

SEXUALIDAD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

**CARLOS EDUARDO BERMEO POSADA
MIREYA CHAPARRO
VIVIANA GORDILLO RAMIREZ
MARIA MARFORI ORTEGA VALERO**

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

SEXUALIDAD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

**CARLOS EDUARDO BERMEO POSADA
MIREYA CHAPARRO
VIVIANA GORDILLO RAMIREZ
MARIA MARFORI ORTEGA VALERO**

Trabajo de Grado presentado
Como requisito para optar al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Asesora:

MARIA CONSUELO BERNAL

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

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GENERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. MARCO DE REFERENCIA	9
4.1 MARCO TEORICO	9
4.1.1 <i>Historia del Problema: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia</i>	9
4.2 MARCO CONCEPTUAL	11
4.3 MARCO ESPACIAL	29
4.4 MARCO LEGAL	31
5. METODOLOGÍA	33
5.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	33
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
5.3 TÉCNICAS, RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	33
5.4 TRATAMIENTO DE LA INFORMACION	34
5.5 AGRUPACIÓN DE DATOS EN LOS MUNICIPIOS DE CALI (VALLE), FACATATIVA (CUNDINAMARCA), PUERTO RICO (CAQUETA) CHIQUINQUIRA (BOYACA)	37
6. GRAFICAS DE ALGUNAS LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	41
7. MAPA DEL PLAN MUNICIPAL INTERSECTORIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES EN CALI	44
7.1 TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN CALI	45
7.2 TASA DE FECUNDIDAD CAQUETA	49
8. QUE SE ESTA HACIENDO PARA COMBATIR Y SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE ADOLESCENTES EN EMBARAZO EN NUESTROS MUNICIPIOS	57

CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas de salud pública que se plantea a nivel nacional, específicamente en nuestro país Colombia es el incremento del embarazo precoz, el cual constituye una problemática social que afecta a niñas y jóvenes adolescentes que tienen que abandonar sus estudios y hogares, limitando así sus proyectos de vida. La adolescencia es un período de transición en el individuo, de cambios significativos desde el punto de vista fisiológico como del psicológico, es un proceso de adaptación a su ambiente familiar y social.

Nuestro trabajo tiene como finalidad determinar la participación del personal de sector de salud incluyendo las entidades reguladoras, en la problemática que presentan los embarazos sucesivos en las adolescentes, haciendo énfasis en el comportamiento reproductivo de este grupo etéreo y se trabajó con el tipo de investigación en la modalidad de proyecto factible. Esperamos que el índice de mujeres adolescentes embarazadas disminuya, ya que esta etapa no es la más indicada para ser madre; la adolescencia es muy corta, y hay que disfrutarla al máximo.

Como regentes de farmacia debemos concientizar a las adolescentes en lo importante de la relación sexual con responsabilidad. Igualmente la investigación nos dará pauta para plantear posibles soluciones para disminuir los índices de embarazos en adolescentes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia y a nivel mundial existen antecedentes que describen una tasa de mortalidad más alta para adolescentes embarazadas que para mujeres adultas, las defunciones por complicaciones obstétricas en mujeres entre 10 a 19 años ocupan el segundo y cuarto lugar en América Latina.

En la mujer adolescente se presenta la menarquía cuyo inicio ha disminuido en las últimas décadas, a un promedio de 9 a 12 años. Por otra parte el adolescente puede tener creencias equivocadas como por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como; lastima, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad. Otro aspecto a considerar son los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual), falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas.

Las niñas adolescentes están menstruando desde muy temprana edad, lo que significa que están llegando muy rápido a una edad fértil, esto sumado a que inician su actividad sexual a muy temprana edad; dando como resultado embarazos no deseados e inoportunos, lo que aumenta los índices de morbilidad y mortalidad en estas personas; debido a que sus organismos no están adaptados biológicamente para estos procesos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- ✚ Disminuir la morbilidad, mortalidad evitable en los diferentes grupos poblacionales relacionadas con prácticas inadecuadas en el ejercicio de la sexualidad con énfasis en la reducción del embarazo en adolescentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Identificar las actividades de las entidades prestadoras de salud durante la consulta de planificación familiar en la prevención de embarazos sucesivos en los grupos adolescentes de edad media.
- ✚ Identificar las actividades de las entidades de salud en la consulta postnatal en los grupos de edad media.
- ✚ Determinar el papel de orientación que ejecutan las entidades de salud sobre la prevención de embarazos sucesivos en las adolescentes de 14 a 16 años de edad.
- ✚ Verificar el conocimiento de las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos por medio de un cuestionario.

3. JUSTIFICACIÓN

Con el trabajo en referencia se pretende conocer Cuáles son los principales factores que inciden en los embarazos a temprana edad en Cali, Facatativa, Caquetá, y Chiquinquirá a fin de prevenir y promover la educación sexual en los municipios de investigación.

El estudio permitirá enriquecer los conocimientos relacionados con la prevención de embarazos sucesivos en las adolescentes, validar una herramienta de trabajo que es de utilidad en la planificación del cuidado del personal de salud en este grupo poblacional. Igualmente la orientación de nosotros como regentes de farmacia que podemos prestar en nuestros sitios de trabajo, respondiendo a consultas de adolescentes sobre métodos anticonceptivos.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEORICO

En el mundo ocurren anualmente 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo. En Colombia la población adolescente conformada por el grupo de 10 a 19 años, constituyen el 21,5% del total de la población, de los cuales el 50% son mujeres. La adolescencia y sus cambios puberales involucran el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados; que al ser expresados, generan disgusto y rechazo por parte de los adultos, así como temor por parte del adolescente. Esta situación dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada favoreciendo el aumento de una actividad sexual temprana, con riesgo de abortos y de embarazos sucesivos en adolescentes en la edad media de 14 a 16 años. El inicio de la actividad sexual ante de los 18 años es una decisión sobre la cual influyen o interactúan una serie de factores.

La **adolescencia** es un continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas. Según las edades, la adolescencia se divide en tres etapas: 1- Temprana (10 a 13 años), 2- Media (14 a 16 años) y 3- Tardía (17 a 19 años).

Se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etáreo entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

4.1.1 Historia del Problema: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia

El ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva está fuertemente ligado a la pobreza. El bajo acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que es predominante en los hogares pobres y de bajo nivel educativo, resulta en altas tasas de mortalidad materna y elevadas tasas de fecundidad, dificulta el acceso de las mujeres al mercado laboral, incrementa las tasas de dependencia económica y

disminuye la capacidad de estos hogares para formar capital humano a través de la educación y nutrición de los hijos, por lo que tiende a perpetuar la pobreza.

Un fenómeno que preocupa es el alto nivel de la fecundidad adolescente, que entre 1990 y 2005 pasó de 70 a 90 nacidos vivos por mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. El porcentaje de adolescentes que han sido madres y/o han estado embarazadas aumentó de 17.4% a 20.5% entre 2000 y 2005. Este fenómeno se evidencia con mayor fuerza en el área rural, en las regiones costeras, en las poblaciones de frontera, en los departamentos del oriente del país y más recientemente en las grandes capitales (Bogotá, Medellín, Cali). Asimismo, se registran altos niveles de embarazo adolescente entre la población desplazada, las jóvenes indígenas y en la población de bajo nivel socioeconómico.

En cuanto a los índices de mortalidad materna, el Ministerio de la Protección Social estima 68 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, nivel que no se corresponde con la cobertura institucional de atención del parto (91% de atención por personal profesional). Deficiencias en la calidad de la atención se hacen evidentes si se tiene en cuenta que del total de mortalidad materna, más del 82% ocurren alrededor de partos atendidos institucionalmente y que casi el 90% de los casos tuvieron control prenatal. Si bien el uso de métodos anticonceptivos por mujeres unidas (78%) es alto en el contexto latinoamericano, éste se ha estancado en los últimos cinco años. El uso de métodos modernos apenas se incrementó de 53% en 2000 a 56% en 2005.

Además, se evidencian altas desigualdades por región, nivel socioeconómico y nivel de educación, especialmente en cuanto al uso de métodos modernos. La población adolescente y joven se encuentra especialmente desatendida. El aborto inducido es la tercera causa de mortalidad materna en el país. Ante la nueva legislación que legalizó el aborto en tres situaciones -malformación del feto, peligro de muerte para la madre y violencia sexual- el desafío para el país es crear la capacidad para ejecutar la nueva legislación, orientándola a garantizar el acceso a servicios de aborto seguro en los casos previstos por la ley.

La prevalencia de VIH/SIDA, cuya información es limitada y sujeta a un sub registro importante, ha venido aumentando en la población femenina, como también en la población joven, la cual tiene un bajo nivel de prueba y prevención. Se estima una prevalencia de infección en la población entre 15 y 49 años del 0.7%. Por otra parte, existe una baja percepción de la población respecto de su vulnerabilidad para contraer ITS.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los

aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

No debe considerarse solo los riesgos relacionados a los resultados maternos y perinatales sino además las implicaciones psicosociales.

4.2 MARCO CONCEPTUAL



¿QUE ES LA ADOLESCENCIA?

La adolescencia es la etapa de la vida que comienza al terminar la infancia y finaliza cuando el organismo alcanza su total desarrollo, cuando empieza la edad adulta.

Durante la adolescencia tienen lugar cambios físicos y emocionales muy importantes. En este periodo se produce la pubertad, una fase de la adolescencia en la que tu aparato reproductor madura.

Tu cuerpo se prepara para poder tener descendencia. También aparecen los rasgos físicos que diferencian a hombres y mujeres, los llamados caracteres sexuales secundarios. En los chicos, aparece la barba; la voz se hace más grave, y el vello se extiende por casi todo el cuerpo. En las chicas, se desarrollan las mamas, y aparece vello en las axilas y en el pubis. En poco tiempo se produce un crecimiento muy rápido, y se alcanza el peso y la estatura casi definitivos.

Durante la adolescencia tienen lugar importantes cambios emocionales y se busca una mayor independencia. La relación con los amigos es muy importante. La forma de aprender también cambia; la información se organiza y se procesa de otra manera, y se desarrolla gradualmente la capacidad para entender problemas complejos.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

- Biológicamente, es el *periodo* peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.
- Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
- Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.
- Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual;

- Biológicamente ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
- Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.
- Personalmente: Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar.

En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. El autoestima en esta etapa es central, ya

que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo.

Otra de las tareas en esta área es la de alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores. La formación de la identidad pasa por una separación emocional de los patrones de dependencia con los padres, con objeto de formar un sentido del sí mismo.

CONCEPTO DEL EMBARAZO

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

Métodos anticonceptivos: Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar.

Morbilidad: Proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en particular. Puede depender o no de la densidad de los individuos en la población.

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

Salud Pública: Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Entonces, no es fácil estimar en qué consiste el "bienestar humano", debido a que cada persona o grupo social lo concibe de acuerdo a los valores que haya fomentado.

Sexualidad: conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Embarazo adolescente

Para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

El incremento en el número de embarazos en adolescentes, ha sido un fenómeno de enorme interés en los últimos veinte años y ha llamado la atención de administradores de política pública, investigadores y personal de salud.

Esta problemática es considerada actualmente causa y consecuencia de la pobreza y en muchos trabajos se ha señalado este fenómeno como uno de los causantes de la desigualdad económica en los países del Tercer Mundo. Las restricciones económicas propias de la madre adolescente, limitan en gran medida las posibilidades de movilidad social de los hijos lo que obstaculiza el desarrollo por vías alternas como la educación; cerrando el círculo de reproducción de la pobreza.

Pero además, una edad materna muy joven constituye un riesgo obstétrico biopsicosocial. Si bien la mayoría de mujeres que conciben antes de los 19 años de edad están en mejor condición física aparente y sufren de menos enfermedades crónicas que embarazadas adultas con similar estado socioeconómico, las adolescentes menores de 16 años enfrentan un crecimiento y desarrollo biológico y psicológico con un grado de maduración hormonal y ginecológica que aún no ha terminado, presentando mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y aportando fundamentalmente nacimientos pre término y de bajo peso al nacer, reflejado en un incremento de resultados neonatales adversos.

En Colombia, la proporción de mujeres de 15 a 19 años sobre el total de mujeres en edad fértil es de 19.5%. Una de cada cinco de las adolescentes de 17 años y una de cada tres de las de 19 años ha estado embarazada, y más del 50% de los hijos de adolescentes son no deseados, según datos reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS 2000; situación que acarrea riesgos, no sólo para la adolescente sino también para el hijo, y en la mayoría de los casos, para el funcionamiento familiar.

El grupo de los adolescentes es uno de los más vulnerables y expuestos a embarazos no deseados. A más temprana edad de la mujer, mayor riesgo de complicaciones en el embarazo. De allí la importancia de aportar al diseño de programas de promoción de la salud dirigidos a este grupo de población.

