

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

**YURY ANDREA BENAVIDEZ
GLORIA ELDA DORADO
DIANA SOFIA GOMEZ PARRA
WILLIAM LOPEZ RAMIREZ
DORA YENCY RUBIO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

**YURY ANDREA BENAVIDEZ
GLORIA ELDA DORADO
DIANA SOFIA GOMEZ PARRA
WILLIAM LOPEZ RAMIREZ
DORA YENCY RUBIO**

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

Asesor:

JAIRO TERAN MACHUCA

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

CONTENIDO

| | Pág. |
|---|------|
| INTRODUCCION | 4 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| 2. OBJETIVOS | 6 |
| 2.1 OBJETIVO GENERAL | 6 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS | 6 |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 7 |
| 4. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 5. MARCO CONTEXTUAL | 37 |
| 6. MARCO LEGAL | 39 |
| 7. METODOLOGÍA | 42 |
| 7.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN | 42 |
| 7.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 42 |
| 7.3 TECNICAS, RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS | 42 |
| 7.4 TRATAMIENTO DE LA INFORMACION | 43 |
| 8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 44 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| BIBLIOGRAFIAS | 62 |
| ANEXO | 63 |

INTRODUCCION

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 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

- ✚ Determinar el papel del personal de las entidades prestadoras de salud, hospitales, clínicas, centros de salud, droguerías, en los embarazos sucesivos de las adolescentes de edad media (14 a 16 años), haciendo énfasis en el papel orientador sobre el comportamiento reproductivo de este grupo etáreo. Disminuyendo 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 ESPECIFICOS

- ✚ Identificar las actividades de las entidades prestadoras de salud durante la consulta de planificación familiar en la prevención de embarazos sucesivos en los grupos 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

El estudio nos permite 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 de enfermería en este grupo poblacional. Igualmente la orientación de nosotros como regentes de farmacia que podemos prestar en nuestros sitios de trabajo.

Demuestra la importancia de la presencia de la enfermera comunitaria en la consulta de adolescentes embarazadas y el aporte que se le da, en beneficio de la población objeto del estudio.

4. MARCO TEÓRICO

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.

HISTORIA EN LA SALUD PÚBLICA

La O.M.S. analizó en fecha reciente 35 estudios sobre programas de educación sexual en escuelas de todo el mundo. El análisis llegó a la conclusión de que la educación sexual no conduce a una actividad sexual mayor o a una edad más temprana. De los 35 estudios citados, 16 encontraron que el inicio de la vida sexual se retrasó entre los jóvenes con educación y entre quienes ya eran sexualmente activos, hubo un descenso en el grado de actividad sexual o un

aumento mayor en las prácticas de sexo seguro. La encuesta también encontró que los programas que promovían la actividad sexual retrasada y protegida eran más eficaces que los programas que subrayaban Solamente la abstinencia.

Formalmente la educación sexual en Nicaragua se limita a las ciencias naturales y la ética clásica católica. También enseña que los métodos artificiales de planificación familiar podrían tener graves efectos negativos sobre la salud. En Chile se valoró el impacto de un programa de educación sexual en las escuelas, encontrando que tuvo un impacto significativo en conductas en relación con la prevención del embarazo, específicamente en uso de métodos anticonceptivos eficientes. En México se impartieron talleres vivenciales sobre temas de sexualidad a 4500 estudiantes de secundaria encontrando que:

Antes de los talleres los adolescentes tenían muchos conflictos en el manejo de su Sexualidad.

La aplicación de talleres vivenciales ayuda a los jóvenes a aclarar sus dudas y a manejar responsablemente su sexualidad.

Se considera que estos talleres logran modificar la conducta por lo que disminuye el número de embarazos no deseados y abortos en la población estudiada. En Cuba se realizó una encuesta con profesores de secundaria acerca de sexualidad, el 100% consideró muy importante abordar la sexualidad en la escuela, sin embargo al preguntarles si les resulta difícil dar este tema, más de la mitad Planificación Familiar y Algunas Perspectivas de Embarazo en Adolescentes conocimiento de causa y tenga a su disposición una gama de métodos seguros y Eficaces. El acceso a la planificación familiar está concebido como un derecho sin Distinción de cultura, condición social, raza, estado civil, religión o género. Sin embargo este servicio no se brinda a todos por igual, siendo el período de la adolescencia el más expuesto a la falta de información y servicios de contracepción. Existen políticas discriminativas sobre todo hacia la mujer adolescente, que favorecen los altos niveles de embarazo precoz, tasas significativas de aborto, etc.

La anticoncepción es poco accesible para la población adolescente a causa de tabúes sociales

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

El ser humano no se ha resignado a callar y no ha cesado de hablar de la Sexualidad y todo lo que ella implica en la vida personal, familiar y social. Mientras la literatura y la pintura se encargaron de hacer públicas las ideas y las actitudes individuales, las personas comentaban a hurtadillas, en secreto, a escondidas, los misterios del cuerpo y del placer que provocan las diferencias entre mujeres y

varones, los avatares de las conquistas y de los goces indescritibles que se originan en la fusión de los amantes. Sin duda, el mundo ha cambiado significativamente en todas sus dimensiones y ha dejado atrás gran parte de las creencias y los prejuicios que formaron parte de las antiguas generaciones. Pero ningún cambio es radical ni definitivo sino siempre incompleto, a medias. Porque así el ser humano se mantiene en perenne preocupación y atento a no dejarse llevar por la monotonía de la cotidianidad. Pese a las nuevas actitudes más libres y espontáneas, aún persisten prejuicios, desconocimientos y temores antiguos o han aparecido otros nuevos que siempre harán del tema de la Sexualidad una realidad conflictiva.

Ninguna era ha sido más nueva y renovadora que la actual. Nuestro mundo se define por el cambio, la mutación, la inestabilidad, la invención. Nada o casi nada perdura, ni las cosas ni las ideas, las posiciones subjetivas, las ideologías, los principios y los valores. Para las antiguas generaciones, el orden y las leyes, los principios y los valores poseían un alto grado de consistencia y durabilidad, lo cual les proveía de certezas, a ratos casi absolutas. Las nuevas generaciones se construyen de manera diferente: la mutación es un elemento definitorio, y en estos nuevos la Sexualidad tiene una presencia masiva y se ha infiltrado por todas partes.

Jamás en la historia de la humanidad, el mundo se ha erotizado tanto como el nuestro. Parece imposible vender un auto, un televisor, un licor o una marca de cigarrillos sin recurrir a mensajes que tomen en cuenta algún elemento de la Sexualidad. La sensualidad, lo erótico, el cuerpo casi desnudo que invita al hundimiento en placeres desconocidos, la voz que recalca que si es posible el amor gozoso; el acercamiento al otro se opera de manera mágica con la fuerza y la prestancia que brinda un cigarrillo, un vaso de licor, un auto, un perfume, la mirada de la seducción que rompe toda la resistencia. Un mundo erótico que, desde sus fantasías, crea el imaginario del poder total, de una especie de bienaventuranza impresionante.

Sin embargo, pese a ese torbellino de imágenes, de canciones, de voces, no todo está claro, las personas no necesariamente conocen más y mejor lo que es la Sexualidad, cuáles son sus dimensiones e implicaciones en la vida personal y social. De hecho, para cada mujer, para cada varón, para las niñas y los niños, no está clara la significación misma de la Sexualidad. Más aún: se tiene la impresión de que cuando más evidente se hace lo sexual y lo erótico, la Sexualidad más se encierra en sí misma, como si se tratase de un misterio que no se deja ni atrapar.

