

USO INADECUADO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

**ADRIANA DEL PILAR CHITIVA
FRANCY ELENA OCAMPO BOHORQUEZ
BELSSI DORANGELA RICO
JERVIS RIVERA
LUIS CARLOS SANJUAN DIAZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2010**

USO INADECUADO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

**ADRIANA DEL PILAR CHITIVA
FRANCY ELENA OCAMPO BOHORQUEZ
BELSSI DORANGELA RICO
JERVIS RIVERA
LUIS CARLOS SANJUAN DIAZ**

Proyecto de grado presentado como requisito
para optar al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Asesor

DARWIN DE JESUS SAMPER

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2010**

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a Dios, a nuestros familiares y amigos más cercanos, en especial a toda la comunidad Unadista, la cual contribuyó a nuestra educación esperamos sea la más beneficiada.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por permitirnos estar aquí y poder desarrollar este proyecto en beneficio para la comunidad y con él dar culminación a nuestro proceso educativo.

Agradecemos a la Comunidad Unadista por su colaboración y en general a todos Directores y Tutores que estuvieron siempre dispuestos a colaborar, mil y mil gracias.

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION	7
2. JUSTIFICACION	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	9
4. OBJETIVOS	10
4.1 OBJETIVO GENERAL	10
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
5. MARCO DE REFERENCIA	11
5.1 MARCO TEORICO	11
5.1.1. <i>Generalidades del uso inadecuado de métodos anticonceptivos en adolescentes</i>	11
5.1.2. <i>Historia de este problema de salud pública</i>	11
5.1.3. <i>Etapas de la sexualidad de la adolescencia</i>	13
5.1.4. <i>Factores de riesgo del embarazo en adolescentes</i>	13
5.1.5. <i>Factores dependientes de la vida familiar</i>	17
5.1.6. <i>Factores que impiden el uso de anticonceptivos</i>	17
5.1.7. <i>Cada vez menos jóvenes planifican</i>	19
5.2. EL MAL USO DE LA PILDORA DEL DIA DESPUES	21
5.3. POR QUÈ NO USAN ANTICONCEPTIVOS LOS ADOLESCENTES	22
5.4. MEDICAMENTOS ABORTIVOS	23
5.5. MARCO LEGAL	27
5.6. CINCO FORMAS DE COMO PREVENIR UN EMBARAZO ADOLESCENTE	28
5.7. MARCO DE ANTECEDENTES	30
6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	32
6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	32
6.2. MÉTODO	32
6.3. FUENTES RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	32
6.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	32
7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE VARIABLES	33
8. SOLUCIONES ALCANZADS EN EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO.	45
8. 1. PLAN DE SALUD PÚBLICA	45

9. RECURSO	47
9.1. RECURSO HUMANO – CUALITATIVA	47
9.2. RECURSO FISICO – CUANTITATIVO	47
CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.

De acuerdo con estadísticas oficiales 50% de los menores de 17 años son sexualmente activos, pero sólo uno de cada 10 utiliza algún método anticonceptivo. La Organización Mundial de la Salud estima que para las mujeres de 15 a 19 años el riesgo de morir como consecuencia de problemas relacionados con el embarazo, es el doble de lo que enfrentan las mujeres de mayor edad. En adolescentes de 10 a 14 años, se eleva cinco veces más el riesgo.

Nosotros creemos que los factores individuales familiares y sociales tienen notable incidencia en el hecho de que una adolescente despierte sexualmente a temprana edad, y que la ausencia de una buena comunicación con sus padres es la causa esencial de la desinformación sexual.

En común acuerdo se decidió afrontar este tema después de revisar el plan territorial de cada sitio donde habitamos y notamos que uno de los problemas en común es la prevención del embarazo en adolescentes, porque estos son los adultos del mañana y constituyen una proporción substancial de la población a sabiendas que ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. También vemos que es uno de los problemas de salud pública que se plantea a nivel nacional, el cual constituye una problemática social que afecta a niñas y jóvenes que tienen que abandonar sus estudios y hogares, limitando así sus proyectos de vida.

Esperamos conseguir con este trabajo de alguna manera concientizar a la juventud a la hora de afrontar su vida sexual, hacerlo con responsabilidad y a los padres educar sin tabús sobre este tema que tarde o temprano deben afrontar y es mejor hacerlo antes para evitar dificultades que llegaran después.

2. JUSTIFICACION

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Según estudios previos la sexualidad se inicia en el mismo momento de la concepción y una formación tardía conlleva a conflictos tales como el abuso sexual, embarazos prematuros, desviaciones sexuales adquisición de valores equívocos que serán difíciles de cambiar.

Además en nuestro país algunas adolescentes solo alcanzan el nivel de básica primaria o los primeros años de secundaria, por lo tanto no llegan a tener una formación sexual adecuada, fundamental en el desarrollo integral del individuo e indispensable en el desempeño de su vida futura.

Cabe reconocer que el núcleo familiar en el cual se desenvuelven ellas específicamente los padres no manejan juicios claros ni criterios dentro de un discurso pedagógico que oriente adecuadamente a sus hijos en este aspecto, ellos deberán conocer los factores que inciden en un embarazo a temprana edad y lo que significa esta difícil época de la vida, lo que conllevará a que unidos puedan contribuir a establecer una sociedad más desarrollada.

Con el presente trabajo pretendemos dar a conocer algunos de los factores asociados con la prevención de embarazos en adolescentes con lo que sería probable implementar programas que ayuden a disminuir la magnitud del problema, ya que en la actualidad se trabaja en el tema de la adolescencia en el manejo de las consecuencias, de los actos indecisos propios de esta época y no se hace énfasis a la prevención y aunque se conocen algunos factores a nivel institucional, los mismos no son conocidos por las protagonistas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya más o menos 20 años, y para la salud por la mayor incidencia de resultados desfavorables asociados a la misma como son: pre eclampsia, parto antes de tiempo, riesgo de muerte de la madre, y del bebe, la falta de control prenatal y su relación con el aborto.

En nuestro país las adolescentes no hacen uso de los métodos anticonceptivos, solo el 0,9% de las mujeres adolescentes usan como método anticonceptivo el condón. Los métodos anticonceptivos en las adolescentes son inaccesibles, debido a tabús sociales, barreras políticas, económica y culturales. Las adolescentes que pertenecen a un nivel socio-económico alto o medio son menos proclives a tener relaciones sexuales y utilizan más los métodos anticonceptivos (el condón), mientras que sus pares de estratos bajos son más proclives a tener relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo. Esta situación se presenta porque tienen poca información sobre la frecuencia e incidencia de las infecciones de transmisión sexual. La mayoría de las adolescentes tienen información insuficiente acerca de los métodos anticonceptivos como el método de barrera (el condón), el método natural (ritmo) y el método hormonal (píldora) asimismo desconocen el uso correcto de los métodos anticonceptivos. Algunos adolescentes han escuchado hablar o reciben información erradas de sus amigos o padres sobre el uso de métodos anticonceptivos. Esto se da porque no existe una información adecuada salud - educación por los profesores y los profesionales de salud. El desconocimiento en las adolescentes es preocupante porque no prevén riesgos tales como embarazos no deseados, deserción escolar, abortos, infecciones de transmisión sexual, VIH SIDA.

Por otra parte nosotros como personal que labora en el área de la salud debemos aportar y promover información que ayude en la prevención de un embarazo en una adolescente, hacerle caer en cuenta de los pro y los contra del mismo y las ventajas que tienen los métodos para prevenirlo.

3.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

Existe la necesidad de ampliar la información y contribuir con algunos procesos en la prevención de embarazos y el mal uso de métodos anticonceptivos y abortivos en adolescentes en las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Cali, Florida (valle) y Neiva.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este trabajo es determinar el nivel de información que puedan tener las adolescentes sobre la prevención de un embarazo a su edad y qué tipo de acciones puede tomar con tan solo elevar su nivel de conocimiento acerca del uso adecuado de los diferentes métodos de anticoncepción en diferentes ciudades de nuestro país.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir el nivel de conocimiento que tienen algunas adolescentes sobre la prevención de un embarazo a su corta edad.
- Recopilar datos de la adolescente que nos permita evaluar con ella algunas estrategias educativas que incrementen su capacidad de conocimiento acerca de los diferentes métodos de anticoncepción.
- Contribuir a la prevención del embarazo no deseado promoviendo a través de la educación para la salud sexual y reproductiva dirigida a la mujer (adolescente) y a la comunidad, haciendo énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia.
- Reflexionar sobre algunos factores determinantes del embarazo adolescente como son el aumento y mayor visibilidad de la población adolescente, la persistencia de las condiciones de pobreza, la escasa información sobre sexualidad y anticoncepción, la persistencia de la violencia sexual y la falta de oportunidades para las mujeres. Así como factores psicológicos.
- Promover la reflexión conjunta entre adolescentes y sus padres sobre la salud reproductiva y responsable.
- Promover actitudes de autoconocimiento, auto aceptación, autovaloración y autocuidado.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO TEORICO

5.1.1. Generalidades del uso inadecuado de metodos anticonceptivos en adolescentes

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual. El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

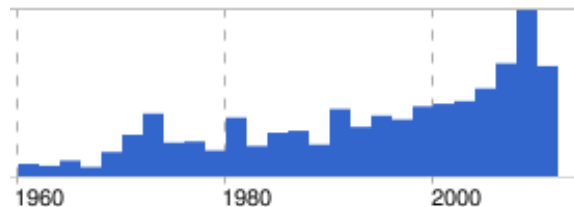
Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad, entre otros aspectos; produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.

