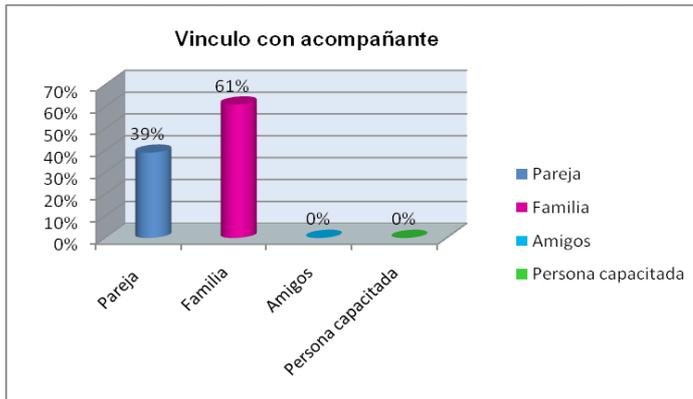


Tabla N°14: Distribución de la variable capacitación del acompañante

CAPACITACION DEL ACOMPAÑANTE	FA	FR%
Si	32	32%
No	68	68%
Total	100	100%

Gráfica N°14: Distribución de la variable capacitación del acompañante



Tabla N°15: Distribución de la población en relación al motivo sin acompañante

MOTIVO ACOMPAÑANTE SIN	FA	FR%
Falta de información	1	4%
Falta de tiempo y/o espacio	11	46%
Negación del personal de salud	5	21%
Otros	7	29%
Total	24	100%

Gráfica N°15: Distribución de la población en relación al motivo sin acompañante