Este misterio, definitivamente, no puede ser relevado y aclarado únicamente a través de los videos, las revistas, las fotos, los manuales para mejor hacer el amor. Al final uno se pregunta qué hay detrás de todo esto, al otro lado de esa

palabra mezcla de lo sagrado y lo profano, de lo hermoso y también de lo peligroso.

Aún cuando no se lo diga claramente, las mujeres y los varones, los adolescentes y los adultos, todos ellos saben o presienten que traspasar las puertas de la Sexualidad significa adentrarse en un mundo complejo en el cual no son posibles las respuestas absolutamente claras y, menos aún, las definitivas.

Porque todos presienten que cuando se toca este tema cada quién se enfrenta a sí mismo y sin duda, cada uno de nosotros es el más complejo de los misterios que existe en la Tierra.

Allí se encuentran las preguntas más importantes de la existencia del hombre: ¿qué es la vida, cuáles son los orígenes de cada uno, qué es el placer, cómo es posible amar y adentrarse en el mundo del otro para encontrar allí experiencias indescriptibles de un gozo compartido sin anonadarse, sin desaparecer para siempre? Hay quienes, específicamente adultos, afirman saber todo sobre la Sexualidad porque creen haber vivido todo y haber pasado por todas las experiencias posibles.

Este es quizás el mayor de los errores. ¿Cómo saberlo todo, cómo abarcar en un conjunto de experiencias y sensaciones la complejidad de nuestra existencia, lo inexplicable del amor, el misterio que hace que un gesto sea una caricia y no una agresión?

Nunca ha sido fácil hablar de la Sexualidad con suficiente propiedad. Sin embargo, el pensamiento contemporáneo dice algo nuevo y de suma importancia: no es posible abordar al ser humano sino dentro de lo que la sexualidad significa para cada una de las culturas.

DEFINICION

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro y sin riesgos, el derecho a dar a luz y a criar niños saludables. Estos derechos son considerados en la actualidad como fundamentales para mantener y mejorar la salud, practicar el autocuidado y el cuidado del otro/a.

La Organización Mundial de la Salud ha definido salud reproductiva como la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos. Esto implica que las personas tengan la capacidad de reproducirse, que puedan hacerlo con los mínimos riesgos, especialmente para las mujeres durante el embarazo y el parto,

que se pueda regular la fertilidad y disfrutar de relaciones sexuales sanas y felices. También implica que los hijos e hijas sean sanos y puedan llegar en óptimas condiciones a la vida adulta. El concepto de salud sexual y reproductiva es nuevo, y todavía se debate ampliamente. Está centrado en las personas y sus derechos, más que en metas poblacionales, programáticas o políticas. En este enfoque, las personas son sujetos activos en lo que se refiere a su salud, más que objetos pasivos. Las y los usuarios de los servicios participan junto a los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí, sus parejas y sus familias. Se intenta que las visiones de proveedores y clientes se complementen, integrando los conocimientos técnicos y la experiencia del profesional con las percepciones y necesidades sentidas por las y los usuarios. Es un enfoque integral, que requiere de un trabajo interdisciplinario en el que participen, no sólo profesionales de la salud, sino también educadores, científicos sociales, etc. y la propia comunidad.

La salud sexual es el desarrollo de las capacidades de las personas que les permite tener una vida sexual placentera, segura y responsable. No se limita a la prevención de embarazos, de ITS y VIH-SIDA, o de enfermedades y disfunciones, sino que se orienta al disfrute de la vida y de las relaciones personales.

En la salud sexual se integra la parte física, emocional y social de las personas, por medios enriquecedores y positivos, para favorecer el amor, la comunicación, la responsabilidad y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Como parte de la salud sexual, resulta muy importante el derecho a la información y el derecho al placer.

¿QUÉ ES LA SALUD REPRODUCTIVA?

Es el desarrollo de las capacidades físicas, mentales y sociales de las personas en todo lo que se relaciona con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, que permita disfrutar de la sexualidad sin riesgo. Por eso, no se reduce a la ausencia de una enfermedad o trastorno en el aparato reproductivo.

Implica los siguientes elementos:

- ✚ La libertad para decidir tener o no tener hijas/os, el momento en que se van a tener y la frecuencia.
- ✚ La posibilidad de tener un embarazo, parto y post-parto sin riesgos para la madre ni para el niño(a).

- ✚ La posibilidad de tener relaciones sexuales coitales (por decisión libre y responsable) que sean gratificantes para ambas personas, y sin el peso del temor a un embarazo no planificado o una ITS/VIH-SIDA.
- ✚ La información y el acceso a métodos de protección que sean seguros y eficaces.

Como parte de la salud reproductiva, es fundamental el derecho a acceder a una sexualidad plena y enriquecedora, como parte del bienestar de las personas y las familias.

La salud sexual y reproductiva son importantes porque permiten abordar todos los aspectos relacionados con la sexualidad, su disfrute, responsabilidad, valores, mitos y falsas creencias, etc.

Además tienen una orientación preventiva en la que se busca el fomento a la salud, evitando las cosas que ponen en riesgo la salud y fortaleciendo aquellas que la protegen.

La salud reproductiva se ocupa de los procesos, funciones y sistemas reproductivos en todas las etapas de la vida. Su objetivo es permitir a los hombres y a las mujeres disfrutar de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, así como la capacidad y libertad de decidir si tener hijos, cuándo y con qué frecuencia.

Es suficientemente conocida la relación existente entre el VIH y la salud sexual y reproductiva. La inmensa mayoría de infecciones por el VIH se transmite por vía sexual o está asociada con el embarazo, el parto o la lactancia materna.

Diversos factores sociales y económicos subyacentes como la pobreza o la desigualdad entre los géneros contribuyen en igual medida a la transmisión del VIH y a una deficiente salud sexual y reproductiva. Uniendo las iniciativas destinadas a mejorar la salud sexual y reproductiva y las destinadas a dar una respuesta al VIH se multiplican las oportunidades de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, entre las que se encuentra el VIH; de prestar servicios de planificación familiar y de salud pública; y de facilitar el tratamiento y la atención a las personas que viven con el VIH.

Las preocupaciones fundamentales en cuanto a la salud reproductiva son el tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual que incrementan la vulnerabilidad a la infección por el VIH y la prevención de la transmisión materno infantil del virus. Un destinatario importante para los servicios de salud reproductiva es la comunidad de adolescentes, que tiene una necesidad especial de atención y apoyo durante la transición a la edad adulta y el inicio de la actividad

sexual, lo que resulta más apremiante aún desde la aparición del SIDA. Aun así, por diversas razones, la salud reproductiva de los jóvenes no se encuentra debidamente atendida en todas partes del orbe, y millones de ellos carecen de la información, los conocimientos y los medios necesarios para prevenir el contagio por el VIH u otras ITS, así como evitar embarazos no deseados. Por esta razón se toman alternativas con el fin de llevar a todas las personas la información requerida sobre temas de Sexualidad y Reproducción. Constituyen el pilar informativo más ampliamente exitoso las Campañas de Promoción. Son estas campañas eficientes y muy aceptadas pero no necesariamente del todo difundidas en todas las regiones del orbe, por lo cual es necesario hacer énfasis en la necesidad que existe de llevar las Campañas de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva a cada rincón de la geografía, hasta donde haya alguien que lo necesite. Así como aumentar la cifra de Talleres de Formación de Promotores.

LA SITUACION ACTUAL

Varios factores han contribuido a los cambios en las funciones y los roles reproductivo.