En la práctica diaria en las instituciones de salud, se observa el aumento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años. Igual aumento se ha observado en la zona rural y urbana en todas las regiones del país. Para el año 1995, en algunas instituciones de la Secretaría de Salud Municipal de Cali se encontró que el 20.5% de los controles prenatales de la ciudad correspondió a embarazo en adolescentes; para el año 1996 la cifra incrementó al 23.1%; además, se observó la falta de conciencia, responsabilidad y conocimiento del uso apropiado de los métodos anticonceptivos (MAC) desde el inicio de la actividad sexual; para el año

2000, también en Cali, se reportó que el 24% de los controles prenatales correspondió a embarazos de adolescentes.

En Colombia, según datos de la ENDS 2000, se encontró el 26% y el 17% para fecundidad en adolescentes en zona rural y urbana respectivamente; el 19% de las mujeres de 15 a 19 años han estado embarazadas, y el dato va en aumento si tenemos en cuenta que para 1990 la misma estimación fue del 13%.

El propósito fue aportar al conocimiento de los factores que influyen en la regulación de la fecundidad de los adolescentes de ambos sexos desde la perspectiva de factores clasificados en pre disponentes, capacitantes y reforzadores del uso de los métodos anticonceptivos, para el diseño de intervenciones futuras en promoción de la salud.

La regulación de la fecundidad se refiere al control de la facultad reproductiva, lo que implica las acciones realizadas para concebir o no. Se supone que existe un conocimiento básico en relación con los métodos anticonceptivos. En Colombia, el 77% de las mujeres en unión usan un MAC, de ellas el 59% para limitar los nacimientos (no quieren tener más hijos) y el 18% para espaciarlos.

El uso de anticonceptivos entre los adolescentes es bajo en Colombia. La ENDS 2000 reporta el uso de MAC en el 17.3% de las adolescentes entrevistadas entre 15 y 19 años.

El embarazo en adolescentes, además de sus posibles consecuencias negativas para la salud, es considerado un problema de salud pública. Se han señalado situaciones difíciles asociadas como son el embarazo no deseado, el madre solterísimo, las complicaciones del aborto y las infecciones de transmisión sexual, a las que se ven abocados los adolescentes de ambos sexos, las familias, las instituciones prestadoras de servicios de salud y la sociedad en general.

El impacto de este problema es alto en términos de ausentismo y deserción escolar, ingreso a la fuerza laboral sin preparación, altos costos de salud y aumento en la morbilidad y mortalidad maternas. Se sabe que los riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre adolescente y su hijo son tanto mayor cuanto más joven es la madre; se dan también rupturas familiares, rechazo de la sociedad, uniones maritales inestables, hogares con jefatura femenina y aumento de la pobreza, entre otras

Para orientar los procesos formativos es importante tener en cuenta que las adolescentes pueden iniciar su vida sexual poco después de su menarquía; en general, inician la actividad sexual a edades cada vez más tempranas. Igualmente, tener presente la valoración negativa que los adultos hacemos de la sexualidad de los adolescentes, lo que puede obstaculizar su acceso a la información, a la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de manera placentera y responsable.

Las relaciones sexuales en adolescentes no sólo se inician cada vez más temprano, ahora constituyen una práctica en aumento en Colombia y en el mundo entero. Algunas situaciones del medio que rodea a las adolescentes influyen en su conducta, entre ellas la desintegración de la familia de origen, en especial por ausencia del padre, hacinamiento, promiscuidad sexual de figuras adultas que las rodean, falla de la familia como referente primario generador de valores y actitudes. No hay conciencia de la maternidad y/o paternidad, sino que se llega a ella por accidente.

Se ha documentado que algunas jóvenes atribuyen un alto valor a la maternidad, por eso es importante comprender qué las motiva a adoptar determinadas conductas.

El Cuadro 5.9.1 contiene el porcentaje de adolescentes con al menos un hijo nacido vivo o que estaban embarazadas por primera vez al momento de un estudio realizado, según características seleccionadas y el Cuadro 5.9.2 por departamento. En el Gráfico 5.4 se presenta el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas, por edad, lugar de residencia y educación.

Cuadro 5.9.1 Embarazo y maternidad de adolescentes por características seleccionadas

Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, por características seleccionadas, Colombia 2005

Característica	Adolescentes alguna vez embarazadas			Número de adolescentes
	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Total alguna vez embarazadas	
Edad				
15	2,7	3,8	6,5	1,506
16	7,0	4,0	11,0	1,379
17	13,6	5,4	19,0	1,360
18	25,9	3,7	29,6	1,324
19	34,4	4,6	39,1	1,313
Zona				
Urbana	14,5	4,0	18,5	5,220
Rural	21,6	5,3	26,9	1,674
Región				
Atlántica	15,5	3,5	19,0	1,562
Oriental	14,7	4,1	18,9	1,133
Bogotá	17,1	5,5	22,6	1,155
Central	17,2	4,3	21,5	1,793
Pacífica	16,1	4,2	20,3	1,167
Orinoquía y Amazonía	19,4	4,4	23,7	92
Subregión				
Guajirá, Cesar, Magdalena	19,1	3,6	22,7	456
Ranchiquilla A. M.	11,1	1,3	12,4	282
Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte	14,3	2,9	17,3	324
Bolívar Sur, Sucre, Córdoba	15,4	5,1	20,5	499
Santanderes	14,2	4,0	19,0	479
Boyacá, Cundinamarca, Meta	15,2	3,7	18,8	654
Bogotá	17,1	5,5	22,6	1,155
Medellín A.M.	17,4	3,7	21,2	430
Antioquia sin Medellín	18,4	4,5	22,9	486
Caldas, Risaralda, Quindío	16,5	3,3	19,8	405
Tolima, Huila, Caquetá	16,2	5,7	21,9	445
Cali A.M.	17,2	3,0	20,2	330
Valle sin Cauca ni Litoral	14,1	7,0	21,1	261
Cauca y Nariño sin Litoral	15,0	3,1	18,1	362
Litoral Pacífico	19,0	4,5	23,5	215
Orinoquía y Amazonía	19,4	4,4	23,7	92
Educación				
Sin educación	36,6	15,8	52,3	61
Primaria	35,8	6,6	42,3	1,024
Secundaria	13,2	4,0	17,3	5,171
Superior	7,4	1,6	9,0	646
Índice de riqueza				
Muy bajo	25,2	6,3	31,5	1,243
Bajo	21,0	4,5	25,6	1,401
Medio	17,3	4,8	22,1	1,387
Alto	10,4	4,0	14,4	1,457
Muy alto	0,5	2,1	10,7	1,415
Total	16,2	4,3	20,5	6,902

Fecundidad de adolescentes (Cuadros 5.9.1, 5.9.2 y Gráfico 5.4)

Como se expuso anteriormente, las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad en los últimos 20 años: en 1990 se estimó

alrededor de 70 por mil, mientras en 1995 subió a 89 y en el 2005 se estima en 90 por mil.

Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada: 16 por ciento ya son madres y 4 por ciento está esperando su primer hijo. Estos indicadores no son muy diferentes a los estimados en el 2000: 15 y 4 por ciento, respectivamente.

Las proporciones de adolescentes que ya son madres disminuyen en relación con la ENDS 2000, en las regiones costeras, en tanto que aumentan en las otras regiones, sobre todo en Bogotá y la región Oriental. En las regiones Oriental y Pacífica las embarazadas de su primer hijo disminuyen, en tanto que aumentan en Bogotá y la costa Atlántica.

La proporción de mujeres embarazadas de su primer hijo entre las que tienen primaria ha aumentado de 5 a 7 por ciento y entre las mujeres con educación superior se pasa del 1 al 2 por ciento.

Los mayores porcentajes de embarazadas están en el Valle del Cauca (7 por ciento), Tolima-Huila-Caquetá (6 por ciento), Bogotá (6 por ciento) y Bolívar-Sucre-Córdoba (5 por ciento). El menor nivel se encuentra en Barranquilla (1 por ciento).

Los mayores incrementos en las proporciones de adolescentes embarazadas se presentan en Bogotá y en Santander. La proporción de adolescentes embarazadas en Santander es igual a la del Litoral Pacífico, pero en esta última región la proporción disminuyó a la mitad en el quinquenio.

De acuerdo con el nivel educativo se observa que entre las mujeres con primaria han aumentado las proporciones de alguna vez embarazadas en 9 puntos porcentuales; las de secundaria aumentan 2 puntos porcentuales y las de educación superior tienen 6 puntos más que en la encuesta anterior.

La mayor proporción de adolescentes en embarazo de su primer hijo se tiene en Caquetá y Guaviare (9 por ciento), Chocó y Vaupés (8 por ciento) y Guainía (7 por ciento). En cambio, las menores proporciones de embarazadas (menos del 2 por ciento), se encuentran en Caldas, Atlántico, Nariño, Vichada y Casanare.

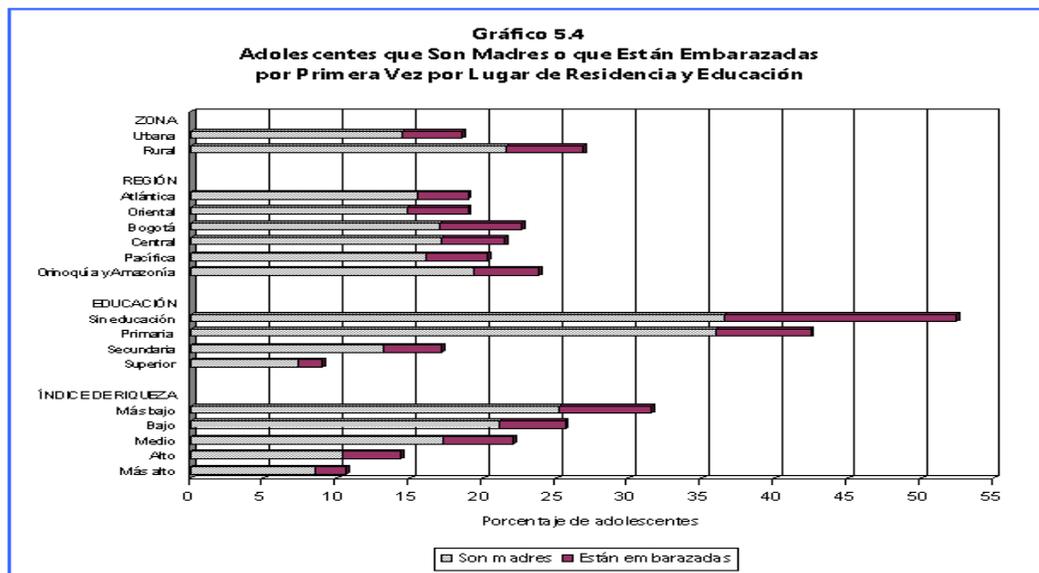
Los departamentos con los menores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas son Nariño, Atlántico, Boyacá y La Guajira (entre 13 y 15 por ciento), alrededor de la mitad de lo observado en Guainía, Meta, Guaviare y Caquetá, donde 30 por ciento o más de las adolescentes han estado alguna vez embarazadas.

Cuadro 5.9.2 Embarazo y maternidad de adolescentes por departamento

Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, por departamento, Colombia 2005

Departamento	Adolescentes alguna vez embarazadas			Número de adolescentes
	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Total alguna vez embarazadas	
La Guajira	12.8	2.5	15.4	260
Cesar	23.9	3.9	27.9	267
Magdalena	17.7	3.8	21.5	233
Atlántico	11.5	1.6	13.1	360
San Andrés	14.6	6.4	21.0	79
Bolívar	15.7	4.3	20.0	249
Sucre	13.7	5.4	19.1	271
Córdoba	15.7	4.1	19.7	278
Norte de Santander	15.1	5.4	20.5	203
Santander	13.4	4.4	17.8	171
Boyacá	11.6	2.8	14.4	197
Cundinamarca	14.0	3.2	17.2	200
Meta	24.0	6.1	30.1	185
Bogotá	17.1	5.5	22.6	416
Antioquia	17.9	4.1	22.1	448
Caldas	17.6	1.7	19.3	176
Risaralda	16.1	5.2	21.4	177
Quindío	15.0	2.7	17.7	178
Tolima	14.8	5.7	20.5	221
Huila	14.8	4.2	19.0	235
Caquetá	23.4	8.6	32.0	186
Valle	15.3	4.3	19.6	403
Cauca	22.9	5.9	28.8	257
Nariño	11.9	1.2	13.1	235
Chocó	18.0	7.8	25.8	201
Arauca	20.3	6.4	26.8	130
Casanare	20.8	1.4	22.2	125
Guainía	23.9	6.9	30.8	96
Vichada	18.4	1.7	20.1	115
Amazonas	19.3	6.2	25.5	154
Putumayo	15.6	4.2	19.8	119
Guaviare	21.3	8.6	29.9	132
Vaupés	18.8	8.4	27.2	139
Total	16.2	4.3	20.5	7,096

Nota: El número de adolescentes corresponde al número de mujeres realmente entrevistadas, es decir, son casos no



Las causas más importantes de un embarazo adolescente son:

- ✚ Los adolescentes adquieren su madurez sexual (fertilidad) aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional.
- ✚ En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos o sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas e incluso esperadas.
- ✚ Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectos psicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben está llegando a través de los compañeros mal informados o desinformados.