Esto se plantea con el argumento de que con el uso de métodos anticonceptivos ya no hay temor al embarazo y se produce entonces un aumento en las relaciones sexuales activas. Resulta importante destacar que rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, que como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo; y que a menudo dudan en acudir a los consultorios y posiblemente los desanime aún más la cercanía de los mismos, los horarios inadecuados que coinciden con clases, becas, etc.; así como otros factores que pudieran estar relacionados con un personal no bien entrenado que los recibe etcétera.

5.1.2. Historia de este problema de salud pública

1980 - LATINOAMÉRICA, ÚNICA REGIÓN CON AUMENTO DE EMBARAZOS ADOLESCENTES Latinoamérica es la única región del mundo que ha registrado un aumento continuado de embarazos de adolescentes desde 1980, según informe divulgado en Madrid.

Desde la década de 1990, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%.



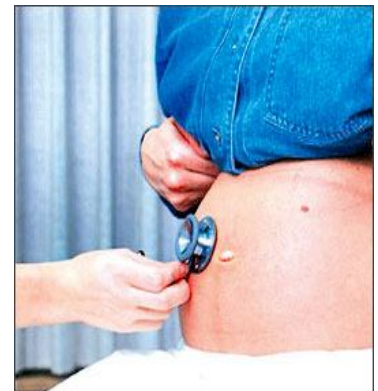
1 Abril 2004 - Se considera **embarazo adolescente** el de mujeres menores de 19 años dado que en esa etapa de la vida se presenta un riesgo mucho mayor tanto para la **adolescente** como para el producto. En ambos casos se advierten mayores complicaciones y un índice más alto de mortalidad.

24 Sep. 2009 - El embarazo adolescente es una problemática seria y creciente a nivel mundial. Actualmente más de mil millones de jóvenes están entrando a sus años reproductivos, siendo ésta la cifra más numerosa de la historia. De acuerdo a cifras oficiales del Ministerio de Salud de La Nación, se estima que en nuestro país nacen por año 107.109 hijos de madres adolescentes. Debido a estas cifras y como parte de su compromiso con la prevención, Bayer impulsa, junto a organizaciones internacionales, regionales y locales, el "Día Mundial de Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes", una campaña educativa cuyo objetivo es el de generar conciencia y mejorar la educación sobre anticoncepción y salud sexual entre los jóvenes. Dicha campaña de carácter global cuenta con la participación de más de 70 países a nivel mundial.

Hechos Estadísticos Globales

Aproximadamente 14 mil mujeres y jóvenes mueren por causas derivadas del parto, 99 por ciento de ellas en el mundo en desarrollo. Más de 50 millones de mujeres padecen una mala salud reproductiva y graves enfermedades y discapacidades derivadas del embarazo. Más de 500 mil mujeres mueren cada año por complicaciones durante el embarazo y el parto.

El círculo vicioso y exponencial de la pobreza está asegurado a largo plazo en Colombia al cuadruplicar en los estratos 1 y 0, el número de embarazos no



deseados en comparación con los estratos más altos. Esto es más evidenciable en zonas rurales y marginales del país.

5.1.3. Etapas de la sexualidad de la adolescencia

5.1.3.1. Adolescencia temprana: (10- 13 años). Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).¹

5.1.3.2. Adolescencia media: (14-17 años). Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.²

5.1.3.3. Adolescencia tardía: (De 18 a 20 años). Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.³

5.1.4. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes

5.1.4.1. Factores individuales. Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes:

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia.

¹ Dr. Silber Tomas J. /Dra. Mabel M. Munist. Manual de Medicina de la adolescencia.

² Organización panamericana de la salud. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente.

³ Organización Panamericana de la Salud. División de promoción y protección de la salud.

5.1.4.2. Factores biológicos. Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas.

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

5.1.4.3. Factores psicosociales. El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares.

Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incomprensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

5.1.4.4. Factores sociales. Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores Socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción

de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.⁴

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.

⁴ Organización Panamericana de la salud. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe.

4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

5.1.4.5. Factores familiares. Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz.

Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima.

Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.⁵

5.1.5. Factores dependientes de la vida familiar

5.1.5.1. Tipo de educación recibida por los padres. Se clasificó en: rígida, tolerante y adecuada.

5.1.5.2. Rígida: Se consideró como tal aquella en que los adolescentes transcurrieron los primeros años de la vida en un clima familiar donde predominó la tensión, temor, frustración y desconfianza por inadecuada relación emocional entre los integrantes de la familia.

5.1.5.3. Tolerante: Se consideró a aquella que se desarrolló en un clima desfavorable basado en exceso de cariño y preocupación por ambos cónyuges, abuelos u otros familiares que produce desde la temprana infancia actitudes donde el joven espera demasiado, lo que obstaculiza el desarrollo de la capacidad de amar.

5.1.5.4. Adecuada: Se consideró para aquella en que el joven se desarrolla en una atmósfera de confianza, seguridad, amor y protección lo que le transmite una experiencia positiva y un adecuado desarrollo de su personalidad.

5.1.6. Factores que impiden el uso de anticonceptivos

5.1.6.1. Requisitos de autorización a terceros. En algunos países se exige que las mujeres obtengan la autorización del esposo o de uno de los padres para recibir anticonceptivos. Por ejemplo en Chad, a las mujeres casadas solo se les da una receta para adquirir un método de planificación familiar reversible, si tienen la autorización del esposo. Estos métodos, aún reversibles sólo se venden con receta médica.

En Chile, las mujeres deben tener el consentimiento de sus esposos para ser esterilizadas en los servicios públicos de salud. En Nicaragua no es exigida la autorización de terceros para que a la usuaria se le practique la esterilización quirúrgica; pero la decisión está influenciada por su marido, el cual la mayoría de las veces se opone.

5.1.6.2. Las doctrinas religiosas. El discurso de las iglesias cristianas se sigue articulando sobre tres ejes fundamentales:

⁵ Silva, Juan Carlos. Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolívar en Bogotá / Key determinants for unintended pregnancies in Ciudad Bolívar in Bogotá. Bogotá, D. C; PAHO; 2001. 4 p.

- a) La mujer debe estar subordinada al hombre.
- b) La relación sexual tiene únicamente propósitos de reproducción biológica, la mujer no puede decidir cuántos hijos tener, dado que estos son voluntad de Dios.
- c) El destino de la mujer es ser esposa y cuidar de la familia y el hogar.
- d) Por otra parte, la falta de educación sexual humanizada y liberadora favorece la multiparidad; las patologías de origen sexual y las asociadas a la reproducción.

Exaltan la maternidad y prohíben todo uso de métodos anticonceptivo "antinaturales", solo aceptan los métodos naturales siendo este uno de los métodos más inseguros; muchas mujeres quedan embarazadas volviéndose portadoras de un embarazo inoportuno. Pero la misma iglesia que las empuja a tomar ese método también condena a las mujeres que practican o desean el aborto, una de las principales causas de muerte materna.

Sin embargo hay grupos religiosos que abogan por los derechos sexuales. En el documento del Encuentro Regional de Católicas por el derecho a decidir en América Latina, realizado en Uruguay en 1994, dice que las mujeres católicas continuarán contribuyendo a la des-construcción de los mitos católicos; dando a conocer el derecho a disentir, incorporando estas perspectivas a los esfuerzos por hacer realidad 105 derechos reproductivos, incluyendo la despenalización de aborto y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos.

5.1.6.3. La influencia del rol de género. En razón del género, mujeres y hombres somos educados en conjunto de deberes, prohibiciones y prerrogativas diferenciadas que constituyen la base de la desigualdad. La subordinación histórica de las mujeres nos ha excluido de las estrategias y políticas de desarrollo.

Esta situación de dependencia de la mujer respecto al hombre tiene repercusiones muy importantes sobre la salud reproductiva, ya que en numerosos casos la mujer no puede tomar decisiones sobre su vida sexual. Es dependiente de su marido y es éste quien determina la cantidad de hijos que va a tener la pareja, sin considerar la salud de la mujer, de los hijos y la situación económica ya que para probar su hombría, debe tener muchos hijos o hijas.

Además en nuestra sociedad están vigentes numerosos estereotipos sexuales que fomentan esta situación: El hombre debe demostrar su hombría a través de la cantidad de hijos que tiene; la mujer debe tener hijos para sentirse realmente mujer, etc.

Como consecuencia de la discriminación sexual y el modelo económico imperante, las mujeres tienen poca capacidad de controlar sus capacidades reproductivas, lo

que traduce altas tasas de fecundidad con una alta frecuencia de embarazos juveniles y un acelerado crecimiento demográfico.

Existe una relación directa entre el nivel educativo de la mujer y el número de hijos que tiene, y las condiciones de salud de éstos. Las mujeres con mayor nivel educativo y las que tienen un trabajo remunerado, constituyen generalmente familias más pequeñas. Es necesario sensibilizar a los hombres y a las mujeres y comprometerlos con su responsabilidad pro creacional.

PROFAMILIA reveló que entre las principales causas de no uso de anticonceptivos estaban: no tienen pareja, temor a efectos secundarios, creencias o mitos, desea más hijos y no lo ha conversado con su pareja.

Los hombres deben participar más, no sólo en la decisión de tener hijos sino también en el proceso de su crianza y educación, así como cuando se piensa en la decisión de usar anticonceptivos, la responsabilidad de su elección, adquisición y uso suele recaer sobre la mujer.

En el área de planificación familiar, es el hombre quien decide continuar o dar por terminada la etapa procreadora de la pareja, mientras que la mujer es quien sufre directamente las consecuencias, y se la margina obligándola a aceptar la decisión del varón; esto es claramente una violación de los derechos sexuales reproductivos de la mujer.

5.1.7. Cada vez menos jóvenes planifican

Las adolescentes saben y emplean cada vez menos la planificación familiar. Según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), tan solo el 20 % de ellas (entre 15 y 19 años) utiliza métodos de anticoncepción.