- ✚ Se ha postergado la edad en que se considera que un individuo es adulto y capaz de mantener una familia. La pubertad ha dejado de ser un signo de madurez y el intervalo entre la pubertad y el matrimonio o el primer embarazo tiende a prolongarse a medida que aumenta la complejidad de la cultura.
- ✚ Debido a la postergación del primer embarazo y a la duración más corta de la lactancia, los ciclos menstruales se experimentan durante varios años después de la menarquía, reaparecen entre uno y otro embarazo y continúan hasta la menopausia. Por esta razón, las mujeres están expuestas hoy a cantidades de esteroides endógenos que son un fenómeno biológico relativamente nuevo, cuyas consecuencias aún no hemos ponderado.
- ✚ Como la expectativa de vida se ha extendido, las mujeres viven varios años después de haber completado su vida reproductiva.
- ✚ Los intervalos entre embarazos se han prolongado en muchas partes debido a las prácticas anticonceptivas.
- ✚ La tecnología ha contribuido haciendo más fácil la vida cotidiana, especialmente en los países desarrollados, permitiendo realizar algunas de las funciones de supervivencia en menos tiempo.

DESCRIPCION

La política de Salud Sexual y Reproductiva, recoge los compromisos adquiridos por Colombia en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva.

NORMATIVIDAD

- ✚ Política de Salud Sexual y Reproductiva de 2003
- ✚ Resolución 412 de 2000
- ✚ Decreto 1543 de 1997
- ✚ Ley 972 de 2005
- ✚ Circular 018 de 2004
- ✚ Acuerdo 229 de 2002

METAS

De acuerdo a la circular 0052 de Diciembre de 2002, las metas establecidas para Colombia son:

- ✚ Aumentar captación de gestantes en el primer trimestre del embarazo en un 10%
- ✚ Aumentar cobertura de control prenatal institucional en un 10% (mínimo 5 controles por gestante)
- ✚ Mantener porcentaje de parto institucional en 99%
- ✚ Disminuir en un 12.5% la mortalidad materna evitable
- ✚ Mantener el porcentaje de embarazadas adolescentes en 23%
- ✚ Contar con programa de atención a la adolescente con consejería en planificación familiar
- ✚ Mantener la Prevalencia de VIH/SIDA en 0.7% en población general
- ✚ Disminuir en un 7.5% la transmisión de SIDA perinatal
- ✚ Disminuir tasa de incidencia de sífilis congénita en < de 0.5 x1.000 N.V.
- ✚ Aumentar cobertura de toma de citología de primera vez en un 11.2%
- ✚ Aumentar en 50% la detección de casos de violencia sexual e intrafamiliar con relación a l año 2002

FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente con embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la 'madre soltera'. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas.



Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años, aún así la conducta reproductiva de este grupo es una gran preocupación. En comparación con los cambios en fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como resultado del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión.

Los niños y adolescentes son el futuro de las naciones; los adolescentes de ambos sexos, que representaban en la década pasada el 20% de la población total en Latinoamérica, actualmente son el 30% de la población en la misma área. La población colombiana adolescente proyectada para el año 2003 era el 20% del total.

El sistema de salud colombiano afronta significativos problemas de salud pública, entre ellos el embarazo en adolescentes. La preocupación por este fenómeno ha aumentado y aún la comprensión del mismo es insuficiente.

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 disponibles, 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 madresolterismo, 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.

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.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual reproductiva, es uno de los temas elegidos en el municipio de Pitalito, por la alta incidencia de VIH debido a que el municipio es receptor de un gran número de desplazados, la convergencia con varias regiones aumentan el número de trabajadores sexuales entre otros factores.

SITUACION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tasa de Mortalidad Perinatal

La tasa de mortalidad neonatal para el año 2007 corresponde a una tasa de mortalidad proporcional de 0.0110 por cada recién nacido vivo. De lo anterior podemos analizar que la tasa de mortalidad por esta causa es de 1.10 X cada 100 nacidos vivos en el municipio de Pitalito.

MORTALIDAD PERINATAL DE 22 SEMANAS DE GESTACION A DIEZ DIAS DE NACIDO

| EVENTO | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------|------|------|------|------|
| ENERO | 2 | 1 | 0 | 2 |
| FEBRERO | 1 | 3 | 2 | 1 |
| MARZO | 1 | 1 | 1 | 4 |
| ABRIL | 1 | 2 | 4 | 3 |
| MAYO | 6 | 3 | 2 | 1 |
| JUNIO | 6 | 1 | 1 | 3 |
| JULIO | 2 | 1 | 3 | 4 |
| AGOSTO | 3 | 2 | 4 | 1 |
| SEPTIEMBRE | 3 | 3 | 2 | 1 |
| OCTUBRE | 1 | 1 | 1 | 3 |
| NOVIEMBRE | 0 | 2 | 3 | 2 |
| DICIEMBRE | 0 | 2 | 3 | 3 |
| TOTAL | 26 | 22 | 26 | 28 |

Comparando la línea base de mortalidad perinatal del año 2005 con 26 casos reportados respecto a los años 2007 y 2008 encontramos que el primero año hay un incremento de dos casos y con respecto al segundo un descenso de seis casos anuales.

Dentro hallazgos encontramos en los años comparativos 2007 y 2008 están:

- ✚ La falta adherencia de la usuaria al control Prenatal
- ✚ Falta toma de decisión ante IVU recurrente
- ✚ Falta demanda inducida por aseguradoras y falta comunicación entre grupo extramurales y aseguradoras
- ✚ Mejorar el proceso de calidad del dato en historia clínica y diligenciamiento de fichas SIVIGILA
- ✚ No clasificación del riesgo biopsicosocial
- ✚ Falta estrategias planificar familiar
- ✚ No se remite oportunamente al nivel de competencia
- ✚ Intervención no adecuada según ARO entre niveles.

RAZON DE LA MORTALIDAD MATERNA

La muerte materna se aumento el número de casos en los dos años comparativos, las causas de muerte del año 2007 corresponde coagulopatía de consumo, presentando hemorragias y el otro caso en una embolia de líquido amniótico, encontramos un incremento con respecto a la línea base 2005, ya que este año no se presento ningún caso.

MORTALIDAD MATERNA

| MES | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------|------|------|------|------|
| ENERO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FEBRERO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MARZO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ABRIL | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MARZO | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ABRIL | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MAYO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUNIO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AGOSTO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SEPTIEMBRE | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OCTUBRE | 0 | 0 | 0 | 1 |
| NOVIEMBRE | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DICIEMBRE | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 2 |

En cuanto al número de muertes por VIH, existe un registro de 5 casos de mortalidad por esta causa.

MUJERES DE 10 A 19 EMBARAZADAS

De 3.232 gestantes atendidas en el año 2007, 853 eran adolescentes cifra que corresponde al 26.39% del total de gestantes en el municipio.

Según el DANE año 2007, se estima una población de mujeres entre 10 y 19 años, de 11.841, que corresponde al 7.2 % del total de mujeres entre 10 y 19 años del municipio.

A pesar del aumento en los programas de Salud sexual y reproductiva, para el año 2007 se registraron 2 casos de maternas fallecidas y notable incremento en embarazos de adolescentes.

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos

La tasa de mortalidad materna por cada RCN corresponde a los 2 casos de mortalidad materna con respecto a los 2.525 nacimientos registrados, cuyo resultado nos arroja una tasa de 7.92 X 100.000 RNV.

Número de mujeres embarazadas

El municipio de Pitalito tiene un promedio de 3.232 mujeres gestantes para el año de 2007 fuente secretaria de salud municipal.

Número total de partos

| AÑOS | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| PARTOS | | | | | |
| TOTALES | 2.501 | 2.476 | 2.684 | 2.514 | 2.525 |
| PARTO ADOLESCENTES | 591 | 593 | 604 | 620 | 694 |
| % | 25.7% | 23.9% | 22.5% | 24.7% | 27.5% |

Mujeres gestantes con control prenatal

El aumento en la cobertura ha sido acorde al incremento poblacional, sin embargo se presentaron en el último año 28 muertes perinatales y dos muertes maternas lo que indica que se debe fortalecer dicho programa para incentivar la asistencia a controles prenatales y control de factores de riesgo materno neonatales.