En comparación con otros países industrializados, los Estados Unidos tiene las tasas más altas de embarazos, abortos y nacimientos entre los adolescentes, a pesar de que los demás países tienen tasas de actividad sexual similar o mayores.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas si:

Comienzan a tener citas amorosas a temprana edad (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).

- ✚ Desertan del colegio.
- ✚ Crecen en condiciones de pobreza
- ✚ Tienen una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven
- ✚ Han sido víctimas de abuso sexual
- ✚ Carecen de sistemas de apoyo o tienen pocos amigos.
- ✚ No tienen participación en actividades escolares, familiares o comunitarias.
- ✚ Viven en comunidades o asisten a escuelas en donde la procreación a una edad temprana es común y vista como norma y no como un tema de preocupación.
- ✚ Piensan que tienen pocas o ninguna oportunidad de éxito.
- ✚ Consumen alcohol y/u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco.

Síntomas: Los síntomas del embarazo abarcan:

- ✚ Distensión abdominal
- ✚ Aumento de tamaño de las mamas y sensibilidad en las mamas
- ✚ Fatiga
- ✚ Mareos o desmayos reales
- ✚ Ausencia de períodos menstruales
- ✚ Náuseas/vómitos

Signos y exámenes:

La adolescente puede o no admitir que ha tenido relaciones sexuales. Si la adolescente está embarazada, generalmente se presentan cambios de peso (con más frecuencia es un aumento, pero puede haber también pérdida, si las náuseas y vómitos son considerables). El examen físico puede mostrar aumento en el perímetro abdominal y el médico puede sentir el fondo uterino (parte superior del útero agrandado).

El examen pélvico puede revelar la coloración azulada o violácea de las paredes vaginales, una coloración igual y ablandamiento del cuello uterino, al igual que ablandamiento y agrandamiento del útero.

- ✚ Una prueba de embarazo en orina y/o GCH en suero generalmente es positiva.
- ✚ Se puede realizar una ecografía del embarazo para confirmar o verificar las fechas exactas del mismo.

Tratamiento:

Todas las opciones disponibles para la adolescente embarazada se deben considerar cuidadosamente.

El aborto es una opción potencial, pero las leyes de cada estado varían con respecto a si una adolescente soltera puede practicárselo legalmente sin el consentimiento de los padres. En el caso de las adolescentes casadas, puede exigirse el consentimiento del esposo. Otra opción es el dar al bebé en adopción.

La mayoría de las adolescentes deciden continuar con el embarazo y quedarse con el bebé.

El cuidado prenatal temprano y adecuado, preferiblemente por medio de programas especializados en embarazos de adolescentes, garantiza el nacimiento de bebés más sanos. Se debe desalentar firmemente el consumo de cigarrillo, el consumo de alcohol y la drogadicción, y ofrecer métodos de apoyo que ayuden a la adolescente embarazada a suspender tales comportamientos.

Se debe estimular la nutrición adecuada a través de la educación y los recursos de la comunidad. Se debe hacer hincapié igualmente en que la embarazada haga ejercicio y duerma adecuadamente. Después del parto, es necesario brindar a las adolescentes información y servicios sobre los métodos anticonceptivos para que así eviten nuevos embarazos.

Se debe estimular y ayudar a las adolescentes embarazadas y a las que ya han dado a luz a que continúen en la escuela o que reingresen a programas educativos que les brinden las destrezas para ser mejores padres y poder encargarse de su hijo financiera y emocionalmente. El cuidado infantil accesible y de costo apropiado es un factor muy importante para que las madres adolescentes continúen sus actividades escolares o comiencen a trabajar.

Expectativas (pronóstico):

El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que una mujer tenga mayores probabilidades de tener en general más hijos. Estas mujeres igualmente tienen menos probabilidades de recibir el apoyo para su hijo por parte del padre biológico, de terminar sus estudios y de establecer una independencia y estabilidad financiera suficiente que les permita sostenerse a sí mismas y a sus hijos sin necesidad de ayuda externa.

Las madres adolescentes casadas tienen mayor probabilidad de divorciarse que aquellas mujeres casadas que posponen su maternidad hasta los 20 años de edad.

Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo. Asimismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente y los niños varones tienen una tasa superior al promedio de ser arrestados y encarcelados.

Complicaciones:El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como:

- ✚ Placenta previa
- ✚ Hipertensión inducida por el embarazo
- ✚ Parto prematuro
- ✚ Anemia grave
- ✚ Toxemia

Los hijos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer, pero el retraso en el crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también es un factor.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos malsanos, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.

El control prenatal oportuno y adecuado es de vital importancia para las adolescentes embarazadas.

Situaciones que requieren asistencia médica:

La persona debe consultar con el médico si tiene síntomas de embarazo. El médico también puede brindar asesoría con relación a los métodos de planificación familiar o riesgos del embarazo.

Prevención:

Existen muchos tipos diferentes de programas de prevención del embarazo en la adolescencia. Los programas de educación para la abstinencia estimulan a las personas jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduras para manejar la actividad sexual y un posible embarazo en una forma responsable.

Los programas basados en el conocimiento se concentran en enseñar a las adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales, al igual que a suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos.

Los programas con enfoque clínico brindan un acceso más fácil a la información, asesoría por parte de profesionales de la salud y servicios de anticoncepción.

Muchos de estos programas se ofrecen a través de consultorios ubicados en los colegios.

Los programas de asesoría por parte de compañeros generalmente involucran adolescentes mayores que invitan a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente.

Estos programas tienden a tomar más un enfoque personal, ayudando a las adolescentes a entender sus propios riesgos. Para aquellas adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, estos programas de asesoría de compañeros también le brindan las habilidades para la negociación dentro de las relaciones sentimentales y la información que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.

Modificar lo anterior no es trabajo fácil ni de una sola generación. No es sólo cuestión de información respecto al uso de anticonceptivos. Se trata de promover cambios emocionales y personales y de generar nuevos valores, actitudes y habilidades en el grupo de adolescentes a través de la educación en salud, considerada como un instrumento importante para el cambio social.

Factores comunes a mujeres embarazadas y sus compañeros

Anticoncepción, responsabilidad de la mujer, desconocimiento, temor.

Existe la creencia de que el hombre insiste en el uso del método anticonceptivo y es la mujer quien toma la decisión.

No saben usar adecuadamente ni siquiera uno de los métodos de planificación familiar.

Sienten temor al uso de los métodos anticonceptivos por sus efectos secundarios.

La información que tienen es errada. El tema de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos es de difícil abordaje al interior de la familia.

Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos

En la investigación en salud y en comportamiento social se han mencionado múltiples factores que influyen en una conducta dada. Green y Kreuter plantearon un modelo para trabajar en promoción de la salud denominado PRECEDE-

PROCEDE, que da cuenta de los múltiples factores que moldean la salud y ayuda a los profesionales a planear intervenciones centradas en esos factores.

El modelo agrupa los factores en tres: los capacitantes, los pre disponibles y los reforzadores. Con base en este método, se sugiere trabajar los factores que, según los resultados del estudio, influyen en el uso de los anticonceptivos.

Factores que influyen en el uso de MAC, útiles para el diagnóstico educacional:

Factores pre disponibles

Considerar la sexualidad como un tema cotidiano y no como un tabú. Tratar este tema al interior de la familia.

El deseo de no defraudar a los padres con el inicio de relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos a temprana edad.

Dar importancia a las relaciones con una pareja estable y, en consecuencia, al uso de los métodos anticonceptivos.

Tomar ejemplo de embarazos y/o vivencias en mala situación económica, lo cual motiva al uso de métodos anticonceptivos.

Asumir el embarazo como una responsabilidad y ser conscientes de ello.

Aprender a auto valorarse y autoestimarse, principalmente las mujeres, como ellas mismas lo manifestaron.

Planear el número de hijos y el momento en que deben llegar.

Elaborar un proyecto de vida o planes futuros, como educación, trabajo, etc.

Factores capacitantes

Poseer conocimientos claros acerca del uso de métodos anticonceptivos.

Saber utilizar al menos un método anticonceptivo.

Conocer sobre las instituciones de salud que brindan el programa del adolescente.

Obtener información sobre la adquisición de métodos anticonceptivos, no sólo en la droguería sino en las instituciones de salud donde, además, se brinda orientación y asesoría.

Recibir información y explicación por parte de los profesores sobre las dudas que se les presentan.

Conocer que las relaciones sexuales no concertadas, no planeadas, por entrar en la moda y vivir el momento, se realizan generalmente sin protección.

Factores reforzadores

La insistencia de los padres en que las hijas adolescentes eviten un embarazo, y que los hijos también eviten el embarazo en sus novias. No olvidar que se necesita hablar de esos temas, explicar cómo y qué deben hacer.

Obtener información adecuada de los amigos(as) acerca de experiencias y uso de métodos

Ofrecer apoyo institucional con programas acordes a las necesidades del adolescente.

Brindar asesoría en las droguerías donde se vende el método.

Aceptar que la responsabilidad de la regulación de la fecundidad y la adquisición de información al respecto no sólo es de la mujer; el hombre tiene que adoptar una actitud y proceder también en el uso de los métodos anticonceptivos.

RIESGOS SOCIALES

Deserción escolar

Desempleo

Mayor riesgo de separación y abandono

Perdida de autoestima

Alta proporción hijos desprotegidos

Inestabilidad emocional y familiar

El comienzo del “síndrome de pobreza”

Dificultad de educación

Problemas laborales

Inserción en la sociedad

RIESGOS MEDICOS

La maternidad del adolescente se asocia a mayor riesgo de complicaciones del embarazo, parto y recién nacido.

Los riesgos aumentan por la mala, falta o tardía atención prenatal.

LAS CONSECUENCIAS AFECTAN A:

Madre adolescente
Hijo de madre adolescente
Padre adolescente

ESTRATEGIAS PREVENCION

- ✚ Educación sexual precoz.
- ✚ Crear más servicio de atención para salud sexual y reproductiva en adolescentes.
- ✚ Planificación familiar
- ✚ El embarazo no planeado no es un problema exclusivo de la población adolescente.

Más de la mitad de las mujeres embarazadas (el 52%) reporta no haber deseado el embarazo en ese momento.¹³ Las diferencias más significativas entre la tasa de fecundidad observada y la deseada se presentan en las zonas rurales, en las regiones Oriental y Pacífica, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres desplazadas. Estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar, y significan un costo elevado en términos de salud y calidad de vida, en la medida en que los embarazos no planeados pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro.

El acceso a la información y al uso de métodos anticonceptivos es un derecho de todas las personas.

Factores comunes a hombres y mujeres no embarazadas

Responsabilidad, decisión de pareja, padres y madres como educadores en sexualidad

Relacionan el inicio de las relaciones sexuales con el deber de usar los métodos anticonceptivos y asumirlas con responsabilidad, conciencia y madurez. Asocian la importancia del uso de los métodos con el inicio de las relaciones sexuales, cuando se tenga pareja estable. Opinan que la decisión del uso de métodos anticonceptivos debe ser concertada por ambos miembros.

No tienen conocimientos claros sobre el uso de métodos de planificación familiar. Obtienen información por medio de amigos, profesores y por fuera de la casa. Asocian la práctica de la anticoncepción con la realización de planes futuros.

Prefieren recibir información sobre MAC y sexualidad, de padres, personal profesional de la salud y personas con experiencia. La madre es quien más insiste en el uso de métodos de planificación familiar. Los padres sobreprotegen a las hijas y dan libertad a los varones.

El sitio donde acuden con mayor frecuencia para obtener métodos de planificación familiar es la farmacia.

Programas de Educación sexual:

La educación sexual constituye un proceso de enseñanza de aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y trascendentes de la sexualidad humana encaminados al desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para una vida sexual positiva y saludable.

Las principales fuentes de información sexual en nuestro medio son los pares y los medios de comunicación, pero no existe ningún ambiente más favorable para dar información, educar y contribuir a una formación sana de la sexualidad que el ámbito familiar. Otro entorno que puede contribuir a la enseñanza es la escuela donde utilizando diferentes estrategias metodológicas, con una secuencia lógica, se favorezca el desarrollo cognitivo, afectivo y conductual.

La educación sexual, incluida dentro de los proyectos educativos institucionales, debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes. Debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad, más que la sola adquisición de contenidos e información, así como la promoción de la autogestión.

Por qué fallan los programas de prevención?

Es muy probable que este tipo de intervenciones sean muy cortas, estén orientadas más a la adolescente mujer, lleguen muy tarde, no tengan en cuenta los patrones culturales de cada región, ni el significado de la sexualidad y el embarazo para las adolescentes, ni estén enfocadas a favorecer el fortalecimiento de los factores protectores.

Las intervenciones para lograr el inicio de la actividad sexual en el momento adecuado y la disminución en el número de embarazos en adolescentes, deben realizarse con la participación de todos los actores sociales, iniciarse antes de ingresar a la secundaria, involucrar a jóvenes desde su planeación y respetar las normas y patrones culturales de cada región.