De acuerdo con los resultados de este estudio, hecho a aproximadamente a 3.935 hogares de todo el país, en las adolescentes casadas o unidas tan solo el 57% utiliza métodos anticonceptivos, el otro 47% restante deja al azar la posibilidad de un embarazo. En general, según la ENDS, los jóvenes colombianos prefieren como métodos anticonceptivos, el siguiente orden: el condón, la píldora y la inyección.⁶

⁶ www.tesisymonografias.net

5.1.7.1. Qué es anticoncepción y que otros nombres recibe. Anticoncepción se refiere a los diferentes métodos que existen para evitar el embarazo y es el arma más importante para lo que se llama en forma general. Planificación Familiar que consiste en la toma de decisión de cualquier pareja en forma voluntaria y consciente, respecto al número de hijos que se desea tener y al Intervalo de tiempo entre los embarazos con miras a preservar el bienestar de la familia.

5.1.7.2. Cuáles son los métodos anticonceptivos más utilizados. En general las parejas sin hijos utilizan más los métodos hormonales, las parejas con hijos utilizan preferentemente los dispositivos intrauterinos y en los casos en que las parejas han completado satisfactoriamente el número de hijos deseado, acuden a los métodos quirúrgicos permanentes.

5.1.7.3. Qué son los métodos anticonceptivos naturales. Consiste en la utilización de técnicas para evitar o planear embarazos mediante la observación de signos y síntomas que se pueden presentar durante los periodos fértiles e infértiles del ciclo menstrual como por ejemplo el método del ritmo, el método térmico, el método de la ovulación y la lactancia materna.

5.1.7.4. Que son los métodos anticonceptivos artificiales. Son los métodos para evitar embarazos que fueron desarrollados por la mano del hombre para suplir las deficiencias e incomodidades que surgían con los métodos naturales.

5.1.7.5. Cuáles son los métodos no confiables. Los métodos menos seguros o menos efectivos son los folclóricos y los naturales.

5.1.7.6. Cuáles son los métodos más confiables. Los métodos más seguros y efectivos son todos los demás, tales como los de Barrera, Hormonales, Dispositivos Intrauterinos y los Quirúrgicos definitivos.

5.1.7.7. Qué se debe tener en cuenta a la hora de escoger un método anticonceptivo. TODO: La edad, el desarrollo físico, el número de hijos, sus condiciones de pareja, sus creencias religiosas, su madurez mental, su sexualidad, sus riesgos de adquirir infecciones de transmisión sexual, su solvencia económica o cubrimiento de seguridad social, etc.

5.1.7.8. Existen métodos anticonceptivos para el hombre. Cuáles son. Existen pastillas. Aparte del condón para uso en el hombre no existe, desafortunadamente aún, comercialmente ningún otro método anticonceptivo para el hombre.

5.1.7.9. Los métodos anticonceptivos permanentes son reversibles. En teoría sí, pero a un muy alto costo y con resultados no totalmente confiables, por lo que en la realidad se consideran generalmente irreversibles.

5.1.7.10. Por qué el método del coito interrumpido no es efectivo. No es que no sea efectivo sino que se considera que es un fracaso cuando hay coito repetido porque podría existir un número suficiente de espermatozoides del coito anterior en el líquido pre- eyaculación del segundo coito pudiendo generar un embarazo. Además, es poco recomendable para el disfrute completo de la relación sexual y se requiere un autocontrol muy grande por parte del hombre lo que ya de por sí lo hace dudoso en su efectividad.

5.1.7.11. Es necesario consultar al médico para cambiar de método anticonceptivo. Sí, se debe consultar pero no necesariamente al médico pues hay personal de salud muy bien entrenado para resolver las dudas que se generen con el uso de métodos anticonceptivos.

5.1.7.12. Cuáles son los efectos secundarios de utilizar anticonceptivos a mediano o largo plazo. Todos los métodos anticonceptivos pueden tener algún efecto secundario pero si la elección del método fue realizada con una historia clínica completa y tanto el método como el producto se escogieron teniendo en cuenta los datos de la evaluación previa, es muy posible que estos efectos sean mínimos y pasajeros como náuseas leves, sangrado mínimo ocasional, dolor de cabeza leve o dolor mamario, que suelen ser los más frecuentes.

5.1.7.13. Que es el anticonceptivo de emergencia y cuales sus Contraindicaciones. La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos de planificación familiar que pueden usar las mujeres para impedir la gestación, después de una relación sexual, no planeada ni protegida. Se puede realizar mediante la inserción de un DIU o tomando un compuesto hormonal que ya se encuentra en el mercado con el compuesto y la dosis necesaria para la protección contra el embarazo si se utiliza en las primeras 72 horas post coito.

5.2. EL MAL USO DE LA PILDORA DEL DIA DESPUES



El levonorgestrel o píldora del día después es un fármaco diseñado para utilizarse como método de anticoncepción de emergencia. El plazo útil es de 72 horas tras las cuales los laboratorios no aseguran su funcionamiento.

Es un fármaco muy útil para las situaciones en las que está indicado, cuando fallan los demás métodos anticonceptivos o se sospecha que han podido fallar.

El problema es que en la actualidad su uso es otro. Cada vez más adolescentes y preadolescentes acuden a los servicios de urgencias para solicitar la píldora del día después, la cual utilizan como método anticonceptivo de primera elección en vez de otros, que además de prevenir un embarazo indeseado evitan también la posibilidad de padecer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) como es el preservativo, tanto femenino, como masculino.⁷ Las autoridades médicas no recomiendan que la misma persona tome este medicamento en más de 2 o 3 ocasiones, y menos una adolescente. Esto está ocurriendo en nuestros días.

5.3. POR QUÈ NO USAN ANTICONCEPTIVOS LOS ADOLESCENTES

Escuche las respuestas que ellos mismos dan:

“Es un mito eso del Sida”, “me gana la calentura”, “las niñas con las que me acuesto son limpias”. “Al menos sé que son niñas bien y dudo mucho que tengan alguna enfermedad. “La verdad, no conozco a nadie a quien le haya dado una enfermedad por no tener protección”

¿Y por qué no usan condón?

Aunque siempre habrá quienes añaden o quiten alguna razón, los especialistas han identificado siete razones que alejan a los jóvenes del deseo de usar un condón o una píldora anticonceptiva. Algunas de esas causas son psicológicas, otras sociales y unas más económicas, tenemos:

- Las relaciones sexuales de los adolescentes son inesperadas o no programadas.
- Los menores de 18 años saben cuáles anticonceptivos existen pero no saben cómo conseguirlos o usarlos.
- Carecen de dinero para comprar métodos de protección.
- Temen a las actitudes de discriminación y reticencia de quienes venden los métodos anticonceptivos.
- Les apena o avergüenza que sus consultas a médicos se manejen con poca confidencialidad.

⁷ todoenfermeria.wordpress.com/.../el-mal-uso-de-la-píldora-del-día-después

- Cuando los adolescentes tienen pocos recursos económicos, prefieren no usar el servicio médico porque tienen dificultad para acceder a ellos sin tener la compañía de sus padres.
- Hay adolescentes, hombres y mujeres, que usan el embarazo como método de coerción hacia su pareja.

5.4. MEDICAMENTOS ABORTIVOS

A pesar de la evidencia que existe demostrando la seguridad y eficacia del esquema de mifepristona/misoprostol, las dificultades políticas y comerciales han presentado obstáculos a la producción y distribución generalizada de la mifepristona. A inicios de los años 90s, los investigadores re-evaluaron la posibilidad de utilizar el misoprostol-solo como método para interrumpir los embarazos tempranos. Evidencia creciente ha demostrado ahora que el misoprostol se puede utilizar como agente único para inducir un aborto temprano.



El misoprostol se receta ampliamente para la prevención y tratamiento de la **ulcera gástrica** y actualmente se encuentra disponible en más de 80 países en todo el mundo. El misoprostol es un medicamento económico, estable a temperatura ambiente, fácil de transportar, fácil de administrar y no requiere refrigeración, aun en climas cálidos. Es por esto que el misoprostol cuenta con el potencial de expandir el acceso al aborto con medicamentos en países en vías de desarrollo. Actualmente se están llevando a cabo investigaciones para tratar de determinar las estrategias óptimas de dosis y vía de administración.

5.4.1. De controlado a venta libre

El Misoprostol, componente del Cytotec, entró desde el 2005 a la lista de los medicamentos de **control** del Ministerio de Protección Social. Desde entonces, la fórmula médica se volvió un requisito indispensable para poder comprar esta droga y los farmacéutas quedaron obligados a llevar un inventario de las personas a quienes se la vendían.

Además, la Secretaría Distrital de Salud implementó un plan de visitas para supervisar que ese control se cumpliera. En el 2006, esa entidad realizó 3.682 operativos en todo Bogotá y se cerraron 10 droguerías por venta ilegal de varios medicamentos, entre los cuales estaba el Cytotec.

Pero a pesar de los controles, este conocido abortivo no es difícil de conseguir.

5.4.2. Medicamentos abortivos - problema de salud pública

Considerado un problema de salud pública y siendo una forma privada y barata de abortar no es totalmente segura y mucho menos legal en nuestro país donde solo en el 2006, mediante un Litigio de alto impacto en Colombia (LAICIA), la Women's Link Worldwide logró eliminar la inconstitucionalidad del aborto, en contra de la opinión del mayoritario movimiento *pro-vida* de Colombia. Motivados por la LAICIA, la Corte Constitucional de Colombia, en mayo del 2006, asumió la legalización del aborto para los siguientes supuestos:

- Que el embarazo sea fruto de una violación denunciada,
- Cuando haya una malformación grave en el feto,
- Cuando el embarazo revista riesgo para la madre.

El ejecutivo lo reglamentó a finales del mismo año, contradiciendo con tales acciones jurídicas -según los grupos *pro-vida*- el artículo 11 de la constitución colombiana, que establece que “el derecho a la vida es inviolable, y no habrá pena de muerte”.