Comportamiento trimestral de captación de gestantes

En el 2007, se programaron 2.362 gestantes, de los cuales se inscribieron en el primer trimestre el 35.9%, el segundo trimestre el 34.9% y el tercer trimestre el 27.3% de las gestantes inscritas, en síntesis o, el porcentaje de CPN (6.451 GESTANTES DE 9.486- 68%)

COBERTURA EN CONTROL PRENATAL

| MES | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ENERO | 181 | 213 | 343 | 287 |
| FEBRERO | 216 | 283 | 322 | 252 |
| MARZO | 249 | 351 | 473 | 322 |
| ABRIL | 253 | 297 | 317 | 317 |
| MAYO | 279 | 291 | 240 | 229 |
| JUNIO | 207 | 277 | 208 | 285 |
| JULIO | 195 | 269 | 269 | 324 |
| AGOSTO | 211 | 230 | 300 | 225 |

| MES | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------|--------|---------|---------|---------|
| SEPTIEMBRE | 236 | 328 | 285 | 241 |
| OCTUBRE | 204 | 217 | 259 | 317 |
| NOVIEMBRE | 186 | 245 | 334 | 324 |
| DICIEMBRE | 191 | 394 | 138 | 258 |
| TOTAL | 2211 | 3395 | 3488 | 3381 |
| PROM MENS | 184 | 283 | 291 | 282 |
| PLOB DANE | 87.589 | 102.485 | 104.834 | 107.091 |

Se atendieron 3.232 gestantes. Para una población asignada de 2. 486. Es decir 130% de atención en control prenatal del programado con un promedio de 3 controles prenatales por gestantes.

Mujeres de 10 a 19 años embarazadas

Las relaciones sexuales en los adolescentes, se está realizando sin la protección auto cuidado y responsabilidad que se requiere, con el fin de prevenir embarazos. Es el motivo por el cual tenemos un porcentaje de 25.7% de mujeres menores de 19 años en gestación.

De 3.232 gestantes atendidas en el año 2007, 853 eran adolescentes cifra que corresponde al 26.39% del total de gestantes en mi municipio de Pitalito. Población de mujeres entre 10 y 19 años. Año 2007 Dane 11.841. Corresponde al 7.2% del total de mujeres de este rango en el municipio.

Podemos prever que existen cierto grado de disfunción familiar caracterizado por la poca comunicación o una comunicación no adecuada, de tal manera que cada integrante de la familia actúa por sí mismo y se limita a relaciones interpersonales estilo “casa- hotel”.

La comunicación con base a dudas, inquietudes o solución de preguntas entre los jóvenes, queda limitada a la información que les proporcione los maestros en las escuelas, colegio o esporádicamente al acompañamiento institucional a través de las acciones de promoción y prevención.

Por último al apoyo que normalmente y con la frecuencia del caso se da entre los mismos jóvenes, y que tiende siempre a no ser mejor.

Esta situación crea un espacio de desconcierto entre los jóvenes, que los predispone a que cualquier momento, y que de manera emotiva resuelven por la opción menos favorable para ellos. Como resultado observamos repetidos casos de embarazos en adolescentes, además de otras situaciones desfavorables para la población joven y adolescentes.

Tasa de fecundidad global según cifras DANE

La tasa de fecundidad global, para el municipio de Pitalito está calculada sobre una población gestante de 3.232 mujeres con embarazo registrado, sobre un total de 33.556 mujeres de 15 a 49 años, resultado de ello tenemos una tasa de $3.232/33.556 \times 100 = 9.63\%$ de fecundidad global.

Tasa de fecundidad global según cifras del Sisben

La tasa de fecundidad global, para el municipio de Pitalito está calculada sobre una población gestante de 3.232 mujeres con embarazo registrado, sobre un total de 33.141 mujeres de 15 a 49 años, resultado de ello tenemos una tasa de $3.232/33.141 \times 100 = 9.75\%$ de fecundidad global.

Total de mujeres planificando

En Pitalito las coberturas de planificación, han aumentando acorde al crecimiento poblacional en el 2007 de las 8.470, el 66.7% corresponde a la población adulta y el 33.3% a población adolescente.

Sin embargo el 7.6% que corresponde a 853 adolescentes, presentaron embarazo, y se registraron 694 partos en esta población lo que indica que la cobertura de los programas de planificación y salud Sexual y Reproductiva está siendo insuficiente, lo que justifica el fortalecimiento que se debe dar a este tipo de programas.

PLANIFICACION FAMILIAR

| MES | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ENERO | 84 | 205 | 509 | 560 |
| FEBRERO | 329 | 401 | 562 | 694 |
| MARZO | 353 | 513 | 607 | 832 |
| ABRIL | 298 | 328 | 533 | 642 |
| MAYO | 471 | 711 | 751 | 936 |
| JUNIO | 447 | 735 | 663 | 552 |
| JULIO | 116 | 296 | 559 | 966 |
| AGOSTO | 93 | 209 | 576 | 656 |
| SEPTIEMBRE | 276 | 422 | 358 | 652 |
| OCTUBRE | 392 | 437 | 345 | 687 |
| NOVIEMBRE | 203 | 445 | 363 | 592 |
| DICIEMBRE | 382 | 543 | 301 | 699 |
| TOTAL | 3.444 | 5.245 | 6.127 | 8.470 |
| PROM MENS | 287 | 437 | 511 | 706 |
| PLOB DANE | 87.589 | 102.485 | 104.834 | 107.091 |

Presencia de casos de cáncer de cuello uterino y Seno

Es importante resaltar que la población de mujeres de 25 y 69 años, durante los últimos años ha aumentado de manera significativa. Es el motivo por el cual también ha aumentado de manera considerable las coberturas de citología.

El porcentaje de positividad de las citologías en el año 2003 fue del 0.94% y del año 2007 fue del 1.6%. La ESE Municipal garantiza la entrega oportuna de resultados entre 8 y 10 días. Además se cuenta con la ventaja ante la duda de cualquier lectura, de que repitan el procedimiento sin aumentar sus costos. De la misma manera que con los otros programas se han ampliado los procesos de caracterización de los resultados de las citologías a través de las estrategias puerta a puerta y vicolosa.

Para el año 2007 existe un reporte de 128 casos de cáncer de cuello uterino, según el plan de desarrollo, mas sin embargo dicha estadística no se lleva de manera rigurosa, ya que los reportes de mortalidad por cáncer no especifican el tipo.

NUMERO DE CITOLOGIAS TOMADAS

| MES | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------|--------|---------|---------|---------|
| ENERO | 145 | 327 | 551 | 423 |
| FEBRERO | 178 | 476 | 411 | 586 |
| MARZO | 198 | 579 | 1058 | 2153 |
| ABRIL | 276 | 718 | 759 | 2258 |
| MAYO | 349 | 624 | 1356 | 2097 |
| JUNIO | 469 | 671 | 1328 | 2911 |
| JULIO | 458 | 710 | 865 | 2209 |
| AGOSTO | 503 | 731 | 1596 | 2974 |
| SEPTIEMBRE | 542 | 654 | 1018 | 2351 |
| OCTUBRE | 409 | 749 | 1446 | 3107 |
| NOVIEMBRE | 373 | 711 | 1096 | 2918 |
| DICIEMBRE | 172 | 579 | 705 | 2324 |
| TOTAL | 4072 | 7529 | 12189 | 26311 |
| PROM MENS | 339 | 627 | 1016 | 2193 |
| PLOB DANE | 87.589 | 102.485 | 104.834 | 107.091 |

Numero de gestantes con prueba Elisa y citología

Aunque existen informes de salud Sexual y reproductiva y algunos reportes de gestantes con prueba Elisa, es de anotar que dicho informe no muestra estadísticas unificadas, ni consolidadas anualmente, tampoco refleja el numero de citologías tomadas a mujeres gestantes.