Sus acciones, dirigidas en forma prioritaria a la población de mayor riesgo, deben tener enfoque de resiliencia y deben estar dirigidas más a promover el desarrollo personal integral que a suprimir una conducta.

4.3 MARCO ESPACIAL

ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LOS BARRIOS CALIMA Y SENA DE CALI (Valle), CARTAGENITA Y MANABLANCA DE FACATATIVA (CUNDINAMARCA)

La Comuna 4 está ubicada al nororiente de la ciudad de Cali, contigua al centro principal y a la zona industrial especial de San Nicolás

El escenario sociocultural en que se desenvuelven las adolescentes en el barrio Calima es un lugar donde las personas son muy unidas, son personas en su mayoría de estrato tres.

En este barrio empezamos a ver las niñas en embarazo aproximadamente a los 14 años, esto es debido a la libertad que sus padres manejan hacia con ellas, ya que es muy dado que las niñas tengan novios a temprana edad y sin una buena orientación y vigilancia por parte de estos, las niñas de este lugar tienen una adolescencia temprana, ya que la mayoría de las niñas se empiezan a desarrollar a los 12 años promedio, dado a que muchas niñas manejan esto desde el punto de vista que ya son mujeres y que pueden ejercer roles que quizás su cuerpo aun no está preparado para tener.

Los padres también influyen mucho en esto ya que ellos no ejercen un control sobre sus hijas. (Teniendo en cuenta que en todos los casos no es igual).

El escenario sociocultural del barrio Sena es un escenario quizás para muchos padres ideal para sus hijos ya que es un barrio tranquilo.

Es un barrio donde las personas son indiferentes a las cosas que les suceden a las demás personas, Ya que aquí es muy poco común la comunicación entre los habitantes del barrio.

Aquí las adolescentes no se ven mucho en las calles, pero sus padres en las horas que laboran no tienen un control adecuado de sus hijas, ya que las dejan sin supervisión de un adulto en sus casas. Y las adolescentes aprovechan la ausencia de sus padres para verse con su novio.

En Facatativa, El escenario sociocultural en que se desenvuelven las adolescentes es un lugar en donde sus habitantes trabajan en floricultura, agricultura, construcción, su estrato es 1 y 2 .en estos barrios es muy común ver los niños y niñas desde muy temprana edad salir a trabajar con sus padres, otros los dejan solos encerrados en sus casas, y los que deben ir a estudiar tienen la plena libertad de hacerlo o no ya que se quedan solos hasta que sus padres regresen de trabajar, lo que les permite estar en la calle expuestos a todo tipo de riesgo como lo es la drogadicción, el embarazo precoz, ETS ,entre otros. También existe mucha violencia intrafamiliar, hacinamiento, el nivel académico es muy bajo.

Por estos motivos es común ver niñas desde los 12 años embarazadas.

En estos barrios esta situación se ha convertido en algo normal, los padres de familia no se interesan mucho por esta realidad y muchos de ellos dicen que para eso nacieron.

En estos barrios la comunicación de los habitantes es muy poca por sus jornadas laborales tan extensas.

ESCENARIO AMBIENTAL EN CALI, FACATATIVA

El ambiente un factor predominante en el desarrollo de las adolescentes.

En Cali, actualmente en el barrio Calima y Sena se están viendo muy afectados, ya que esta zona que antes era un barrio netamente tranquilo, últimamente lo vemos invadido por gente de otras zonas, debido al plan de ordenamiento territorial, por ende los industriales de los barrios populares y porvenir los están sacando de allá debido al urbanismo y entonces estos comerciantes están comprando casas viejas en estos dos barrios, las tumban y las vuelven una industria, y esto conlleva a la contaminación ambiental, ruido, malos olores, humo, polución, y además muchos mecánicos que son bebedores, viciosos y estos se dedican a conquistar las niñas del barrio con su lenguaje soez que utilizan dichos individuos y lastimosamente muchas caen en sus conquistas, ya que es un barrio de estrato tres y ahí mucha deficiencia económica y las adolescentes se dejan llevar por esto, esto trae como consecuencia más embarazos no deseados en adolescentes.

El gobierno trata de arreglar unos barrios pero no se fijan que daño le están haciendo a otros y como los está afectando.

En Facatativa (Cundinamarca), El ambiente de estos barrios es muy desfavorable para el desarrollo psicosocial de los niños y niñas ya que predomina la violencia, drogadicción, también existen demasiados negocios de venta de trago, también han llegado personas desplazadas y se han apoderado de algunos sitios que eran de recreación para los habitantes y se han convertido en recicladores, obstaculizan las vías y perjudican el flujo vehicular lo que llama la atención y hace que llegue más gente extraña y de dudosa reputación.

El nivel de pobreza y desempleo que se vive allí es preocupante y las autoridades lo que hacen es colocar un CAI Mobil por unos días y según ellos también realizan limpieza social, pero no se preocupan de dar solución real a estos problemas que cada día crecen más ya que esto párese una cadena de generación en generación.

4.4 MARCO LEGAL

La política nacional de Salud Sexual y Reproductiva de las y los adolescentes, promulgada por el Ministerio de Protección Social de Colombia, definió estrategias que promueven acciones de información, educación y comunicación donde participan no sólo los y las jóvenes sino también las redes sociales e instituciones de las que ellos(as) hacen parte como son, los padres y madres de familia, los docentes y las organizaciones juveniles.

Ley 100 de 1993

La Ley 100, de diciembre de 1993, presenta cambios en los conceptos relacionados con la prestación de los servicios, entre ellos: la universalidad, la solidaridad, la eficiencia y la integralidad, que implican la cobertura a la familia como elemento importante para su cumplimiento. Esta cobertura familiar obedece al reconocimiento de que esta unidad básica tiene un papel importante en la conservación de la salud o en el deterioro de la misma. Cada individuo de la familia tiene la responsabilidad de cuidarse y utilizar los recursos de la familia y del ambiente para conservar la salud o recuperarla. Se parte del concepto de integralidad, que considera a las personas como seres vivos biosicosocio culturales y espirituales, que interactúan con la familia, la sociedad y el entorno en el cual viven. La integralidad incluye el promover, el mantener, el recuperar y el rehabilitar, cuando se ha perdido la salud.

La Ley 100 ha sido fundamentada bajo el esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; por tal motivo, está sustentada en un modelo capaz de conocer y evaluar los riesgos para la salud, con mecanismos suficientes para atenderlos efectivamente. Dentro de esta misma Ley se aclara que la presencia de la salud o la enfermedad en la familia es producida por muchos factores (multicausalidad), bien sea económicos, biológicos, sociales, culturales, ambientales y de servicios de salud; por lo tanto, se hace necesario que el profesional de la salud tenga en cuenta esa conjunción de factores que actúan simultáneamente sobre las familias, para mantener la salud de estas.

LEY 1098 DE 2006

Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.

Artículo 1°. Finalidad. Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

Artículo 7°. Protección integral. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés-superior.

5. METODOLOGÍA

5.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación realizada en Cali, Facatativa, Caquetá, Chiquinquirá corresponde a la línea de Salud pública, haciendo énfasis en la promoción de la salud y prevención e la enfermedad en adolescentes embarazadas en ciudades que aborda el trabajo de exploración.

5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En este trabajo se describe el diseño de investigación, la población, el instrumento de recolección de datos, la técnica de análisis y el procedimiento de cómo se desarrolla la investigación de acuerdo a los objetivos planteados.

Se realiza en diferentes regiones del país, en los cuales se aplicaron encuestas a la población objeto de estudio adolescentes embarazadas y no embarazadas. Posteriormente los datos recolectados se tabularon y ordenaron, y seguidamente se analizó cada uno de ellos, con estos análisis se procedió a realizar cuadros y gráficos y se les dio la interpretación pertinente a cada uno, en este orden de ideas la investigación se enmarca dentro del tipo de Investigación Fáctica O Empírica: Porque la investigación implica recolección de datos y un análisis de los mismos.

5.3 TÉCNICAS, RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La información, es el elemento vital por medio del cual se llega a explorar, describir y explicar hechos o fenómenos que sin lugar a duda definen un problema de investigación, entre estas, para el presente estudio investigativo se aplicaron:

Fuente primaria: Esta recopilación de datos se obtuvo de manera escrita mediante la realización de encuestas de manera directa, dirigida a adolescentes entre las edades de 11 a 19 años realizadas en las ciudades de Cali, Facatativa, Caquetá, Chiquinquirá.

Fuentes secundarias: La información que proporcionan las personas que no participaron directamente en los hechos, estos datos se encuentran en enciclopedias, diarios, publicaciones periódicas y otros materiales.

Fuente terciaria: Información que se obtendrá en las diferentes páginas Web de Internet.

Población: Adolescentes embarazadas y no embarazadas entre las edades de 11 a 19 años realizadas en las ciudades de Cali, Facatativa, Caquetá, Chiquinquirá, dentro de los cuales se identifica como objeto de estudio.

Muestra: El número de Adolescentes entre las edades de 11 a 19 años con las cuales se adelantará la investigación serán un total de 50 encuestadas.

5.4 TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

Es importante una vez determinada las variables técnicas y el método a emplear el establecer el espacio y su correspondiente muestra representativa para realizar la correspondiente encuesta.

Técnicas estadísticas: Para el recuento, clasificación y ordenación de la información recolectada para la cual utilizaron cuadros estadísticos.

Presentación de la información: los diferentes datos obtenidos en el proceso investigativo se presentan en una redacción escrita, tabulando las variables que de igual manera permite utilizar figuras, gráficos y/o de columnas para su mejor apreciación.

DATOS TABULADOS DE LAS ENCUESTAS DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCION EN ADOLESCENTES

No.	NOMBRE	EDAD	EXTRATO SOCIAL			VIVES CON TUS PADRES		COMO ES TU RELACION FAMILIAR		TIENES RELACIONES SEXUALES		TIENES PAREJA ESTABLE		CONOCES METODOS ANTICONCEPTIVOS		PLANIFICAS		CONOCES LAS CONSECUENCIAS EMBARAZO PRECOZ		SABES SOBRE SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN		ESTAS EN EMBARAZADA		ACTUALMENTE ESTAS ESTUDIANDO		QUE NIVEL DE ESCOLARIDAD TIENES		
			A	M	B	SI	NO	BUENA	MALA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	PRIM	SECUN	OTRO
1	MONICA LOPEZ	15			X		X			X		X			X		X		X		X		X				X	
2	BEATRIZ ARIAS	16		X		X			X	X		X			X			X		X		X		X			X	
3	DIANA OSPINA	15		X		X		X		X		X			X		X		X		X		X			X		
4	PAOLA DURAN	17	X				X		X	X		X			X		X		X			X	X					X
5	ANA M DUQUE	13	X			X		X			X				X		X		X			X	X				X	
6	KAREN AVILA VALENTINA	17			X	X			X	X		X			X		X		X		X			X			X	
7	MARIN	14			X		X		X	X		X			X		X		X		X			X			X	
8	SARITA MILLAN	12		X		X		X		X		X			X		X		X		X		X			X		
9	ESTEFANIA PEREZ	11			X	X			X		X			X		X		X		X	X		X		X			
10	CAMILA GOMEZ	14			X	X			X	X		X			X		X		X		X	X			X		X	
11	SANDRA TRUJILLO	14			X		X		X	X		X			X		X		X		X			X	X			
12	MARGARITA FLOREZ	16		X			X	X		X		X			X		X		X		X			X	X			
13	PATRICIA RUEDA	19		X		X		X		X		X			X		X		X		X			X			X	
14	ANDREA MARTINEZ	17			X		X		X	X		X			X		X		X		X		X			X		
15	YENNY VELEZ	14			X		X	X		X		X			X		X		X		X		X		X	X		
16	CAROLINA TELLEZ	12		X		X		X		X		X			X		X		X		X		X	X		X		
17	MARIELA PELAEZ	17			X		X	X		X		X			X		X		X		X		X		X		X	
18	SUSANA MUÑOZ	11		X		X		X		X		X			X		X		X		X		X	X		X		
19	ROBIRIA GONZALEZ	19		X			X		X	X		X			X		X		X		X		X		X		X	
20	ADRIANA RIOS	15			X		X		X	X		X			X		X		X		X	X		X	X			
21	JURANY BERMUDEZ	17		X		X		X		X		X			X		X		X		X		X	X		X		
22	JOHANA AMEZQUITA	16		X		X		X		X		X			X		X		X		X	X		X	X			
23	JESSICA CUERVO	15			X	X			X	X		X			X		X		X		X		X		X			X
24	MARYORY CARPETA	15	X			X		X		X		X			X		X		X		X		X		X		X	
25	BLANCA RODRIGUEZ	13			X		X		X	X		X			X		X		X		X	X		X		X		X
26	ANGIE RAMIREZ	14		X		X		X		X		X			X		X		X		X		X	X		X		
27	KATERINE CASTRO	13			X	X		X		X		X			X		X		X		X		X	X		X		

5.5 AGRUPACIÓN DE DATOS EN LOS MUNICIPIOS DE CALI (VALLE), FACATATIVA (CUNDINAMARCA), PUERTO RICO (CAQUETA), CHIQUINQUIRA (BOYACA).