5.4.3. Solución más rápida

La utilización del misoprostol ha desplazado a otras técnicas de aborto. En vez de introducir lápices, alambres y objetos punzantes que rompen el útero, ahora basta con meter dos pastillas en la vagina, y esperar que sangre para ir a un hospital donde retiren los residuos.

Acabar la vida de un bebé que se forma en la barriga de una madre parece tan sencillo como matar una mosca. Se hace en un instante y después nada pasa.

Todos los días, acuden mujeres, muchas de ellas adolescentes, ingresan a los hospitales para que les limpien del útero los restos de abortos incompletos, provocados generalmente con una pastilla que cuesta 4 mil pesos y se puede adquirir fácilmente en casi cualquier droguería.

Los especialistas coinciden en afirmar que estas alarmantes cifras se presentan por la falta de control sobre el expendio de las pastillas de Misoprostol (el mismo Cytotec). Este medicamento, destinado para tratamientos de gastritis, tiene unos



efectos secundarios que lo han convertido en la principal herramienta para provocar abortos.

5.4.4. Cómo funciona?

Al introducirlo en la vagina dilata el cuello uterino y detona unas poderosas contracciones que desprenden la placenta sin dejar marcas. Este proceso genera una reacción natural similar a la de un aborto espontáneo, por lo que es casi imposible determinar que fue provocado. El principal indicio de su utilización es el sangrado abundante que genera, que pone en peligro de desangre y muerte a la mujer. Además, se produce el riesgo de infecciones por la putrefacción de restos del embarazo que no sean debidamente retirados.

5.4.5 Restricciones

El Misoprostol debería venderse con fórmula médica, sin embargo, un periódico local de la ciudad de Barranquilla constató que este requerimiento es incumplido. “Una joven de 17 años intentó comprar el medicamento en 10 farmacias escogidas al azar en el norte y sur de la ciudad”.

En 7 no le vendieron, pero en ninguno adujeron la necesidad de presentar una fórmula médica. No lo expendieron porque no contaban en el momento con el producto o han discontinuado su venta. En otras 3 se logró conseguirlo sin problemas.

“El 80% de abortos es con esta pastilla. Así el aborto les sale de 20 a 30 mil pesos, incluso gratis con el Sisbén. Les resulta más barato tomárselas a la hora de quedar embarazadas. No tienen que tomar anticonceptivos todos los días ni ponerse ampollas ni preservativos. Simplemente abortan”.

5.4.6 Sitios clandestinos

Cuando la droga no es totalmente efectiva se recurre a clínicas clandestinas donde se realizan abortos manuales. Según las autoridades, estas han quedado rezagadas por el uso del Misoprostol, que es más seguro. Sin embargo aún funcionan.⁸

En una casa antigua adecuada como un pequeño centro médico. De rejas negras y viejas, luces tenues y ambiente frío, donde las habitaciones sirven como consultorios. “No te preocupes por nada, yo me encargo. Ya vas a salir de este problema”, dijo allí una persona vestida de médico que atendió a una joven de 24 años que, acompañada de un periodista, se hizo pasar por una embarazada de un mes para constatar que en el lugar se practican abortos.

⁸ Tomado de www.elheraldo.com.co

Luego de que la joven fuera sometida a un breve interrogatorio acerca del porqué de su decisión y las implicaciones que la llevaron al lugar, el hombre le indicó que comprara cuatro pastillas de Misoprostol. “Dijo que en ayunas en la mañana me tomara dos, y que las otras dos me las metiera en la vagina”, afirma la mujer.

Le señalaron que el procedimiento le costaría 150 mil pesos, haciéndole la advertencia de que no se demorara demasiado en decidirse del todo porque el precio iría incrementando con el paso del tiempo, hasta alcanzar los 300 mil pesos. “Es mejor salir de eso rápido”, le dijeron.

5.4.7 No se puede controlar⁹

La pastilla ha aumentado la dificultad para detectar los abortos y judicializar a los responsables. En todos los casos de sospecha los médicos deben denunciar ante la Policía y Fiscalía. “Si no vemos las pastillas dentro de la vagina es prácticamente imposible demostrarlo. Aunque ellas lo admitan en la historia clínica, niegan haber usado la droga al ir a un estrado. La única manera sería un examen de sangre para determinar los vestigios de la sustancia”, indica Villanueva.

Las autoridades son conscientes de la dimensión de la problemática de los abortos ilegales, que pasan y siguen pasando, ante la impotencia de todos los involucrados. “Pueden adquirir el medicamento sin ningún tipo de fórmula, porque, a pesar del efecto, no es de control especial. En 2006 se trató de controlar, pero no hubo forma ya que el laboratorio que lo produce adujo que no causa dependencia y que el efecto de aborto es secundario”, asegura Edgard Navarro, subsecretario de Salud departamental.

De acuerdo con el funcionario, no hay manera de vigilar el expendio del producto. “La norma dice que tiene que ser vendida bajo prescripción. El problema es que las farmacias no tienen la obligación de quedarse con ella para justificar la venta, por lo que no tenemos control”, dice Navarro.

“Los que venden Misoprostol sin la fórmula se exponen al sellamiento. Pero si sancionamos los sitios que venden la droga, al día siguiente habrá alguien vendiéndola en la esquina. Esa no es la solución de fondo”, afirma Luis Moscoso, secretario de Salud Pública Distrital.

Respecto a las clínicas, dice que “una vez que conozcamos sitios clandestinos donde se realicen abortos los cerramos y judicializamos a las personas. Pero al cerrar uno, a la hora abren otro. Poner un sitio para hacer abortos es muy fácil”. Hasta el momento no se ha sellado ni uno solo de estos sitios.

⁹ Tomado de www.elheraldo.com.co

Moscoso admite que la abundancia de abortos pone en evidencia fallas en las políticas de prevención, y que la situación se genera por la falta de planificación en las parejas.

“Esto no se soluciona con penalización. Es un problema de orden educativo. Cuando sepamos de un hecho ilícito lo vamos a sancionar, pero más allá de controlar las cosas cuando ocurran, hay que prevenirlas. Ahora existen muchos mecanismos de planificación, incluidas las píldoras del día después. Pero no estamos educando lo suficiente a nuestros hijos”, dice.

Mientras el panorama de soluciones se ve difuso, las drogas abortivas se siguen vendiendo en las farmacias, al alcance de cualquier adolescente. Las moscas no tienen nombre, se matan, se desechan y se olvidan como los miles de fetos abortados, tirados en canecas de inescrupulosos que se lucran con ‘errores’ de jovencitas. Debería haber una gran diferencia entre las primeras y los últimos.

5.4.8 Delito

En todos los demás casos es un delito. La mujer que se induzca el aborto, así como cualquier persona vinculada al hecho, tiene de 16 a 54 meses de prisión como sanción, según establece el artículo 122 del nuevo Código Penal Acusatorio.

5.5. MARCO LEGAL

5.5.1. Código de la infancia y la adolescencia

Artículo 20, numeral 18 establece que los niños cuentan con Derechos de Protección contra la transmisión del VIH/SIDA y las ETS.

Artículo 39, numeral 6 establece que son obligaciones de la familia promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos

Artículo 44, numeral 10 que es obligación complementaria de las instituciones educativas orientar a la comunidad educativa para la formación en salud sexual y reproductiva y la vida en pareja.

Artículo 46, numeral 7 establece como obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud el garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a servicios especializados en salud sexual y reproductiva.

5.5.2. Ministerio de la Protección Social Resolución 0769 de 2008 (Marzo 3)

Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la

Resolución 412 de 2000, la cual tiene por objetivo brindar a estos y a las parejas en edad fértil, la información educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas, la cual hace parte integral de la presente resolución.

5.6. CINCO FORMAS DE COMO PREVENIR UN EMBARAZO ADOLESCENTE

5.6.1. Primero: Aceptar que los niños y niñas son igual de sexuados a los adolescentes. No estoy diciendo que alentemos a los niños a practicar el sexo CLARO QUE NO. ESTO NO SERIA NORMAL. Lo que se quiere decir, es que el adulto debe aceptar que cuando una niña empieza a desarrollar sus senos, sus caderas y a tener periodo menstrual, YA NO ES UNA NIÑA, es una mujer, así a sus padres les cueste mucho aceptarlo e insistan en referirse a Andrea, Yuli o Carolina como "la niña", o "la nena".

Por tanto si a los once o doce años, una niña con senos y menstruando ya es una mujer (inmadura, pero al fin y al cabo mujer), ¿por qué no se le educa para llevar su sexualidad como se le educa a un adulta casada? La razón por la que los adultos no educan sexualmente a sus hijas(os) es sólo moral, si usted es mamá o papá y tiene una "niña" de 12 años, usted probablemente le dirá que no puede pensar en novios y sexo. **Error:** de todas maneras lo piensa y lo hará, porque el ser humano está hecho para dar y pedir afecto y para expresarlo a través del sexo. Pero, si esa niña, a los 14 años, dijera "me caso porque la ley Colombiana permite que mayores de 14 se casen con permiso de los padres" luego de contarle a los padres que está embarazada, AHI SI, EN ESE CASO SI empiezan los adultos a aconsejar a "la niña": "mamita, usted con 15 años, viviendo con ese guache, ya tiene un niño, por favor no tenga más hijos, venga yo le enseño como...". es decir cuando "la niña" ya arruinó su vida gracias la moral de los padres, ahí si le dicen cómo cuidarse cuando ya para qué, cuando ya hay un bebé en ocasiones en mala situación y con su madre que ahora quiere ir a bailar reggaetón y no puede porque ese bebe es su responsabilidad. Cosa cierta, pero sus propios padres fueron irresponsables al no educarla sexualmente.