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.

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.

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.

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.

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 predisponentes 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.

Causas, incidencia y factores de riesgo

La tasa del embarazo en la adolescencia ha declinado permanentemente desde que alcanzó su punto más alto en 1990, debido en gran parte al incremento en el uso de condones.

Debido a que ningún método anticonceptivo es completamente efectivo, la abstinencia (no tener relaciones sexuales) es la única forma segura de prevenir el embarazo. Una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos, tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año.

Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate. A continuación, se citan algunas de ellas:

- ✚ 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 tienen 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.

SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LATINOAMÉRICA

Las complicaciones generadas por el embarazo en adolescentes se han convertido en una de las principales causas de muerte en este grupo poblacional, pues se estima que tan sólo en América Latina y el Caribe entre 15 y 25 por ciento de los recién nacidos tiene padres adolescentes.

Un informe del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) señala que en los países en desarrollo al menos 17 por ciento de los alumbramientos corresponde a mujeres menores de 20 años, lo que las ubica como un sector de alto riesgo y vulnerabilidad. En su reporte sobre el Estado de la Población Mundial 2004, el organismo destaca que si bien el embarazo en adolescentes disminuyó en varios países en la última década, aún se ubica como uno de los riesgos de salud más importante para las niñas de entre 12 y 19 años,

ya que cada año 14 millones de nacimientos en el mundo corresponden a ese sector de la población.

Agrega que en los países en desarrollo una de cada tres mujeres da a luz antes de cumplir 20 años, lo que genera que las madres adolescentes enfrenten mayores riesgos durante el parto, así como por un aborto realizado en malas condiciones, pues al menos una cuarta parte de éstos, estimados en 20 millones en todo el mundo, corresponden a mujeres entre 15 y 19 años, grupo en el que se producen anualmente 70 mil decesos por legrados mal practicados. Las mujeres con embarazo precoz, destaca el estudio, por razones fisiológicas y sociales tienen más probabilidades de morir en el parto, pues se estima que las madres de entre 15 y 19 años duplican la tasa de mortalidad de las jóvenes mayores de 20 años que dan a luz.

En caso de las niñas menores de 15 años, las probabilidades de fallecer en el alumbramiento son cinco veces mayores que en las que tienen más de 20 años. Al respecto, un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la sexualidad de los adolescentes en el continente señala que al menos 50 por ciento de los jóvenes menores de 20 años en América Latina y el Caribe inicia su vida sexual antes de cumplir 17 años, por lo que se estima que entre 35 y 52 por ciento de los embarazos en adolescentes no fueron planificados.

El informe de la OPS destaca que a pesar de que se han incrementado los esfuerzos para impulsar una salud reproductiva sana e integral para todos los adolescentes de la región, "muchas acciones se han concentrado en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y no en sensibilizar sobre los riesgos del embarazo precoz".

5. MARCO CONTEXTUAL

El departamento de Caquetá El departamento del Caquetá, está ubicado en el sur-oriente de Colombia y al noroeste de la región amazónica entre los 00°42'17" de latitud sur y 02°04'13" de latitud norte y los 74°18'39" y 79°19'35" de longitud oeste, representando el 7.79% del territorio colombiano.

Limita por el sur con Amazonas y Putumayo, separados por el río Caquetá, con Huila y Meta por el norte, por el este Guaviare y Vaupés, y por el oeste con los departamentos del Cauca y Huila

Pitalito está ubicado al sur del Departamento del Huila sobre el valle del Magdalena y en el vértice que forman las cordilleras central y oriental a 1.318 mts sobre el nivel del mar y a unos 188 Km de la Capital del Huila. Es considerado la Estrella Vial del Sur colombiano por su localización estratégica, que permite la comunicación con los Departamentos vecinos del Cauca, Caquetá y Putumayo.

El tamaño de su población de acuerdo con el último censo DANE 2005, en total del Municipio es de 109.375 habitantes, distribuidas 64.082 en el área urbana y 45.293 en el área rural.

Límites del municipio:

Al Norte con los municipios de Timaná, Elías y Saladoblanco, al Occidente con los municipios Isnos y San Agustín, al Sur con el municipio de Palestina y al Oriente con el municipio de Acevedo.

Extensión total: 666 Km²

Extensión área urbana:

Extensión área rural:

Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 1000-1800

Temperatura media: 18 y 21° C

Distancia de referencia: distancia de la Capital del Huila, Neiva 188 Km

Poseemos importantes fuentes económicas, que están proyectando a Pitalito como el centro de desarrollo del Sur Colombiano alrededor del cual giran muchos de los mercados de nuestro departamento y de los departamentos vecinos como el Caquetá, Putumayo y Cauca; sus principales generadoras de ingresos son el sector Agropecuario, el Comercio informal y la Prestación de Servicios.

Es considerado el primer y mayor productor de café en el País, con 11.700

hectáreas sembradas; reconocidos a nivel Internacional por la Calidad y Posicionamiento de los llamados Cafés Especiales que se comercializan en los grandes mercados mundiales. Además nos posicionamos como grandes productos en frutales de clima frío moderado entre los cuales están: la Granadilla, Mora, Lulo y Golupa.

Dinamiza la economía local con el servicio de Transporte Público de pasajeros concentrado en la Terminal de Transportes de Pitalito, única en el sur del Huila.

6. MARCO LEGAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0425 DE 2008

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales

DECRETO 3039 DE 2007

Ministerio de la Protección Social Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y del sector salud, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007 – 2010

El plan nacional de salud pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento. En el ámbito de sus competencias y obligaciones de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

- ✚ Reglamentación
- ✚ Estrategia de Movilización Social para la Implementación del Plan Nacional de Salud Pública
- ✚ Logosímbolo Plan Nacional de Salud Pública
- ✚ Presentaciones
- ✚ Indicadores en Salud - ODM
- ✚ Documentos (PNSP): Avances y retos en el fortalecimiento de la Salud Pública en Colombia

🚦 Metodología para la Evaluación del Plan de Salud Territorial

PROPOSITOS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

PRINCIPIOS

Los principios que guían el Plan Nacional de Salud Pública son los siguientes:

1. Universalidad
2. Equidad
3. Calidad
4. Eficiencia
5. Responsabilidad
6. Respeto por la diversidad cultural y étnica
7. Participación social
8. Intersectorialidad

LÍNEAS DE POLÍTICA

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, la sociedad civil

organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

7. METODOLOGÍA

7.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación realizada en el Quindío, Florencia Caquetá, Pitalito Huila, y Palmira Valle 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.

7.2 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 las 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.

7.3 TÉCNICAS, RECOLECCION Y ANALISIS 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 del Quindío, Florencia Caquetá, Pitalito Huila, Palmira y Cartago Valle.

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 del Quindío, Florencia Caquetá, Pitalito Huila, Palmira y Cartago Valle, 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 adelantara la investigación serán un total de 50 encuestadas.