La recolección de datos por la fuente primaria (encuestas) se realizó en una muestra poblacional de cincuenta adolescentes embarazadas y no embarazadas encuestadas.

De acuerdo a los datos obtenidos en las diferentes encuestas realizadas en el municipio de Cali (Valle), Facatativa (Cundinamarca), Puerto rico (Caquetá), Chiquinquirá (Boyacá), encontramos lo siguiente:

Tabla uno

Edad de las adolescentes encuestadas, se selecciono mujeres adolescentes entre los 11 y 19 años de edad.

15	16	15	17	13	17	14	12	11	14
14	16	19	17	14	12	17	11	19	15
17	16	15	15	13	14	13	14	12	15
12	16	13	14	19	13	16	18	16	17
15	14	18	12	16	17	15	17	14	16

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS DE LA VARIABLE EDAD DE LAS 50 ADOLESCENTES ENCUESTADAS

VARIABLE EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
11-13	12	24%	12	24%
14-16	25	50%	37	74%
17-19	13	26%	50	100%
TOTAL	50	100%		

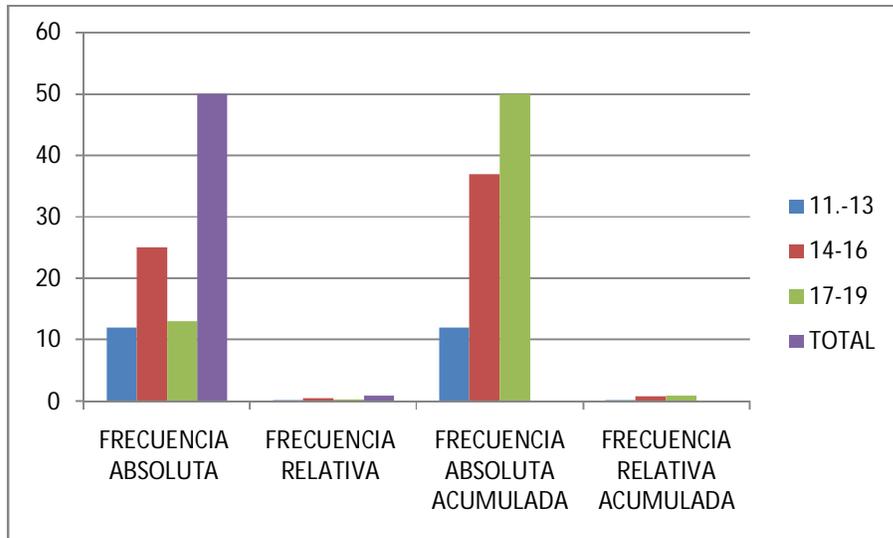


Tabla dos

Ordenamiento de datos

11	11	12	12	12	12	12	13	13	13
13	13	14	14	14	14	14	14	14	14
14	15	15	15	15	15	15	15	15	16
16	16	16	16	16	16	16	17	17	17
17	17	17	17	17	18	18	19	19	19

Rango: Dato mayor - Dato menor

$$19 - 11 = 8$$

Intervalos de clase = Rango / No de intervalos

INTERVALO DE CLASE

Para encontrar la magnitud del intervalo lo sacamos así:

\sqrt{N} Donde N es el número de datos, entonces

$$\sqrt{50} = 7.07$$

Tabla de frecuencia

Clase	Frec.	Frec A.A.	Frec A.D.	%Frec	%F.R.A	%F.R .D
11	2	2	50	4%	4%	50%
12	5	7	48	10%	14%	48%
13	5	12	43	10%	24%	43%
14	9	21	38	18%	42%	38%
15	8	29	29	16%	58%	29%
16	8	37	21	16%	74%	21%
17	8	45	13	16%	90%	13%
18	2	47	5	4%	94%	5%
19	3	50	3	6%	100%	3%
total	50			100%		

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

Media aritmética:

Media aritmética: $\frac{\text{Suma de edades}}{n} = \frac{750}{50} = 15$ años

Mediana:

Es el valor de la variable que deja el mismo número de datos antes y después de él. En otras palabras, la mediana es el valor situado en medio de un conjunto de valores ordenados por magnitud.

Se recopilaron 50 encuestas, por lo tanto se debe tener en cuenta que es un valor par, para el cual se toma los valores 24 y 25 y se los promedia:

Dato 24: 15 años

Dato 25: 15 años

Me = $\frac{15 + 15}{2} = 15$ años

La moda:

Es el dato más repetido, que para las tablas estadísticas encontramos que es la edad de 14 años con 9 datos repetidos.

11-11-12-12-12-12-12-13-13-13-13-13-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14-15-15-15-15-15-15-15-16-16-16-16-16-16-16-16-16-16-17-17-17-17-17-17-17-17-17-17-18-18-19-19-19

moda = 14

MEDIDAS DE DISPERSIÓN

Varianza:

$$S_x^2 = \frac{\sum_{i=0}^n (x_i - \mu)^2}{n}$$

$$S_x^2 = 4.32$$

Desviación típica

S= resultado de la varianza - \sqrt{S}

$$S = 2.078$$

MEDIDAS DE POSICIÓN

LOS CUARTILES

Son los tres valores que dividen al conjunto de datos ordenados en cuatro partes porcentualmente iguales. Hay tres cuarteles denotados Q1, Q2 y Q3,

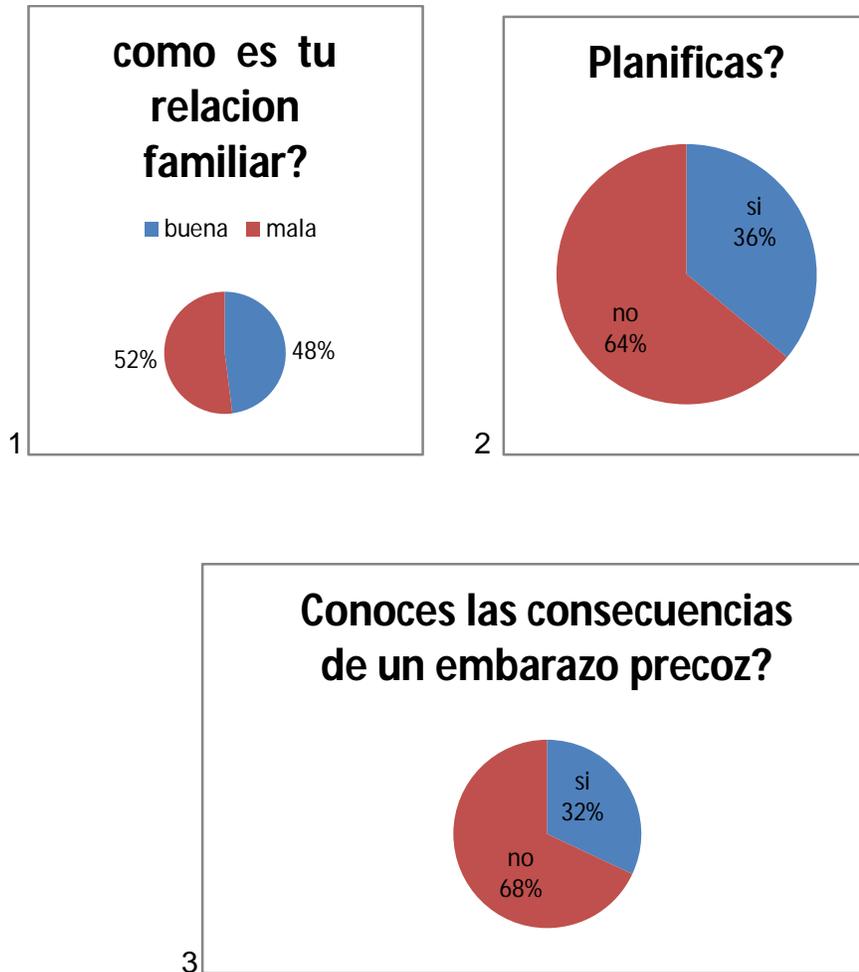
CUARTIL MINIMO	11
CUARTIL 1	14
CUARTIL 2	15
CUARTIL 3	16,75
CUARTIL MAXIMO	19

PERCENTILES

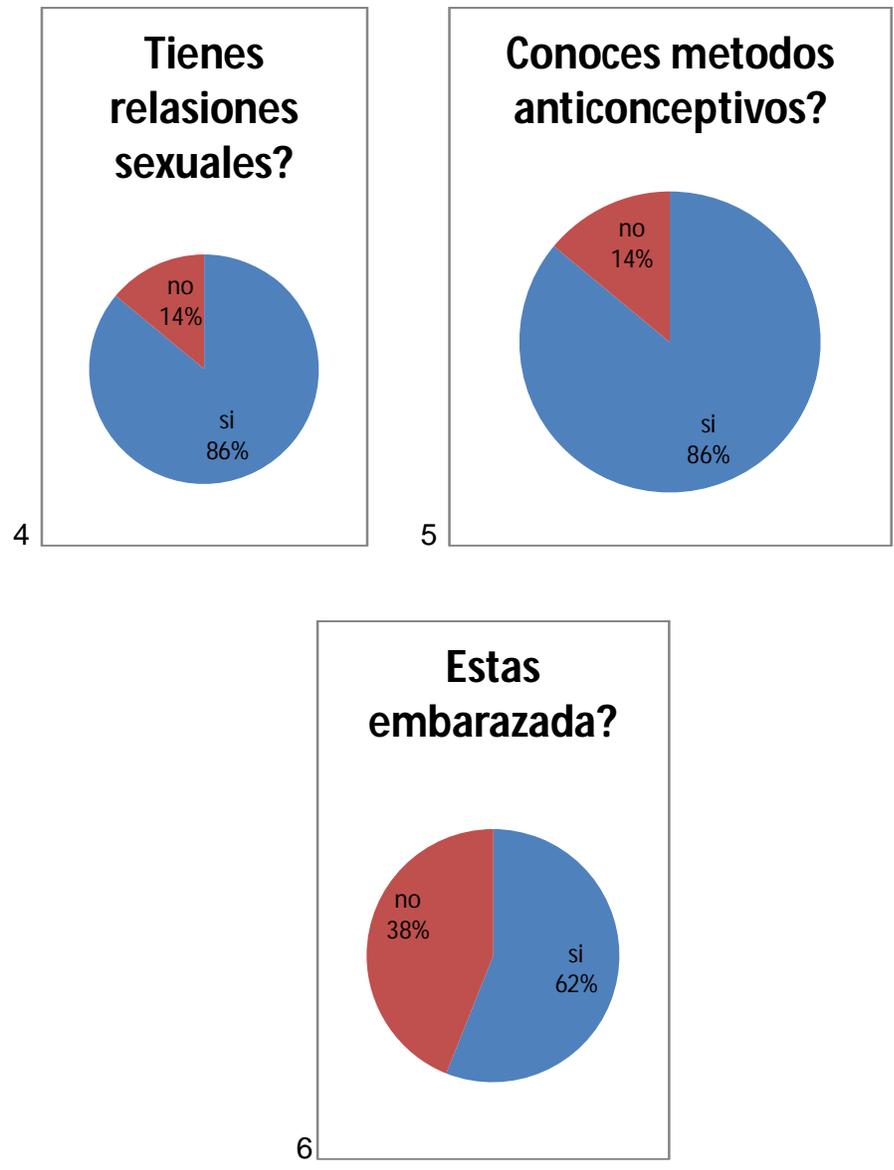
Estos datos corresponden al 1% del total de los datos, es decir los 50 datos divididos en 100 partes iguales. Para determinar los percentiles se usa la fórmula del percentil que nos ofrece Excel.

percentil 25	14
percentil 75	16,75
percentil 50	15

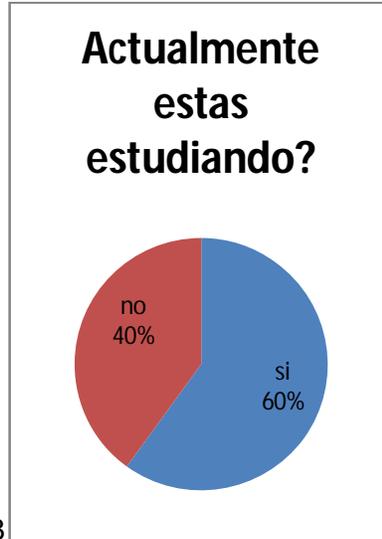
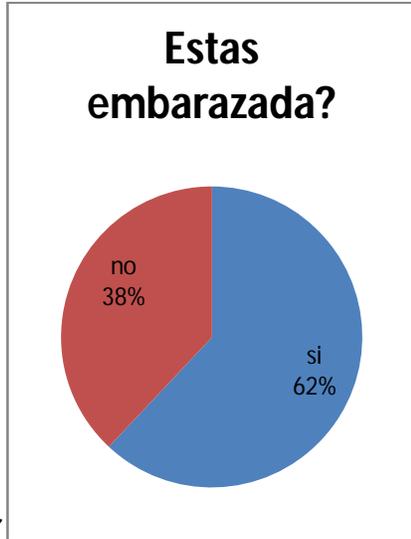
6. GRÁFICAS DE ALGUNAS LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.