5.6.2. Segundo: Aliente a su hija(o) a realizar un proyecto de vida. Esto suena muy aburrido, porque los adultos lo han hecho aburrido: "escribe en la agenda...o en una hoja...como te imaginas que va a ser tu vida en 5, 10, 15 años", cuando el joven no sabe ni que va a hacer mañana, porque esta desprogramado o porque los padres se van a separar o, porque no tienen plata para una universidad o para ponerle un negocio "al niño".

Un proyecto de vida se realiza haciendo a la persona tener hambre de vivir, haciendo a los jóvenes utilizar el cerebro para que consigan dinero, sin dejar el colegio o, al menos, llevándolos a trabajar o ponerlo a hacer cosas en la familia

por las que recibirá dinero (lavar el carro, llevar a la abuelita enferma al médico, embolar los zapatos de todos, lavar la ropa de todos, ¿si le pagamos a particulares, para que hagan esto, porque no a los hijos?. Si su hijo empieza a ganar dinero, empezará a pensar en un trabajo mejor que embolar zapatos, empezará a soñar, empezará a preguntarse como llegar a ser un... o una..., buscará información, se pondrá metas y dejará de pensar en el suicidio porque ya tiene algo más en que pensar.

Su niña pensará que lavar ropas no la llevará lejos, entonces soñará con ser profesional o dueña de un negocio de empanadas, lo que sea que le dé independencia económica.

5.6.3. Tercero: La "niña" y el "niño" deben usar métodos anticonceptivos. Dura, fuerte afirmación para unos padres de familia, pero no hay otra manera. ¿Si las mujeres casadas planifican para no tener hijos, porque no una adolescente?, ¿Si los hombres casados usan condón, le preguntan a la esposa si se cuidan, le llevan la fecha de menstruación y ovulación y, están dispuestos a consumir pastillas anticonceptivas cuando existan, porque un adolescente varón no puede hacerlo?. Utilizar métodos anticonceptivos en adolescentes, es un tema molesto e inmoral para los padres y la Iglesia pero, es necesario elegir entre estas ideas moralistas y el futuro de los hijos que, ya no es fácil en un país como Colombia, como para que además se lo compliquen con maternidades y matrimonios tempranos. Esto cuando las "niñas" no mueren abortando o a causa de enfermedades de transmisión sexual.

5.6.4. Cuarto: Escoja que quiere tener en la vida, Quiere usted, padre de familia, tener una hija(o), falsamente moralista, decente, porque "ella no es así", "ella no es de esas" (y si es de esas, porque como no se ha educado sexualmente "lo da" para que sus amigas(os) la acepten y digan que *kohl* que ella es, que *bacana*, *moderna*, etc.) o, quiere una hija madre a los 12, 15 o 19 años, desnutrida, viviendo con un hombre que la manipula, la golpea, la viola, pero no puede dejarlo por 8.000 estúpidas razones; una hija criando a un bebé a quien no adora, a quien no le da lo mejor ni emocional ni económicamente, arriesgada a tener dos o tres hijos más, arriesgada a hacerse abortos en la droguería de la esquina, arriesgada a trabajar de lo que sea para poner un pan en su mesa, maltratando física y emocionalmente a ese bebé /pues "por culpa de él" ella vive así, ganando un salario de hambre, sin posibilidades de estudiar, de trabajar en cargos directivos, de llevar una vida feliz, sin vivir buscando a un hombre que "le arregle la vida"; un hombre al cual darle un hijo, para así amarrarlo y que de paso le ayude a criar al hijo mayor.

5.6.5. Quinto: Edúquese sexualmente, lamentablemente un embarazo no se evita solo con anticonceptivos y con hacer un proyecto de vida, se evita con un programa de educación sexual que le enseñe al adolescente el poder del sexo (para bien y para mal), como escoger buenos compañeros sentimentales, como

hacer oídos sordos a relaciones que no convienen, como afinar habilidades personales, además de entender por qué razón es importante tener hijos deseados y planeados, y por qué razón el aborto no es una solución.

5.7. MARCO DE ANTECEDENTES

En los países de América Latina y el Caribe entre 45% y 60% de la población se encuentra en el grupo de edad de 10 a 19 años y se estima que el 50% de las jóvenes son sexualmente activas.

Colombia es uno de los países de la región en los que la tasa de fecundidad en las jóvenes de 15 a 19 años ha aumentado (Guzmán J. M. et al. 2001: 39). Aunque la tasa de fertilidad total ha disminuido drásticamente en los últimos tres decenios (1970: 4,7 hijos por mujer, 2000: 2,6 hijos por mujer), la fertilidad adolescente muestra un comportamiento diferente. Después de una tendencia hacia la reducción (de cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, en 1972 fueron madres 129 y en 1990 fueron madres 64), se detecta un aumento, y en 1995, de cada 1.000 adolescentes, 89 fueron madres.

Una mayor edad de ingreso al matrimonio y el inicio temprano de relaciones sexuales son factores directamente relacionados con la ocurrencia del embarazo y el aborto. La iniciación sexual se detecta cada vez más a menor edad y el promedio observado es de 13,4 años para los hombres y 14,8 para las mujeres, siendo mayor la proporción de hombres (61%), que de mujeres (17%) que han tenido alguna vez relaciones sexuales (Profamilia 1995: 20-22).¹⁰

Siendo Colombia un país donde el aborto no está permitido por las leyes, bajo ninguna circunstancia, la joven con un embarazo inesperado o no deseado se expone a la práctica del aborto en condiciones de riesgo. Se ha establecido que la mayoría de los embarazos de adolescentes no obedece a falta de información sobre anticoncepción ni a la disponibilidad de los servicios. Sin embargo, el uso de anticonceptivos es bajo y se sabe que la mayoría de los embarazos de adolescentes son no deseados (UNICEF, Ivey Cheryl D. 1997: 11) o por lo menos no planeados. En Colombia, el 53% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad que tuvieron un hijo o una hija entre 1995 y 2000, no deseó ese embarazo (Profamilia 2000: 92). Esto señala una brecha entre los servicios y la percepción que tienen las adolescentes de la anticoncepción o el embarazo. Se ha encontrado que en mujeres adolescentes que han tenido embarazos no deseados, el principal obstáculo para el uso de anticonceptivos es su creencia en la nocividad de los métodos, específicamente el temor a que el uso de métodos como los hormonales y el Dispositivo Intra Uterino (DIU), produzcan esterilidad (Mora M. et al. 1995: 33); y la utilización del condón por parte de los hombres adolescentes

¹⁰ <http://www.orientame.org.co/IMG/pdf/01-23.pdf>

está más relacionada con la necesidad de prevención de infecciones de transmisión sexual que con su intención de evitar un embarazo, aunque muestran apertura para asumir la responsabilidad anticonceptiva (Mora M. 2002: 38).

El Proyecto Nacional de Educación Sexual estableció que a partir de 1994, todos los establecimientos educativos, abarcando todos los grados de educación formal, debían realizar con carácter obligatorio proyectos institucionales de educación sexual. Más adelante, en 1997, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, lanzó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuyo propósito fue “mejorar la situación de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en todas las etapas de su vida, mediante la provisión de servicios de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud, dentro de un enfoque de equidad de género y desarrollo humano”.

6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se desarrollara en este proyecto es de tipo descriptivo, que pretende referir de forma explícita el objeto estudiado, el embarazo en adolescentes, en la comunidad. Es una investigación descriptiva, por que busca precisar la situación del problema que existe en el momento del estudio.

6.2. MÉTODO

El método utilizado es el lógico inductivo, ya que el procedimiento metodológico de este método que partiendo de casos particulares, se eleva a inferencias y conocimientos generales, permitiendo la formulación de hipótesis, investigaciones y demostraciones.

6.3. FUENTES RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- **Fuentes primarias**, la información se recolecto directamente de la población.
- **Fuentes secundarias**: Se recurrió a fuentes bibliográficas impresas, Iconográficas y virtuales, que se encuentran relacionadas con los embarazos en adolescentes.

6.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Encuesta: Para el diseño de la encuesta estructurada de objetivo claro, se tuvo en cuenta las unidades muestrales o la población objetivo a las cuales se les aplicó el instrumento.

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE VARIABLES

Estadísticas de las respuestas de las encuestas realizadas

Encuesta Trabajo de Campo Curso Salud Pública

La incidencia de adolescentes embarazadas entre 13-20 años en el Centro de Salud PASO EL Universal en la ciudad de Barranquilla. Para contribuir a promover una disminución de embarazos a través de acciones de prevención, promoción, y la participación activa de la comunidad.

Nombre del Encuestado: _____

Edad: ____

Estado Civil: ____

1-¿A qué edad inicio su vida sexual?

A.13-15__ B. 16-17 __ C.18-20__

2- ¿Conoce las consecuencias de iniciar una relación sexual?

Si__ No__

3-¿Ha recibido charlas educativas de sexualidad?

Si__ No__

4- ¿has utilizado algún método de anticoncepción?

A. Preservativos__ B. Píldoras__ C. Ampolla__
D. Ninguna__

5-¿ha sido acosada sexualmente? Si__ No__

6- ¿Alguna vez has recibido orientación sexual por parte de tus padres?

Si__ No__

7- ¿En el rango de un año cuantas veces a utilizado la píldora del día después?

1-2 B. 3-4__ C. Nunca__

8- ¿Ha escuchado sobre el uso inadecuado del cytotec?

Si__ No__

9 - ¿Alguna se ha practicado un aborto? Si ____ No__

10- ¿A qué edad se lo práctico?

A. 13-15__ B.16-17 __ C.18-20__

Tabla 1.