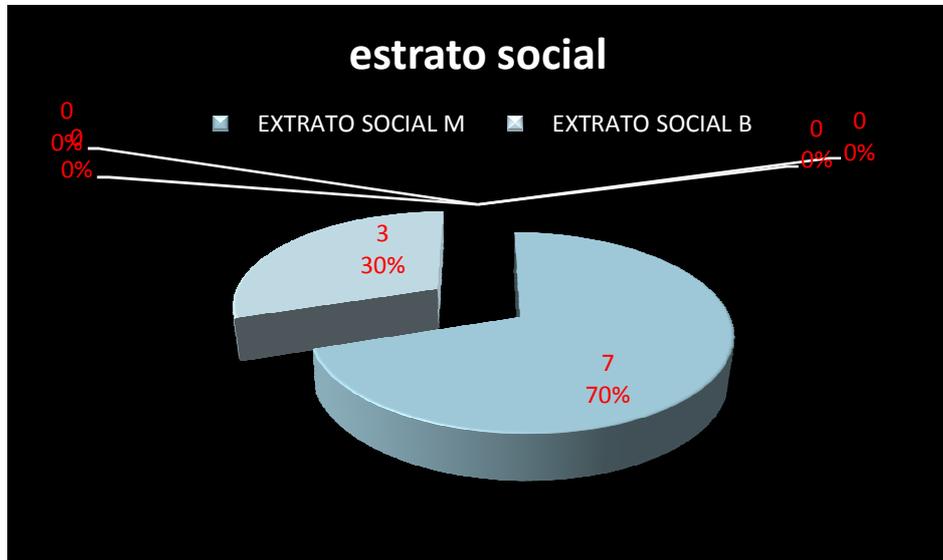
7.4 TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

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.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



| ESTRATO SOCIAL | A | M | B |
|----------------|---|---|---|
| | | 7 | 3 |

ANALISIS

La muestra de 10 preadolescentes encuestadas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes indican que 7 niñas viven en un estrato medio que equivalen a un 70% de los encuestados. Lo que indica que más de la mitad, el nivel socioeconómico es bueno.

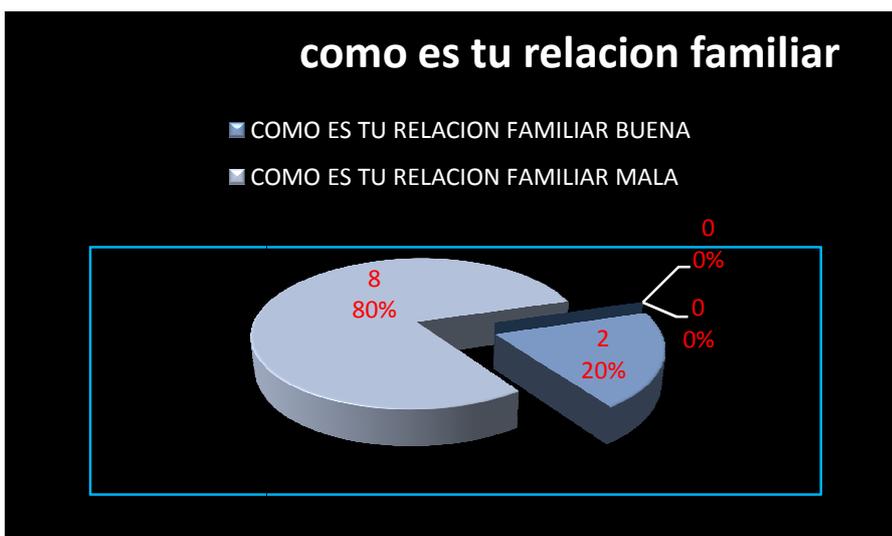
De 3 niñas preadolescentes que son un equivalente al 30% de los encuestados viven en un estrato bajo



| VIVES CON TUS PADRES | SI | NO |
|----------------------|----|----|
| | 8 | 2 |

ANALISIS

De las 10 niñas encuestadas 8 viven con los padres que equivalen a un 80% y 2 preadolescente que equivalen a un 20% no viven con progenitores.



| COMO ES TU RELACION FAMILIAR | BUENA | MALA |
|------------------------------|-------|------|
| | 2 | 8 |

ANALISIS

De las diez niñas encuestadas 8 manifestaron tener una relación mala que equivale a un 80%, y dos tienen muy buena relación familiar con los padres lo que equivale a un 20% del análisis podemos observar que no hay buena comunicación de hijos a padres.



| TIENES RELACIONES SEXUALES | SI | NO |
|----------------------------|----|----|
| | 6 | 4 |

ANALISIS

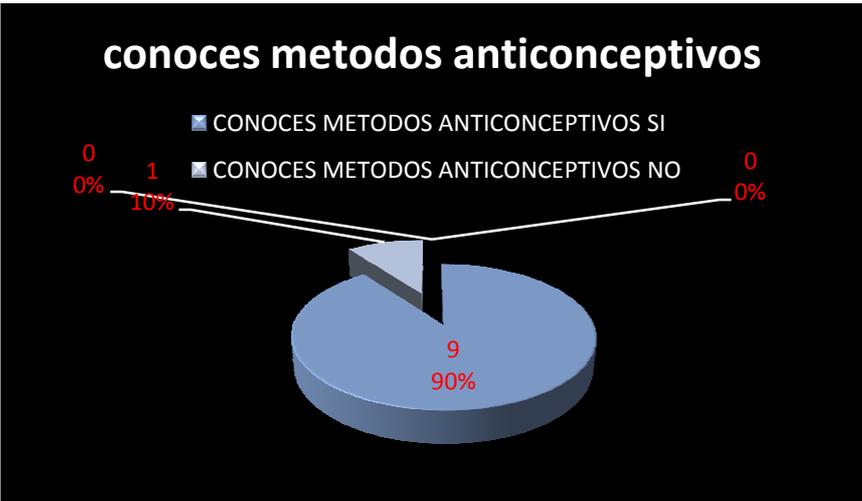
De las 10 preadolescentes encuestadas con la pregunta tiene relaciones sexuales 6 contestaron que si, lo que equivale a un 60%, y 4 niñas contestaron que no lo que equivale a un 40% lo que indica que más del 50% tienen relaciones sexuales a temprana edad.



| TIENES PAREJA ESTABLE | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| | 7 | 3 |

ANALISIS

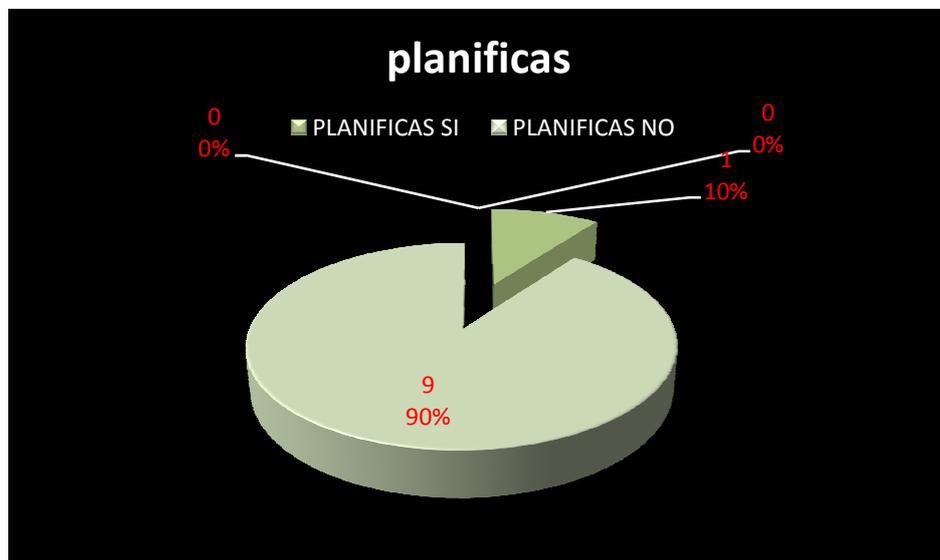
De las 10 niñas encuestadas con la pregunta si tiene pareja estable 7 contestaron que si, lo que equivale a un 70%, y 3 preadolescentes contestaron que no lo que equivale a un 30% lo que indica que la juventud inicia un vida sexual precoz y continua.