En las siguientes graficas podemos comparar como las adolescentes que tienen una relación familiar mala, no planifican, tampoco conocen las consecuencias de un embarazo precoz y esto se debe a que no hay buena comunicación en la familia.

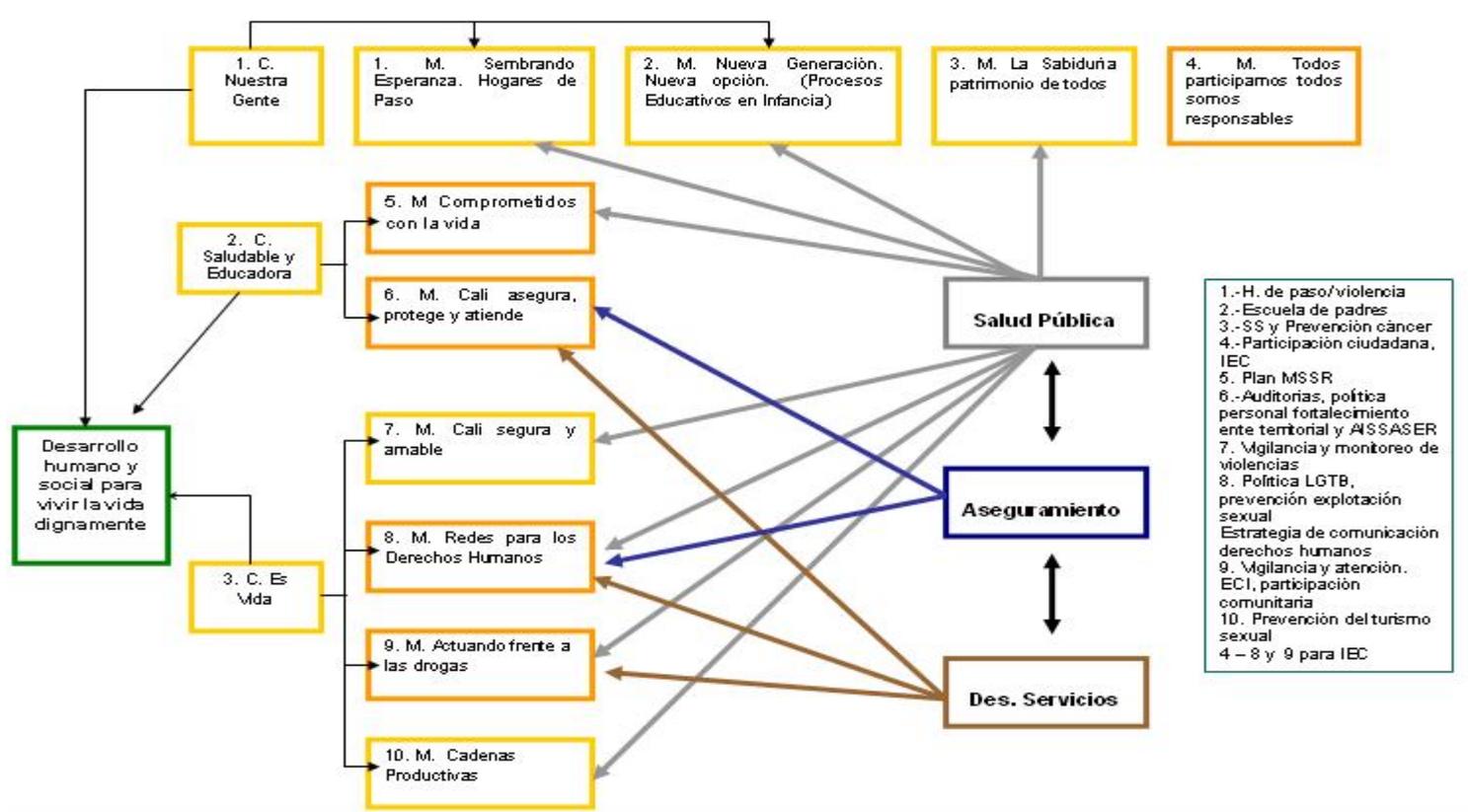


Las graficas 4, 5 y 6 muestran como el 86% de las adolescentes tienen relaciones sexuales, este mismo porcentaje de adolescentes supuestamente conocen de métodos anticonceptivos, pero no los utilizan, ya que la mayoría están en embarazo.



La grafica 7 y 8 nos muestra como la mayoría de adolescentes embarazadas no están estudiando.

7. MAPA DEL PLAN MUNICIPAL INTERSECTORIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES EN CALI



7.1 TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN CALI

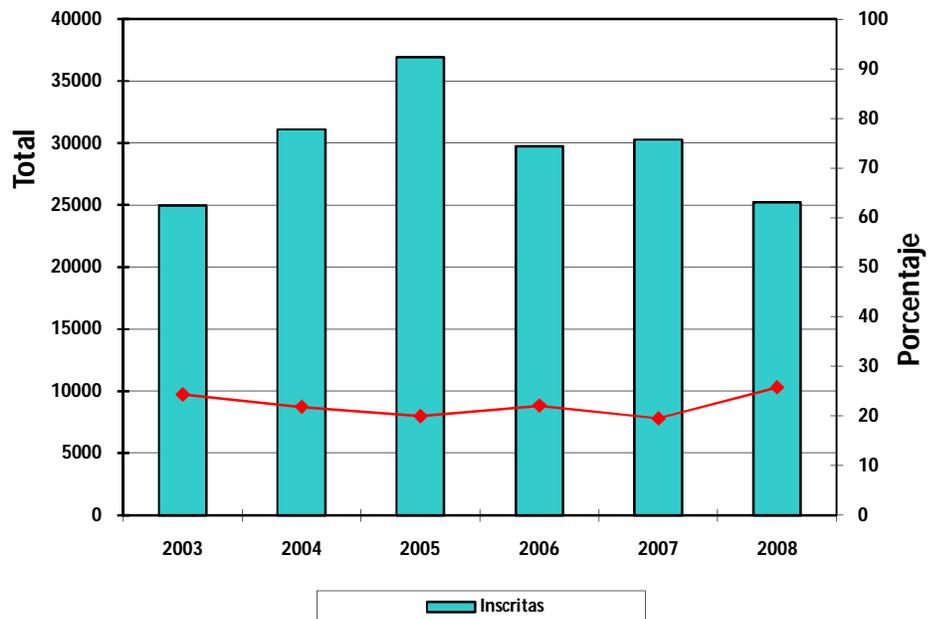
La zona rural y las comunas 20, 13, 14 ,15 y 21 tienen las tasas más altas del municipio.

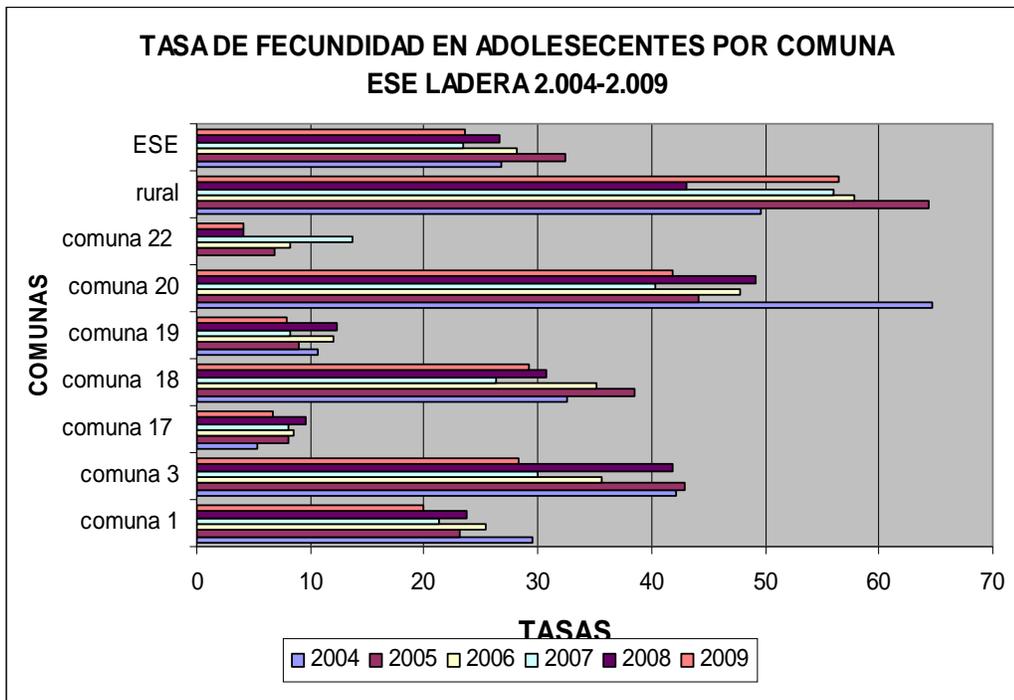
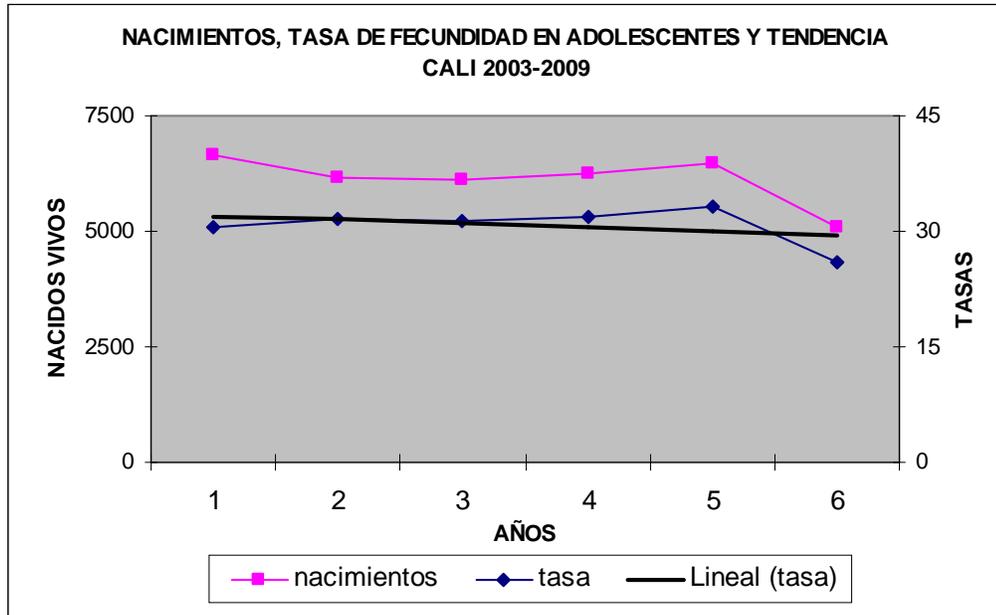
La zona rural y la comuna 20 están por encima de la tasa municipal.