TABLA DE ENCUESTA EMBARAZO EN ADOLESCENTES													
	NOMBRE	EDAD	E. CIVIL	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	MAYRA ALEJANDRA VEGA	19	SOLTERA	B	SI	SI	A	SI	NO	A	SI	NO	
2	SLENDY OBREGON	17	SOLTERA	A	SI	SI	A	SI	NO	A	SI	NO	
3	YELISSA RODRIGUEZ	18	SOLTERA	B	SI	SI	A	NO	NO	A	SI	NO	
4	DANITH HENAO	14	SOLTERA	A	NO	NO	D	NO	NO	A	NO	NO	
5	CARMEN OROZCO	14	SOLTERA	A	NO	NO	D	NO	NO	A	NO	NO	
6	LORENA LEON	15	SOLTERA	A	SI	SI	D	SI	NO	B	NO	NO	
7	DANIELA CAMPOS	17	SOLTERA	B	SI	SI	A	NO	NO	A	SI	NO	
8	LINA NARANJO	19	SOLTERA	C	SI	SI	C	NO	NO	B	SI	SI	C
9	LUZ LONDOÑO	16	SOLTERA	B	SI	SI	A	NO	NO	A	SI	NO	
10	VERONICA RODRIGUEZ	20	SOLTERA	B	SI	SI	C	NO	NO	B	SI	NO	
11	ARLETH GAMERO	18	SOLTERA	A	SI	SI	C	SI	NO	B	SI	NO	
12	GILA SPITIA	20	SOLTERA	B	SI	SI	C	NO	NO	B	SI	NO	
13	GLORIA NEGRETE	19	SOLTERA	B	SI	SI	C	NO	NO	B	SI	NO	
14	SANDRA LLORENTE	15	SOLTERA	A	SI	SI	A	NO	NO	A	SI	SI	A
15	YURANIS SALCEDO	17	SOLTERA	A	SI	SI	A	NO	NO	A	SI	SI	B
16	MARTHA HERAZO	18	SOLTERA	C	SI	SI	A	NO	NO	A	SI	NO	
17	ROXANA RODELO	18	SOLTERA	B	SI	SI	C	NO	NO	A	SI	NO	
18	RUTH HERNANDEZ	17	SOLTERA	B	SI	SI	B	SI	NO	A	SI	NO	
19	DAMARIS SOTO	19	SOLTERA	A	SI	SI	A	SI	NO	B	SI	SI	
20	ADRIANA LOPEZ	20	SOLTERA	B	SI	SI	C	NO	NO	B	SI	NO	

EDAD DE LOS ENCUESTADOS

Los siguientes son los datos estadísticos arrojados por las encuestas realizadas a 20 personas tomadas del puesto de Salud Universal.

EDADES

TABLA # 2

14	17	18	19
14	17	18	19
15	17	18	20
15	17	19	20
16	18	19	20

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA

TABLA # 3

		M. de Clase	Frecuencia	Frecuencia	
		(x)	(f)	Relativa %	F*X
14,5	17,5	16	9	45%	144
17,5	20,5	19	11	55%	209
			20	100%	353

Media aritmética:

$$X = \frac{\sum f_x x}{\sum f}$$

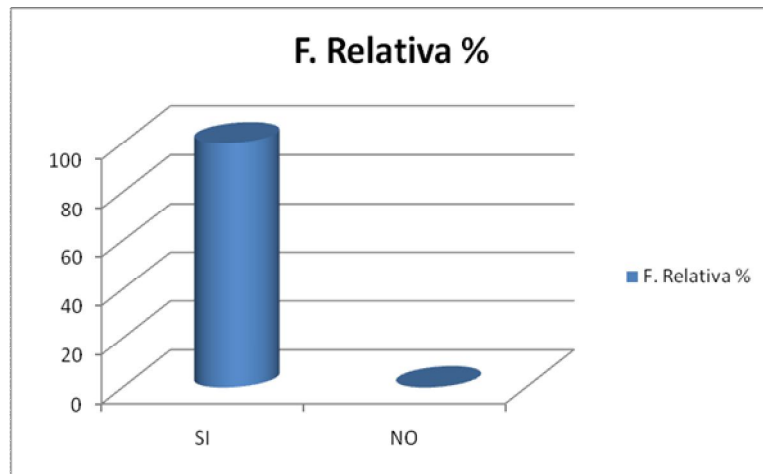
$$X = \frac{353}{20} =$$

$$X = 17,65$$

ESTADO CIVIL

TABLA # 4

Respuesta	F. Absoluta	F. Relativa %
SI	20	100
NO	0	0
TOTAL	20	100

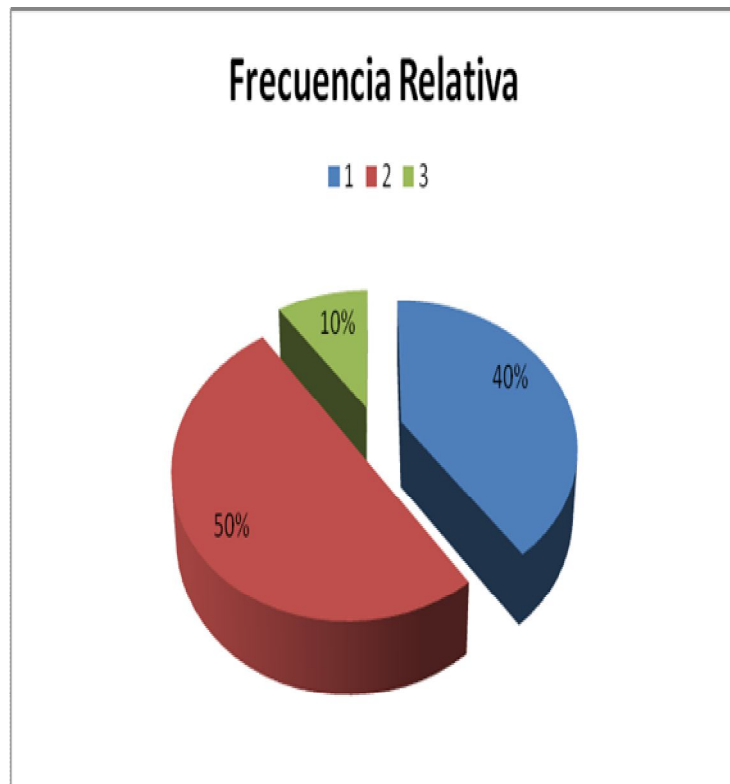


Pregunta 1. ¿ A QUE EDAD INICIO SU VIDA SEXUAL?

RESPUESTA	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA
13-15	8	40%
16-17	10	50%
18-20	2	10%
	20	100%

TABLA # 5

Grafica 1

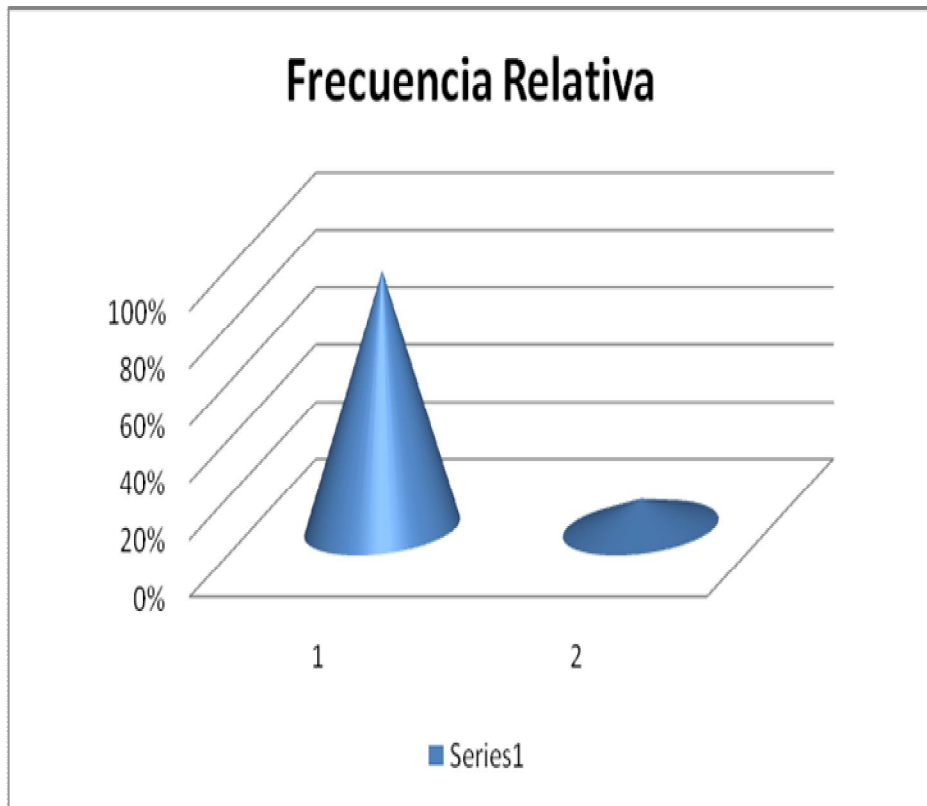


Pregunta 2. ¿CONOCE LAS CONSECUENCIAS DE INICIAR UNA RELACION SEXUAL?

RESPUESTA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
SI	18	90%
NO	2	10%
	20	100%

TABLA #6

Grafica 2



Pregunta 3. ¿HA RECIBIDO CHARLA DE SEXUALIDAD?