| CONOCES METODOS ANTICONCEPTIVOS | | |
|---------------------------------------|----|----|
| | SI | NO |
| | 9 | 1 |

ANALISIS

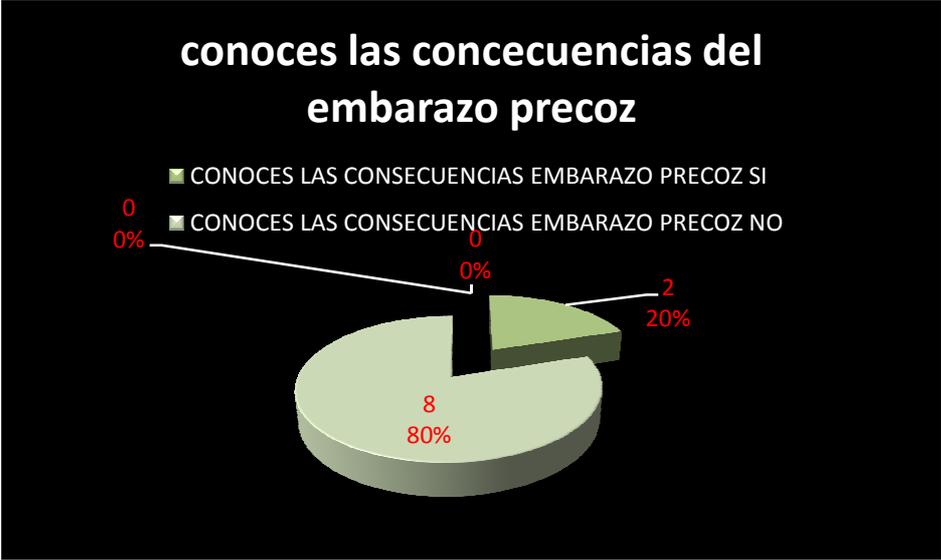
De la muestra de 10 jóvenes preadolescentes encentados con la pregunta conoce métodos anticonceptivos 9 contestaron que si, lo que equivale a un 90% lo que indica que más del 50 % conoce del tema o por lo menos a escuchado alguna vez de planificación familiar, y 1 niña contestó que no, lo que equivale a un 10%



| PLANIFICAS | SI | NO |
|------------|----|----|
| | 1 | 9 |

ANALISIS

De 10 niñas encuestadas con la pregunta que si planifica 9 contestaron que no, lo que equivale a un 90% lo que indica que no tenemos una actitud responsable frente a la sexualidad, 1 niña respondió que si lo que equivale un 10%



| CONOCES LAS CONSECUENCIAS EMBARAZO PRECOZ | SI | NO |
|---|----|----|
| | 2 | 8 |

ANALISIS

De las 10 niñas encuestadas con la pregunta conoce las consecuencias del embarazo precoz 8 contestaron que no lo que equivale a un 80% lo que indica que más de la mitad no tiene claro este concepto y por lo tanto no se concientizan de las consecuencias que esto conlleva a un embarazo no deseado. Dos niñas contestaron que si lo que equivale a un 20%



| SABES SOBRE SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN | | |
|-------------------------------------|----|----|
| | SI | NO |
| | 6 | 4 |

ANALISIS

De la muestra de 10 niñas encuestadas con la pregunta sabe sobre sexualidad y prevención 6 contestaron que no, lo que equivale a un 60%, lo que indica que el tema es difundido o por lo menos en los colegios nos han hablado de este tema. De 4 niñas encuestadas sobre esta misma pregunta el 40% respondió que no lo que indica que hay que reforzar este tema.



| ESTAS EN EMBARAZADA | SI | NO |
|---------------------|----|----|
| | 6 | 4 |

ANALISIS

De las diez niñas encuestadas sobre la pregunta estas embarazada 6 respondieron que si, lo que equivale a un 60% lo que indica que mas de



| ACTUALMENTE ESTAS ESTUDIANDO | SI | NO |
|------------------------------|----|----|
| | 7 | 3 |

ANALISIS

De la muestra de diez niñas encuestadas con la pregunta actualmente estas estudiando 7 respondieron que si, lo que equivale a un 70% lo que indica que la juventud en un buen porcentaje está estudiando

De 3 niñas encuestadas acerca de la misma pregunta 3 contestaron que no lo que equivale a un 30% lo que indica que por alguna circunstancia no ha podido continuar con sus estudios.



| QUE NIVEL DE ESCOLARIDAD TIENES | PRIM | SECUN | OTRO |
|---------------------------------|------|-------|------|
| | | 2 | 5 |



| CONOCES LAS CONSECUENCIAS EMBARAZO PRECOZ | SI | NO |
|---|----|----|
| | 2 | 8 |



| SABES SOBRE SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN | | |
|-------------------------------------|----|----|
| | SI | NO |
| | 6 | 4 |



| ACTUALMENTE ESTAS ESTUDIANDO | SI | NO |
|------------------------------|----|----|
| | 7 | 3 |



| QUE NIVEL DE ESCOLARIDAD TIENES | PRIM | SECUN | OTRO |
|---------------------------------|------|-------|------|
| | 2 | 5 | 3 |



AGRUPACION DE DATOS DE LOS MUNICIPIOS

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

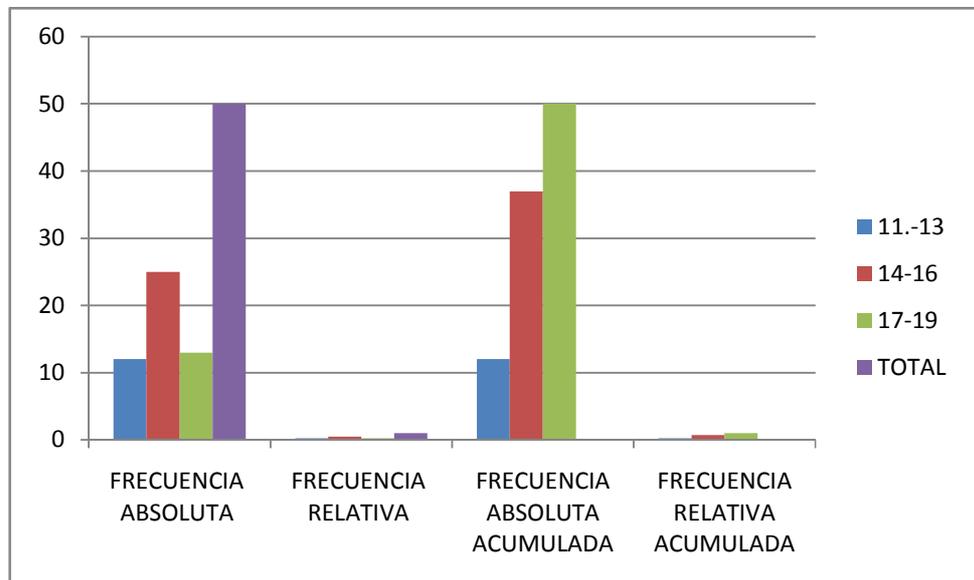
De acuerdo a los datos obtenidos en las diferentes encuestas realizadas el Quindío, Florencia Caquetá, Pitalito Huila, y Palmira Valle, encontramos lo siguiente:

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% | | |



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 | 2% | 2% | 50% |
| 12 | 5 | 7 | 48 | 5% | 7% | 48% |
| 13 | 5 | 12 | 43 | 5% | 12% | 43% |
| 14 | 9 | 21 | 38 | 9% | 21% | 38% |
| 15 | 8 | 29 | 29 | 8% | 29% | 29% |
| 16 | 8 | 37 | 21 | 8% | 37% | 21% |
| 17 | 8 | 45 | 13 | 8% | 45% | 13% |
| 18 | 2 | 47 | 5 | 2% | 47% | 5% |
| 19 | 3 | 50 | 3 | 3% | 50% | 3% |
| total | 50 | | | 50% | | |

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

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

$$Me = \frac{15 + 15}{2} = 15 \text{ años}$$

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

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

Moda = 14

MEDIDAS DE DISPERSION

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 POSICION

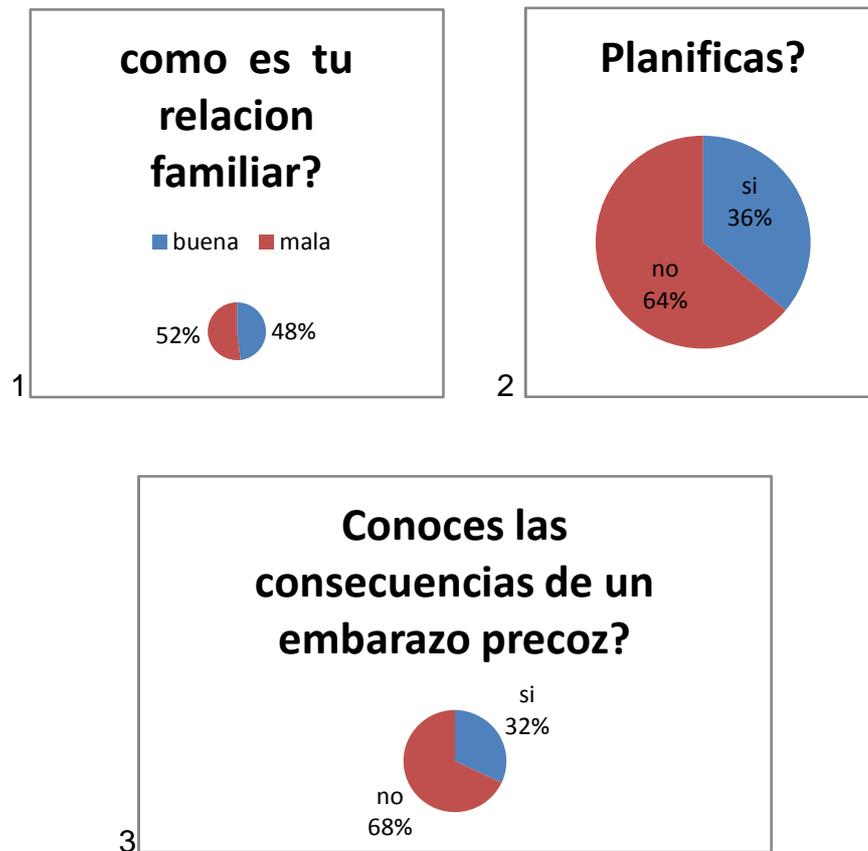
LOS CUARTILES: Son los tres valores que dividen al conjunto de datos ordenados en cuatro partes porcentualmente iguales. Hay tres cuarteles denotados Q1, Q2 y Q3.

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

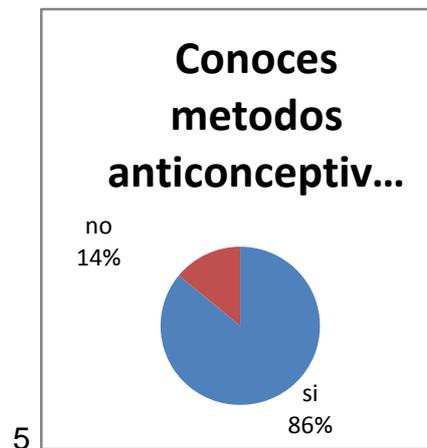
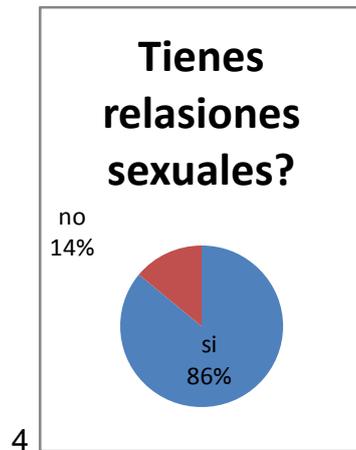
PERCENTILES: Estos datos corresponden al 1% del total de los datos, es decir los 50 datos divididos en 100 partes iguales. Para determinar los percentiles se usa la fórmula del percentil que nos ofrece Excel.

| | |
|--------------|-------|
| Percentil 25 | 14 |
| Percentil 75 | 16,75 |
| Percentil 50 | 15 |

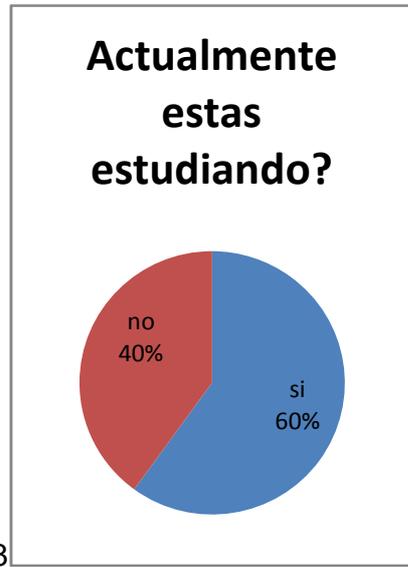
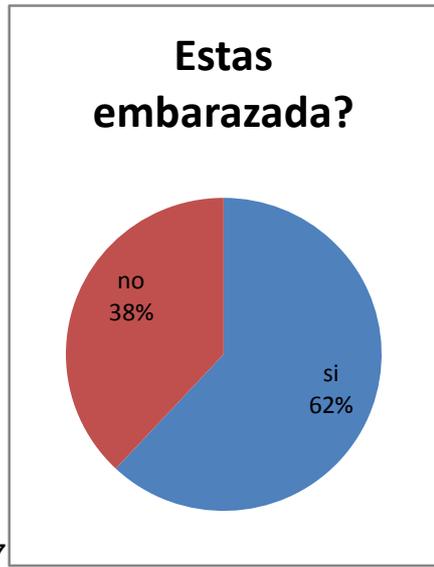
GRAFICAS DE ALGUNAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA



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.



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

CONCLUSIONES

El propósito de esta presentación es hacer un aporte para la integración de una perspectiva biológica y evolutiva más amplia en el debate sobre la situación de las mujeres y la salud sexual y reproductiva. Nuestra biología aporta el substrato sobre el que construimos lo que somos como personas y como sociedad.

Puede ser más fácil pensar en los cambios que se requieren para lograr la equidad entre los sexos y una mejor atención en salud sexual y reproductiva, si recordamos de dónde venimos en esta larga evolución y cuáles son los componentes del modelo reproductivo.

Para los que trabajamos y abogamos por la salud y los derechos sexuales y reproductivos, es importante recordar que estamos comprometidos con una tarea relacionada con la posibilidad que tiene cada persona, cada pareja y cada familia de realizar su vida plenamente. Para este objetivo puede ser útil comprender nuestra conducta reproductiva dentro del contexto de una sociedad que evoluciona.

BIBLIOGRAFIAS

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>

PROYECTO MUNICIPAL DE EDUCACION SEXUAL (<http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/03EducacionSexual.htm>)

PROGRAMAS SOBRES BIENESTAR Y VIDA (www.pfizer.es/salud/)

ANEXO

FORMATO ENCUESTAS

ENCUESTA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 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__