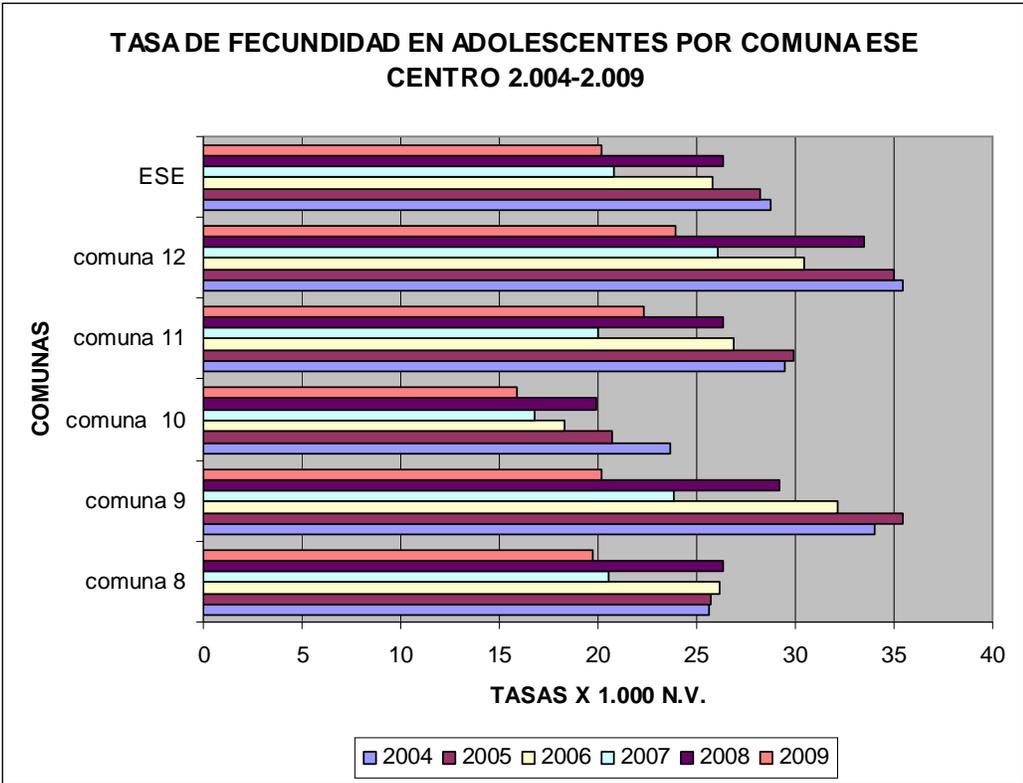
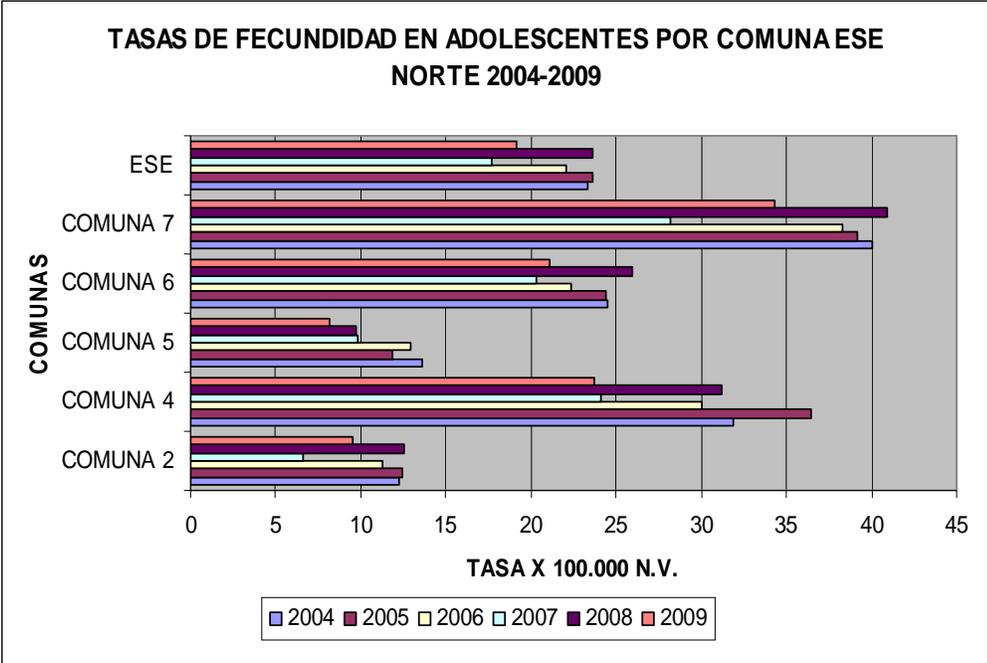
Años	Población Total de mujeres adolescentes	Nº de nacidos vivos en adolescentes	Tasa de fecundidad x1.000 N.V.
2004	217.405	6.632	30.50
2005	194.836	6.166	31.64
2006	195.096	6.121	31.37
2007	195.357	6.244	31.96
2008	195.576	6.477	33.11
2009	195.617	5.097*	26.05*

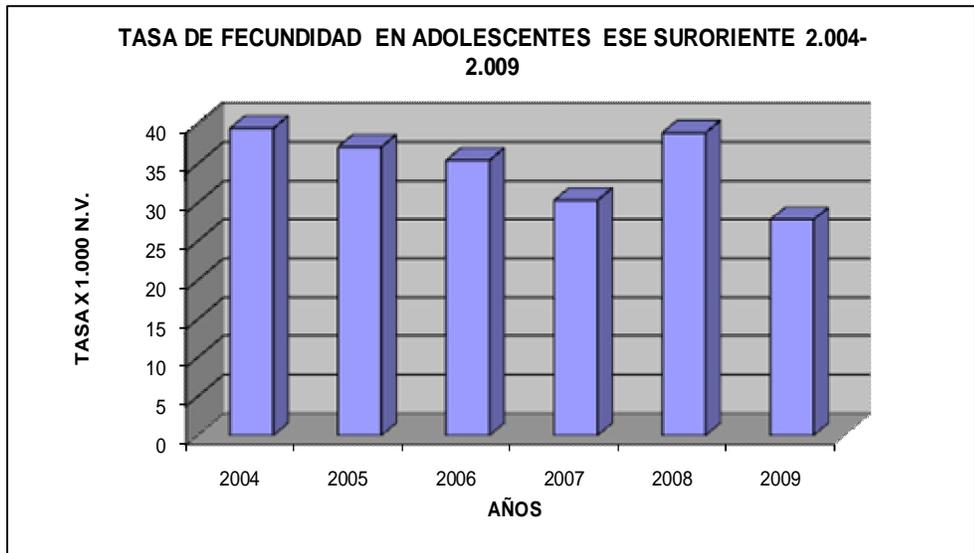
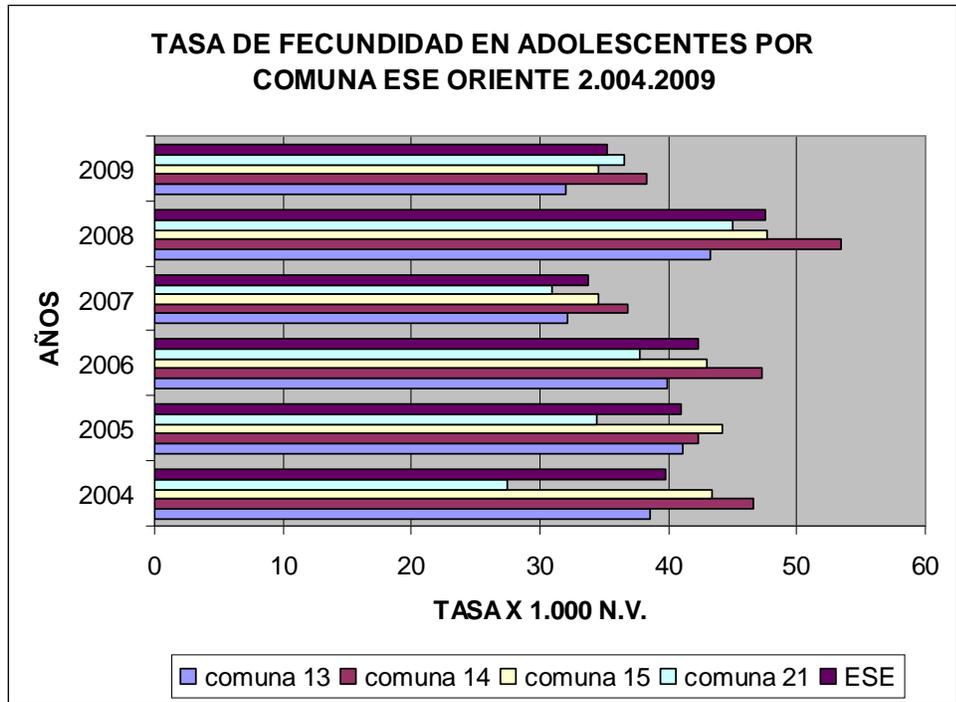
EN PROMEDIO UNA DE CADA 5 ADOLESCENTES HA ESTADO EMBARAZADA

Porcentaje de gestantes adolescentes - Cali 2003-2008









7.2 TASA DE FECUNDIDAD CAQUETA

DINÁMICA DE LA POBLACIÓN 2008		CAQUETÁ		COLOMBIA
		DANE**	IDESAC	DANE
Tasa General de Fecundidad x 1000		106,6	69,9	74,6
Tasa específica de fecundidad mujeres de 15-19 años x 1000		101	92	76
Media Anual de Nacimientos (a)		6.755	6.755	877.441
Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes)		26,28	17,4	19,9
Media Anual de Defunciones (b)		1.926	1.926	256.703
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes		6,76	3,96	5,8
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos		42,8	18,1	19,9
Esperanza de vida al nacer 2005 - 2010 (años)	TOTAL	68,3		74,0
	Hombres	64,0		70,7
	Mujeres	72,9		77,5

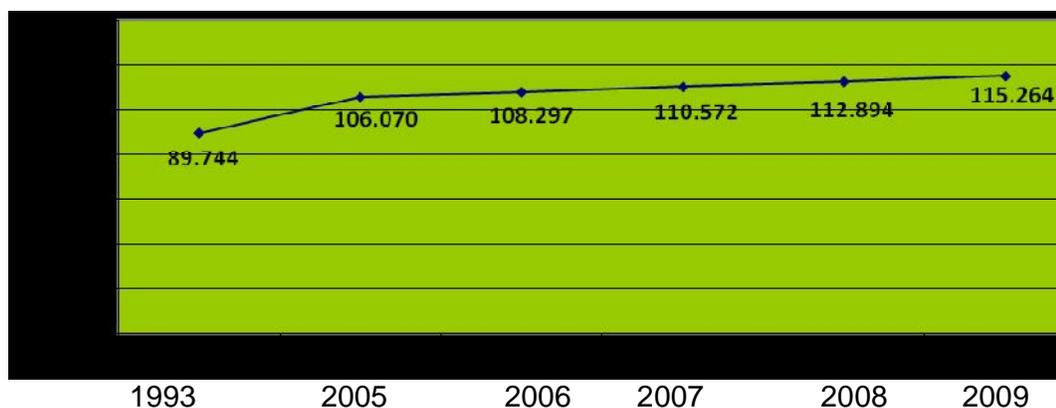
Fuente: Idesac

La tasa general de fecundidad se mantiene igual a la del año 2007 siendo este 106,6 nacidos vivos por 1000 mujeres en edad fértil cifra alta comparada con la nacional que fue de 74,6 y la tasa específica de fecundidad es de 101 nacidos vivos por 1000 mujeres de 15 – 19 años.

Aunque aparentemente el panorama ha mejorado con respecto a años anteriores, se hace evidente que el riesgo de aumento de la fecundidad en el departamento del Caquetá puede ser causado por el incremento de los embarazos en mujeres adolescentes, los cuales han sido más críticos en las últimas décadas no solo a nivel local si no también nacional.

TASA FECUNDIDAD FACATATIVA (CUNDINAMARCA) CRECIMIENTO HISTÓRICO DE LA POBLACIÓN. MUNICIPIO DE FACATATIVÁ. AÑOS 1993 A 2009.

Fuente: DANE Censo 2005



Embarazo en menores. Se sigue considerando un problema importante de salud para el municipio, ya que acarrea mayores inconvenientes asociados para la madre adolescente, el recién nacido, la familia donde se desenvuelve y la misma comunidad.

Los factores de riesgo que tiene el municipio de Facatativá y que hacen que aumente el índice de embarazos en la adolescencia son variadas. Hay factores que influyen en el desarrollo precoz de las adolescentes y su despertar sexual: una educación no obligatoria, con ideologías no renovadas y con una gran desvinculación entre la educación y otros sectores sociales, el bombardeo exagerado de mensajes sexuales por los medios de comunicación, la publicidad, la moda, la música el lenguaje popular, la invasión de la pornografía, el internet, con mensajes directos o indirectos sobre la sexualidad.

En la clase baja, el hambre, las necesidades económicas y la desorganización social y familiar obligan a la adolescente a tomar el trabajo, la mendicidad o la delincuencia para subsistir descuidando su salud. La pobreza, los inquilinatos, la farmacodependencia, la promiscuidad, la delincuencia, la violencia intrafamiliar y el hacinamiento son otros factores pre disponibles para el embarazo en las menores.

Además, el aumento de madres cabeza de familia que tienen que salir al trabajo dejando sus hogares con adolescentes sin la orientación materna y paterna, la sobre-estimulación, las presiones grupales y la actitud de los adultos que conllevan abreviar los periodos de infancia y aumentar una sexualidad precoz, son otros de los factores que influyen en el despertar sexual y el riesgo de embarazo en las menores.

ANÁLISIS DE NATALIDAD

La fecundidad es una de las variables demográficas que más se relaciona con salud, ya que el nivel la fecundidad repercute en la demanda de servicios y es la que determina el crecimiento poblacional y la generación de políticas a nivel municipal.

El análisis de la natalidad para el año 2008 se ha realizado en la información existente estadísticas vitales de certificados de nacidos vivos del departamento, las cuales son datos preliminares.

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) para el año 2008 en el municipio de Facatativá fue de 1.70, por cada 1000 habitantes.

La Tasa General de Fecundidad (TGF) para el año 2008 en el municipio de Facatativá fue de 69.3, por cada 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años).

La Tasa Específica de Fecundidad por Edad (TFE) para el año 2008 por cada grupo quinquenal fue:

10-14 años. 3.12

15-19 años. 75.5

20-24 años. 112.8

25-29 años. 96.1

30-34 años. 60.1

35-39 años. 33.3

40-44 años. 8.7

45-49 años. 2.6, por cada 1000 mujeres de cada uno de los grupos.

La Tasa Total de Fecundidad (TTF) para el año 2008 en el municipio de Facatativá fue de 1964.1, el número promedio de hijos por mujeres en edad reproductiva es de 1.96, para el año en análisis.