TABLA #7

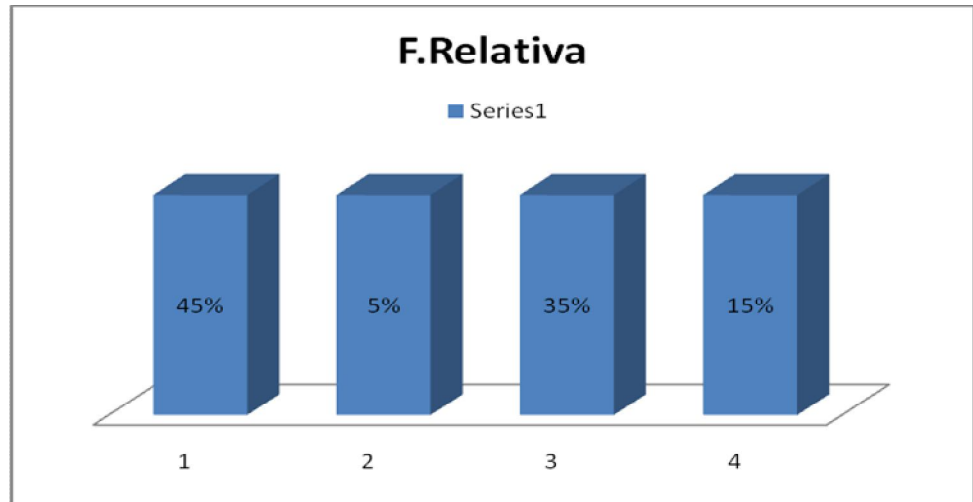
RESPUESTA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
SI	18	90%
NO	2	10%
	20	100%

Pregunta 4. ¿HAS UTILIZADO ALGUN METODO DE ANTICONCEPCION?

TABLA 8

RESPUESTA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
PRESERVATIVOS	9	45%
PILDORAS	1	5%
AMPOLLAS	7	35%
NINGUNA	3	15%
	20	100%

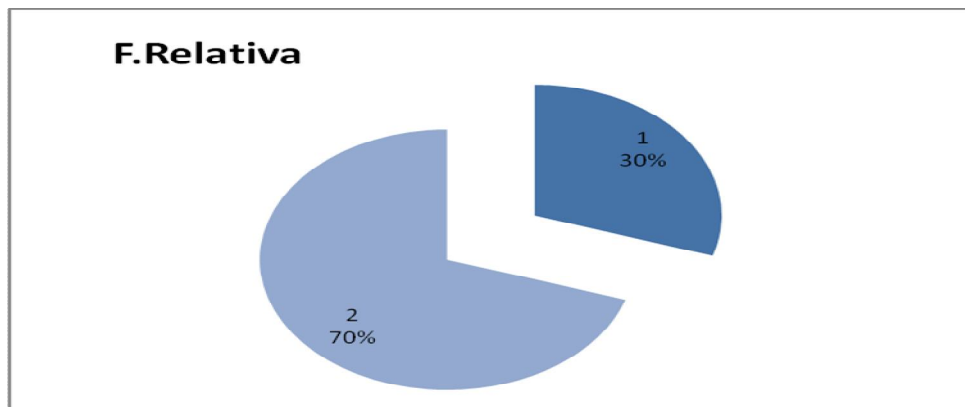
Grafica 3



Pregunta 5. ¿HAS SIDO ACOSADA SEXUALMENTE?

TABLA # 9

RESPUESTA	F.ABSOLUTA	F.REALTIVA
SI	6	30%
NO	14	70%
	2	100%



Grafica 4

Pregunta 6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIO ORIENTACION SEXUAL POR PARTE DE SUS PADRES?

TABLA # 10

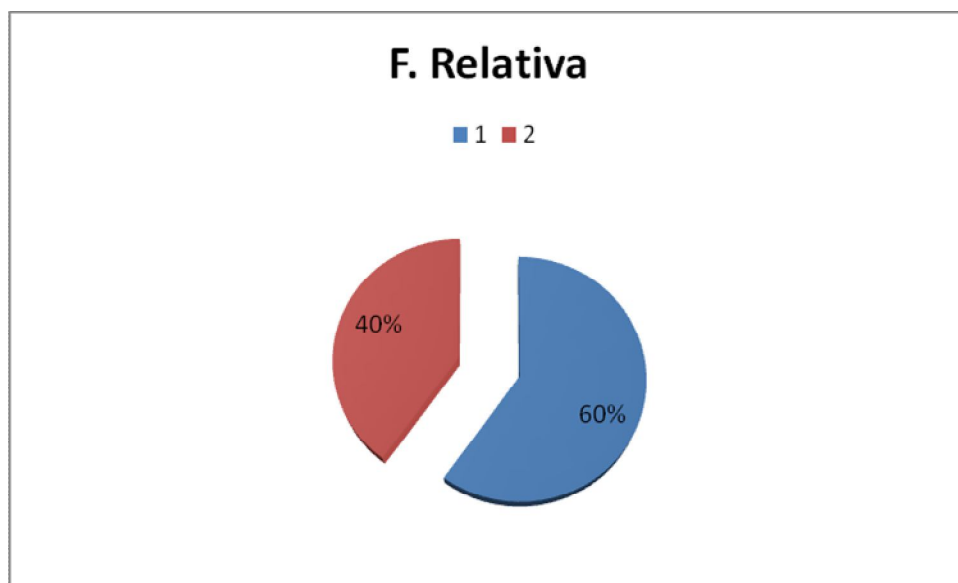
RESPUESTA	F.ABSOLUTA	F.REALTIVA
SI	0	0%
NO	20	100%

Pregunta 7. ¿EN EL RANGO DE UN AÑO CUANTAS VECES HAS UTILIZADO LA PILDORA DEL DIA DESPUES?

TABLA # 11

RESPUESTA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
1 a2	12	60%
3 A 4	8	40%
Nunca	0	100%

Grafica 5

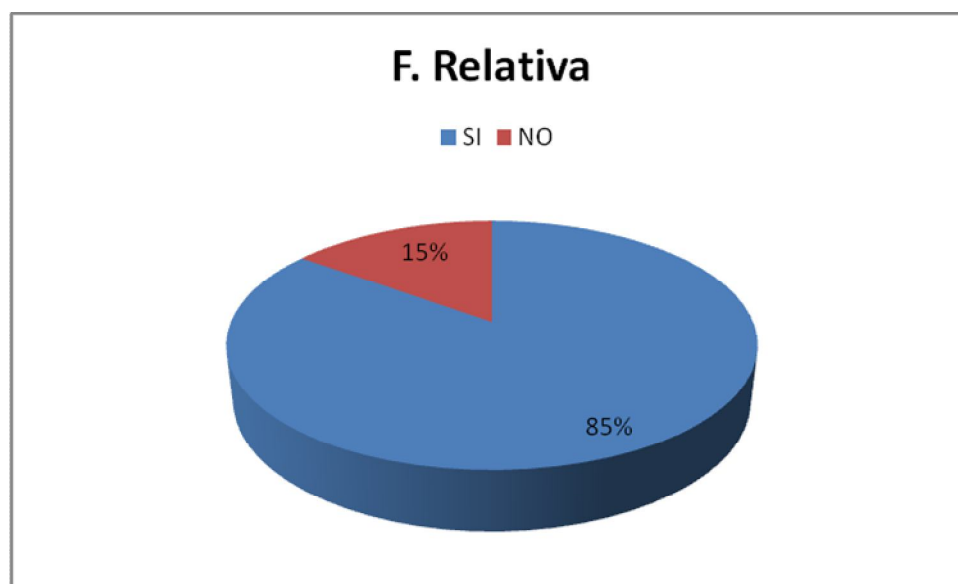


Pregunta 8. ¿CONOCE DEL USO INADECUADO DEL MEDICAMENTO CYTOTEC?

TABLA # 12

RESPUESTA	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA
SI	17	85%
NO	3	15%
	20	100%

Grafica 6

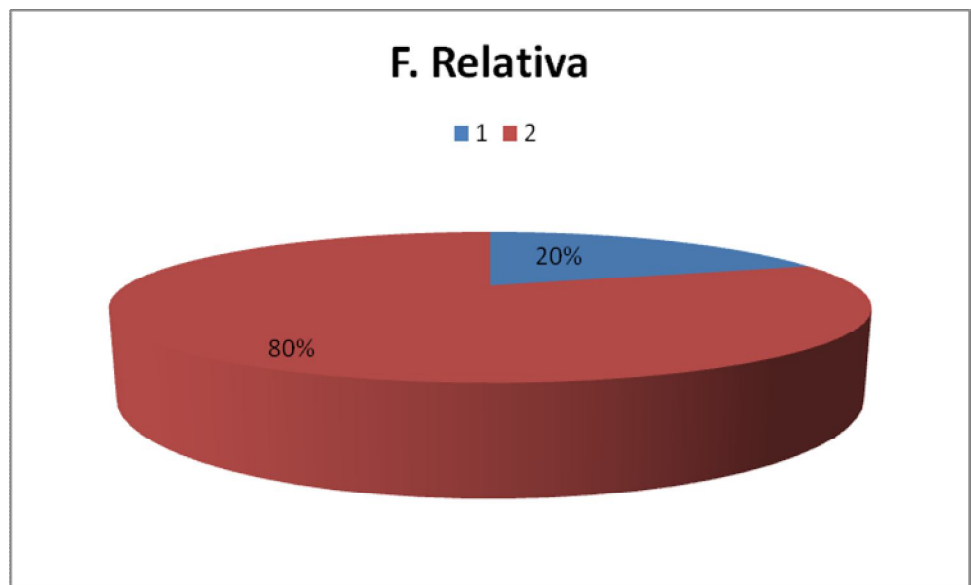


Pregunta 8. ¿ALGUNA VEZ SE HA PRACTICADO UN ABORTO?

TABLA #13

RESPUESTA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
SI	4	20%
NO	16	80%
	20	100%

Grafica 7



Pregunta 9. ¿A QUE EDAD SE LO PRACTICO?

CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA

De esta muestra tomada en el Centro Salud Paso el Universal de la Ciudad de Barranquilla, los problemas de sexualidad, embarazos no deseados y la ingesta de medicamentos o el uso de métodos, no ha sido orientado por parte de los padres. Según palabras espontaneas de los encuestados de los que han recibido charlas confirman que si les ha servido para el momento de prevenir.

Dentro de los métodos más utilizados se encuentra el preservativo por influencia en las escuelas, aunque cuando su edad es más avanzada se marca el uso de la ampolla por su discreción en el vínculo familiar.

PLAN DE ACCION

Para mejorar estos aspectos se debe orientar a los padres para proyecten a sus hijos una imagen de mayor confianza, abriéndoles una opción para que ellos se acerquen y puedan comentar sus inquietudes y dudas al respecto.

Como otra medida al respecto es seguir aumentando de manera fluidas tanto en escuelas y universidades campañas de orientación sexual para así minimizar los riesgos de embarazos no deseados y por consecuente el mal manejo de medicamentos abortivos.

Cuando un pueblo tiene conocimiento no perece.

8. SOLUCIONES ALCANZADS EN EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO.

8. 1. PLAN DE SALUD PÚBLICA

TEXTUAL. 2. PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

El Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Componentes. El plan de salud pública de intervenciones colectivas está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya ejecución se ceñirá a los lineamientos técnicos que para el efecto expida la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social y que se señalan a continuación:

1. Promoción de la salud y calidad de vida.

- a) Promoción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud infantil, salud sexual y reproductiva;
- b) Desarrollo de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural;

EJE PROGRAMATICO: SALUD PÚBLICA EN BARRANQUILLA

OBJETIVO: Lograr estilos de vida saludable y mejores condiciones de vida en la comunidad, promoviendo factores protectores y minimizando los factores de riesgo a través de acciones individuales y colectivas.

Teniendo en cuenta la situación de salud identificada en el distrito de Barranquilla y los lineamientos establecidos en la política nacional, se establecieron las siguientes prioridades de intervención:

1. La Salud Infantil
2. Salud Sexual y Reproductiva
3. Salud Oral
4. Salud Mental

5. Prevención de crónicas transmisibles: Tuberculosis, Lepra, vectores y las zoonosis
6. Promoción de Estilos de Vida Saludables y prevención de las crónicas no transmisibles.
7. Alimentación y Nutrición
8. Individuo y entorno saludable
9. Control de Alimentos, Agua Potable y Medicamentos.
10. La seguridad sanitaria y del ambiente
11. la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral
12. la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

DESCRIPCIÓN DE PPRORIDADES:

1. La Salud Infantil

En este componente se trabajaran los proyectos de Atención Integral de Enfermedades propios de la Infancia (AIEPI), Alimentación y Nutrición y Plan Ampliado de Inmunización (PAI).

METAS:

- Reducir la tasa de mortalidad infantil en menores de un año, por debajo de 18 por mil nacidos vivos. Línea Base: 27,7 por mil nacidos vivos (Fuente DANE)
- Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años por debajo de 24 por mil nacidos vivos. Línea Base: 24,25 por mil nacidos vivos (Fuente DANE).
- Mantener la cobertura con todos los biológicos en 95%. Línea Base: 95% en polio, sarampión y Rubéola. (Fuente Salud Pública).

2. Salud Sexual y Reproductiva

METAS:

- Reducir a 61,8 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna. Línea Base: 72,3 por 100.000 nacidos vivos.
- Reducir a 8,4 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino. Línea Base: 9,4 por 100.000 mujeres la tasa de mortalidad.
- Controlar o Mantener la prevalencia de la infección por VIH. Línea Base: Por definir.

9. RECURSO

Esta actividad se desarrolla con el grupo 53 y la colaboración de las distintas direcciones locales de salud de los sitios de habitación de cada uno de los participantes.

9.1. RECURSO HUMANO – CUALITATIVA

TABLA # 15

Nombre / Apellido	Ciudad	País
FRANCY ELENA OCAMPO BOHORQUEZ	Neiva	Colombia
Belssy Dorangela Rico	Cali	Colombia
ADRIANA DEL PILAR CHITIVA	Weston	Estados Unidos
DARWIN DE JESUS SAMPER	Pasto	Colombia
LUIS CARLOS SANJUAN	BARRANQUILLA	Colombia
JERVIS RIVERA	Florida - Valle	Colombia

9.2. RECURSO FISICO – CUANTITATIVO

CRONOGRAMA DE COSTOS Y GASTOS

TABLA #16

DETALLE		COSTO
GASTOS DE PERSONAL	TALENTO HUMANO	
GASTOS DE MATERIALES	EQUIPO DE COMPUTO	
	INTERNET	
	IMPRESIÓN DE ENCUESTA	

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TABLA # 17

Semana Actividad	MAYO										
	10	14	36	18	20	18	20	22	24	25	26
Formulación Anteproyecto.											
Generalidades.											
Análisis y programación.											
Estudio estadístico.											
Terminación del proyecto											

CONCLUSIONES

Los principales factores sociales que limitan el uso de métodos anticonceptivos son principalmente la gran presión que ejercen sobre los pobladores las opiniones de amigos y familiares, así como el temor a ser condenados que predica la Iglesia.

Son también notorios tanto el nivel cultural y la situación sociocultural de la pareja, denominador común para la mayoría de los pueblos de Latino América.

Entre los principales mitos y tabúes citamos: desconfianza a la eficacia de los métodos anticonceptivos, temor a la pérdida de la potencia o a la reducción del placer sexual, temor a la opinión pública y desconfianza en la prescripción médica.

Un número considerable de adolescentes aún piensa en el uso de los métodos anticonceptivos como una forma de prevenir las enfermedades de transmisión sexual, más que en una estrategia de planificación familiar.

La problemática del embarazo en la adolescencia cada vez ésta tomando más fuerza, llegando hasta el punto de que ya se están formando instituciones para la formación y el cuidado de jóvenes que están pasando por esta situación y no cuentan con el apoyo de sus familias. Esta situación de embarazos en adolescentes se está convirtiendo en una problemática muy común, que aqueja más que todo a las familias de más bajos recursos y debido a esto se está incrementando la población y la pobreza puesto que a estas madres se les dificulta acceder a una educación superior disminuyendo así las posibilidades de conseguir un trabajo mejor remunerado lo que hace que sus hijos tengan menos posibilidades de conseguir un trabajo mejor remunerado lo que hace que sus hijos tengan menos posibilidades de tener un mejor futuro y una adecuada calidad de vida.

El papel que hoy en día la sociedad le otorga a las adolescentes es una gran paradoja puesto que el hecho de tener un hijo a tan temprana edad hace que las demás personas cambien un concepto relevante de lo que anteriormente era un caos, como ser madre en una etapa en la que todavía no se ha dejado de ser niña.

Vale la pena concluir que la salud sexual es un problema de gran relevancia que nos afecta a todos y entre todos debemos incitar a su conocimiento con nuestros hijos y familiares para desenmascarar el tabu que tiene desde hace siglos y que hace que cada vez que se debe afrontar el tema se tome como un misterio o como algo puritano, no olvidemos que la población con ETS va aumentando radicalmente y que la tasa de abortos planificados clandestinamente es de diaria presencia en los establecimientos farmacéuticos.

No obstante cabe resaltar la responsabilidad social que tiene el estado en mejorar la calidad de la educación sexual con especialistas en el tema que profundicen en el mismo y consideren los riesgos que corren los adolescentes a la hora de tomar una decisión que puede afectar el resto de su vida.

A los Medicos, Regentes, Farmaceutas o Auxiliares a recordarles sobre la ética y la moral y a no olvidar que el fin que prima sobre todo es “Preservar la vida y no destruirla”

BIBLIOGRAFÍA

Dr. Silber Tomas J. /Dra. Mabel M. Munist. Manual de Medicina de la adolescencia.

Organización panamericana de la salud. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente.

Organización Panamericana de la Salud. División de promoción y protección de la salud.

Organización Panamericana de la salud. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe.

Silva, Juan Carlos. Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolívar en Bogotá / Key determinants for unintended pregnancies in Ciudad Bolívar in Bogota. Bogotá, D. C; PAHO; 2001. 4 p.

ANEXOS

ENCUESTA

Encuesta Trabajo de Campo Curso Salud Publica

La incidencia de adolescentes embarazadas entre 13-20 años en el Centro de Salud PASO EL Universal en la ciudad de Barranquilla. Para contribuir a promover una disminución de embarazos a través de acciones de prevención, promoción, y la participación activa de la comunidad.

Nombre del Encuestado: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

1-¿A qué edad inicio su vida sexual?

A.13-15__ B. 16-17 __ C.18-20__

2- ¿Conoce las consecuencias de iniciar una relación sexual?

Si__ No__

3-¿Ha recibido charlas educativas de sexualidad?

Si__ No__

4- ¿has utilizado algún método de anticoncepción?

A. Preservativos__ B. Píldoras__ C. Ampolla__

D. Ninguna__

5-¿ha sido acosada sexualmente? Si__ No__

6- ¿Alguna vez has recibido orientación sexual por parte de tus padres?

Si__ No__

7- ¿En el rango de un año cuantas veces a utilizado la píldora del día después?

1-2 B. 3-4__ C. Nunca__

8- ¿Ha escuchado sobre el uso inadecuado del cytotec?

Si__ No__

9 - ¿Alguna se ha practicado un aborto? Si __ No__

10- ¿A qué edad se lo práctico?

A. 13-15__ B.16-17 __ C.18-20__

REFERENCIAS

- todoenfermeria.wordpress.com/
- Plan territorial de salud 2008 – 2012 Distrito Capital.
- http://polaris.unisabana.edu.co/prevencion/vida/vida_4.html
- <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3484520>
- www.google.com
- www.tesisymonografias.net
- www.pediatraldia.cl/anticonceptivos
- html.rincondelvago.com/