La Tasa Bruta de Reproducción (TBR) para el año 2008 en el municipio de Facatativá fue de 958.09, lo que indica el número de hijas.

TRABAJO DE MESA



Es un método de análisis que toma en cuenta las diversidades e inequidades existentes en nuestra realidad con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos de la población teniendo en cuenta el género, edad y etnia y parte de los principios básicos de libre ejercicio de los derechos de la equidad y del reconocimiento de las diferencias entre los grupos poblacionales.

SE PROPONE:

Promoción del desarrollo del bienestar social de la población vulnerable con factores de riesgo en el ejercicio de la sexualidad, con énfasis en adolescentes.

Posicionar el tema de la Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en reducción del embarazo en adolescentes como icono de ciudad a través de estrategias de comunicación, visibilización y controversia.

Implementar y Fortalecer los proyectos de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en instituciones de educación oficial y no oficial, en los niveles básicos, media y superior.

Desarrollar el programa de Sexualidad en Movimiento que consta de actividades artísticas, recreativas, lúdicas, educativas, deportivas, en eventos masivos y en eventos locales en donde se involucre la SSR con enfoque diferencial.

Atención integral de calidad con enfoque diferencial, que permita detectar grupos vulnerables, casos de violencia sexual, violencia familiar, embarazo no deseado, Causas par la Interrupción Voluntaria del Embarazo en adolescentes.

OPINIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Importancia, temor y desconocimiento

Hablando con algunas adolescentes embarazadas, expresaron la importancia del uso de métodos anticonceptivos en la regulación de la fecundidad.

Beatriz de 16 años dice: Creo que es importante, porque uno no debería llenarse de hijos como antes, las mujeres tenían 8, 9,12 hijos. Creo que todo esto depende de la posición económica que tenga la persona y su nivel educativo.

La mayoría de las adolescentes embarazadas expresaron temor al uso de los métodos anticonceptivos porque tienen ideas equivocadas sobre efectos colaterales o porque no conocen detalladamente el tema.

Ellas dicen que no les gusta planificar con las inyecciones porque retarda la regla (menstruación), que la T no servía, que las pilas son abortivas.

Mónica de 15 años dice: Por una amiga me he dado cuenta de que ella no pudo tener hijos. Ella usaba las píldoras; el mismo médico se las había mandado y le había dañado la trompa.

La gran mayoría de las adolescentes carecen de conocimientos claros sobre el uso correcto de, por lo menos, un método anticonceptivo. Han escuchado información general sobre el tema pero no tienen un conocimiento profundo ni claro al respecto y emplean términos erróneos para referirse a ellos. Además, las adolescentes embarazadas afirmaron que no les gusta usar los métodos anticonceptivos.

Las adolescentes embarazadas manifiestan que el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos lleva a un embarazo no deseado, el cual ven como una tortura que finalmente puede culminar en un aborto.

Diana Marcela de 15 años dice: Pues yo, al principio, no lo acepté muy bien que digamos, yo no quería ningún bebé; siempre me habían gustado pero no tan pronto; cuando recién me di cuenta, no lo aceptaba; pero ya ahora uno dice: 'ya qué, pues ya toca', aunque hay mujeres que no se conforman y abortan.

ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS

Tema tabú, proyecto de vida, responsabilidad

Hable con adolescentes no embarazadas, expresaron temor a tratar temas de sexualidad con los padres porque estos asuntos aún son considerados como un tabú a nivel familiar.

Valentina de 14 años dice: Nunca he hablado de esto con mi mamá; a veces lo que a uno le da es temor de ellos.

Camila de 16 años dice: Yo antes no conocía nada de esto; en mi casa se tiene como un tabú; mi papá y mi mamá no me hablan directamente de sexo. Mi papá es una persona que nos cuida, pero no ha tenido esa confianza para hablar con nosotros.

Algunas adolescentes que no estaban embarazadas consideran que el uso de métodos anticonceptivos es para la planificación familiar y, por lo tanto, está directamente relacionado con el inicio de la vida matrimonial y las relaciones sexuales estables.

Sarita de 17 años dice: No estoy de acuerdo con el uso de métodos para la juventud; personalmente me gustan para cuando se inicie la pareja, porque ya los jóvenes lo utilizan como un juego. Para la juventud no, para la pareja, excelente.

Las estudiantes adolescentes sienten y piensan que las relaciones sexuales se deben asumir con responsabilidad, para no destruir sus planes futuros o sus proyectos de vida:

Estefanía de 16 años comenta: Si uno tiene un proyecto de vida y dice: yo quiero estudiar, salir adelante y cuanto tenga un futuro como bien, ahí sí, buscar un hogar y tener hijos para darles comodidad.

Si uno quiere ponerse obstáculos, no utiliza los métodos anticonceptivos. yo aspiro a muchas cosas y sé que si quedo en embarazo, no va a poder ser así. Algunas adolescentes no embarazadas ven en el uso de los MAC un factor que las favorece; manifiestan que tener relaciones sexuales en forma responsable ayudaría a mejorar su autoestima, autovaloración y su auto cuidado.

Ana María de 14 años comenta: A mí me hablaron de que uno también tiene que tener autovaloración; me tengo que valorar a mí misma; por ejemplo, que no me digan 've, dame la prueba de amor', o porque yo estaba borracha y entonces me tocó, o porque no me voy a quedar atrás o porque estamos solos en la casa.

Respecto al acceso a los MAC, las adolescentes expresan que para ellas es fácil conseguirlos en las farmacias, pero que muchas veces se sienten incómodas por la actitud imprudente de las personas que las atienden.

Karen de 16 años afirma: Uno va a una droguería y se siente incómoda porque está hablando con una persona extraña. Acostumbran vender los métodos sin ninguna información, o lo hacen en forma imprudente, satírica y con malicia.

Varones adolescentes

Temor, relaciones de pareja y proyecto de vida.

Al igual que las mujeres, los adolescentes expresan temor al uso de métodos anticonceptivos. La información que poseen sobre efectos colaterales no es correcta.

Hablando con unos cuantos hombres adolescentes me encontré lo siguiente:

Miguel de 17 años dice: Los métodos anticonceptivos repercuten en el corazón y lo dejan a uno estéril. Estos adolescentes piensan que la decisión del uso del método anticonceptivo está sólo en manos de la mujer.

Juan Camilo de 15 años dice: La mujer es la que debe informarse acerca de los métodos anticonceptivos.

Por otro lado, los amigos adolescentes de las adolescentes no embarazadas, piensan que el uso de los métodos anticonceptivos para la planificación familiar es responsabilidad de la pareja y puede contribuir al logro de sus proyectos de vida; piensan en su futuro y establecen diferencias entre las decisiones que toman los hombres y las que toman las mujeres, y entre estas mismas.

Andrés de 18 años comenta: Si es una mujer que tiene planes, o tiene pensado hacer algo en el futuro y no planifica, ahí le queda el hijo y de pronto sus planes futuros; pero si es una mujer de combate, un embarazo da lo mismo, ¡que le va a cambiar el futuro!, le da lo mismo.

Los varones adolescentes no hablan de la edad adecuada para iniciar relaciones sexuales; simplemente las inician cuando se les da la oportunidad.

Carlos Julio de 17 años dice: Yo, aquí donde estoy, ya he tenido relaciones, pero no ¿cómo se dice? conscientemente; pienso que no lo voy a hacer cuando tenga responsabilidad sino cuando se presenta la oportunidad; entonces no es que cuando se tenga madurez plena, si no que si usted está en esta edad y puede estar con una mujer, pues lo hace.

John de 15 años comenta: A veces a la novia no la dejan salir; como los padres se dan cuenta le prohíben la salida, y por eso uno sólo puede tener relaciones cuando se encuentran a escondidas.

8. QUE SE ESTA HACIENDO PARA COMBATIR Y SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE ADOLESCENTES EN EMBARAZO EN NUESTROS MUNICIPIOS

Incrementando las oportunidades de acceso a ofertas educativas, productivas, recreativas, deportivas y culturales por medio de la participación de los diferentes sectores sociales.

Desarrollando y estandarizando el modelo de la atención integral de calidad en SSR como política municipal, incluyendo la infraestructura física, equipos, materiales y métodos educativos.

Fortaleciendo las redes de apoyo.

Integrar los servicios de Promoción y Prevención.

Articulando los programas a grupos madres FAMI, juveniles, educadores, familiares y agentes multiplicadores.

Difundiendo y fortaleciendo las rutas de direccionamiento de los grupos vulnerables, en los puntos de atención y en población general.

Desarrollando investigaciones que involucren género, cultura y enfoque diferencial.

Eliminando barreras de acceso a los servicios de salud.

Facilitando la consecución de los documentos de identificación a quienes no los tengan.

Incrementando la disponibilidad de los métodos de protección y de planificación familiar.

Garantizando anticoncepción de emergencia en toda la red de servicios.

Fortalecimiento y creando nuevos servicios amigables en las ESE y las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud de Cali (valle), Facatativa (Cundinamarca) y Puerto rico (Caquetá).

ETAPAS	CRONOGRAMA DEL TRABAJO																													
PROPUESTA DE INVESTIGACION	█	█	█																											
ASESORIA DEL TEMA DE INVESTIGACION				█	█	█	█																							
RECOLECCION DE INFORMACION								█	█	█	█	█																		
REVISION DEL MATERIAL													█	█																
ENCUESTAS															█	█														
AGRUPACION DE DATOS																█														
ANALISIS ESTADISTICOS																		█	█											
TRATAMIENTO DE INFORMACION																						█	█	█	█					
SOCIALIZACION DE RESULTADOS																										█	█			
ENTREGA DE INVESTIGACION																													█	
TIEMPO EN DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26				

CONCLUSIONES

La tasa de embarazos en adolescentes en nuestros municipios, Cali, Facatativa y Caquetá se ha incrementado notablemente, siendo señal de alerta para las autoridades en Salud, para ejercer un mayor control sobre la verdadera eficacia de programas de planificación familiar.

Sensibilizar a otros estamentos que directamente se encuentran implicados en esta problemática como son: Padres de familia, Colegios, iglesias y en general todos los actores involucrados en la participación activa con los adolescentes.

Un embarazo en una adolescente, es catalogado de alto riesgo, debido a la posibilidad de parto pre término, bajo peso al nacer, pre- eclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento intrauterino entre otros.

Se puede concluir diciendo que la distribución de frecuencias absolutas de la variable Edad de las 50 adolescentes encuestadas entre 11-13 años son 12, equivalente al 24%, entre 14-16 son 25, equivalente al 50 % y entre 17-19 son 13, equivalente al 26% del total de adolescentes encuestadas.

Se afirma que de 50 adolescentes de 11 a 19 años de edad se encuentran estudiando el 60% y el restante han abandonado sus estudios, esto por un embarazo no deseado.

RECOMENDACIONES

Es recomendable que la educación sexual inicie en los primeros años de escuela ya que tienen la ventaja adicional de llegar a los jóvenes antes de iniciar una vida sexual y que sea continua e interrumpida a lo largo de sus vidas, adecuando la información al nivel de comprensión del adolescente.

Dentro de los sistemas asistenciales en todas las regiones establecer mecanismos para que se adecue de acuerdo a la planificación que se tome con respecto al tema, enfocando con naturalidad todo lo referente a la sexualidad, como también el fomento de programas nacionales de información, comunicación, y educación sexual en todos los estamentos de primer a tercer nivel de complejidad, como aporte en la salud pública de los adolescentes.

Como futuros Profesionales en Regencia de Farmacia integrantes de salud en las comunidades, invitamos a los adolescentes a que asistan a campañas de promoción y prevención de la salud, en la cual se apoyara la información sobre los métodos anticonceptivos, siendo apoyo en las labores de información minimizando riesgos de embarazos no deseados, y al mismo tiempo enfermedades de transmisión sexual.

BIBLIOGRAFIA

Modulo Curso de Profundización en fundamentos de salud Pública Unad.

Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas
<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>

www.iniciativalatinoamericana.org/

Manual de Medicina de la adolescencia. O.P.S.- O.M.S. 1996 pág. 58

Familia y Adolescencia: Indicadores de salud” O.P.S. - O.M.S. 1997

ANEXOS



CURSO DE PROFUNDIZACIÓN EN FUNDAMENTOS DE SALUD PUBLICA

TRABAJO DE CAMPO

ENCUESTA SEXUALIDAD Y REPRODUCCION EN ADOLESCENTES

Nombre: _____

Edad: _____

1. Extracto social: alto ___ medio___ bajo___
2. Vives con tus padres: si___ No___
3. Como es tu relación familiar: buena___ Mala_____
4. Tienes relaciones sexuales: Si___ No___
5. Tienes pareja estable: Si___ No___
6. Conoces métodos anticonceptivos: Si___ No___
7. Utilizas un método de planificación: Si___ No___
8. Conoces las consecuencias de un embarazo precoz: Si___ No___
9. Sabes sobre sexualidad y prevención: Si___ No___
10. Estas en embarazo: Si___ No___
11. Estudia Actualmente: Si___ No___
- 12.Cuál es su nivel académico: Primaria_____ Bachiller_____ Otro_____