



**“FACTORES QUE CONLLEVAN A LAS ADOLESCENTES AL EMBARAZO Y
CONSECUENCIAS QUE ESTAS AFRONTAN”**

**TRABAJO DE CAMPO
CURSO DE SALUD PÚBLICA**

Presentado Por:

GRUPO: 252828_16

MARLGY EDENNY RODRIGUEZ ZAMBRANO

CC. 40.215.111

MARTA ISABEL GUERRERO PEÑA

CC. 43.551.551

YENNY FERNANDA REVELO

CC. 27.177.931

ARIEL AGUDELO GONZÁLEZ

CC. 7.226.835

ANGELA JOHANA NARANJO PATIÑO

CC.31.321.163

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA

Escuela De Ciencias Básicas Tecnología E Ingeniería

Yopal, Medellín, Cumbal, Bogotá, Cali

Colombia 2010

**“FACTORES QUE CONLLEVAN A LAS ADOLESCENTES AL EMBARAZO Y
CONSECUENCIAS QUE ESTAS AFRONTAN”**

TRABAJO DE CAMPO

CURSO DE SALUD PÚBLICA

Presentado Por:

GRUPO: 252828_16

MARLGY EDENNY RODRIGUEZ ZAMBRANO

MARTA ISABEL GUERRERO PEÑA

YENNY FERNANDA REVELO

ARIEL AGUDELO GONZÁLEZ

ANGELA JOHANA NARANJO PATIÑO

PARA OPTAR EL TITULO DE TECNOLOGAS EN:

REGENTES DE FARMACIA

DIRECTOR:

DILSON RIOS ROMERO

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA

Escuela De Ciencias Básicas Tecnología E Ingeniería

Yopal, Medellín, Cumbal, Bogotá, Cali

Colombia 2010

AGRADECIMIENTO A MI TRABAJO DE CAMPO DEL CURSO DE SALUD PÚBLICA.

Agradezco a la Universidad Nacional Abierta y a Distancia que es nuestro hogar de estudio, por su ayuda brindada a Dios, mis padres mis compañeros por enseñarme a luchar en esta vida llena de adversidades, por su apoyo incondicional que me dieron a lo largo de mi carrera sirviéndome de guía para luchar y concluir una de las etapas de gran importancia, ser un profesional, por brindarme la fortaleza estímulo necesario para la elaboración de mi trabajo de Campo del curso de Salud Pública y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

REFLEXION

La maternidad y la paternidad son experiencias que implican amor, compromiso y responsabilidad humana con los cuales se asegura la vida de un nuevo ser. La llegada de un bebé no debe considerarse como un accidente, achacarla a la casualidad o a los caprichos del destino. Sin embargo, a pesar de su carácter especial, las estadísticas señalan que uno de los eventos indeseables más frecuentes en la vida de una pareja, es un embarazo no deseado.

CONTENIDO

INTRODUCCION

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 UNA RESEÑA HISTORICA

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

1.2.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.2.3 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.3 EL PROBLEMA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN COLOMBIA

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

1.4.2 Objetivos específicos

CAPITULO II

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONTEXTUAL

2.1.1 DESCRIPCION DEL CONTEXTO

2.2 MARCO LEGAL

2.3. MARCO TEORICO

2.3.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

2.3.2 CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

2.3.2.1 FACTORES PREDISPONENTES

2.3.2.2 FACTORES DETERMINANTES

2.4 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

2.4.1 LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

2.4.2 ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

2.5 CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

2.5.1 CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE

2.6 ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

2.6.1 GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

2.6.2 GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- 2.6.3 GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE
- 2.7 ENFOQUE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE
- 2.8 CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE
 - 2.8.1 PRIMER TRIMESTRE
 - 2.8.2 SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE
- 2.9. ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE
 - 2.9.1 EL ENFOQUE DE RIESGO
 - 2.9.2 LA CONSULTA CON ADOLESCENTES
 - 2.9.2.1 Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta
 - 2.9.2.2 Dificultad para el vínculo con el hijo
 - 2.9.2.3 Perfil deseable del médico para atender adolescentes
 - 2.9.2.4 Contexto de la maternidad adolescente
 - 2.9.2.5 Objetivos del equipo de salud
 - 2.9.2.6 Estrategias del equipo de salud
- 2.10. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES
- 2.11. EL ABORTO EN LAS ADOLESCENTES
- 2.12. ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES

CAPITULO III

- 3. PROPUESTA METODOLOGICA
 - 3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN
 - 3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN
 - 3.3. POBLACIÓN
 - 3.4. MUESTRA
 - 3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS
 - 3.6 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
- 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS
 - 4.1 Recursos Humanos
 - 4.2 Presupuesto
 - 4.3 Cronograma
- 5. SOLUCIONES ALCANZADAS POR EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO
 - 5.1 Causas
 - 5.2 Consecuencias
- 6. SOLUCIONES EN PREVENCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN COLOMBIA

6.1 Entidades Públicas

6.2 Entidades Privadas

PROPUESTA

CONCLUSIONES GENERALES

ANEXOS

GLOSARIO

INTRODUCCION

Este tema es de gran importancia ya es preocupante en cada una de las ciudades y Municipio donde vivimos los embarazos en adolescentes, hecho que observamos con más frecuencia en los últimos años y, lo que es más grave; se produce en edades cada vez menores y destacar las consecuencias que es trae al establecer un embarazo a temprana edad y enfrentar la vida con una nueva vida que se trae al mundo sin saber para que ni por qué.

Este proyecto de campo describe los factores relevantes del porque se está presentando los embarazos a tan temprana edad, y de igual forma se destaca la dura realidad en la que las jóvenes enfrentan sin orientación este problema sin duda un problema de todo tipo. El embarazo en la adolescencia tiene unas consecuencias adversas tanto de tipo físico y psicosocial, en especial en las más jóvenes (10-16 años) y sobre todo en las pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, ya que siguen una dieta inadecuada a su estado y utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal, lo que supone una dificultad mayor para aceptar la realidad, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, pasividad, falta de respaldo, depresión y dificultad en la relación asistencial, entre otras cosas. Una de las características socio demográficas de las madres adolescentes, es la particular composición de la estructura familiar; destaca que un 17,5% de las madres siguen constando como residentes en la residencia paterna, mientras que un 15% se incorpora a la residencia del padre, un 65% crea una unidad familiar independiente y un 2,5% vive sola o con otras personas, pensiones, casas de acogida, etc.

En lo concerniente al aspecto psicológico, es conveniente que la madre adolescente reoriente toda su vida y asuma responsabilidades de adulto. Según numerosos estudios realizados, éstas desempeñan bien su papel de madre, estableciendo buenas relaciones con su hijo, no siendo menos competentes que las adultas.

Por lo tanto más allá de una investigación se quiere concientizar a los adolescentes tanto hombres como mujeres en la gran responsabilidad de traer al mundo un hijo y todas sus consecuencias a los que se ven enfrentados al comenzar una vida como padres. Las charlas educativas fueron un apoyo para el grupo de adolescentes a quien se aplicó las encuestas, quienes recibieron orientación por parte del grupo de investigación y profesionales en salud y educación sexual.

Porque es necesario identificar el riesgo reproductivo y las complicaciones asociadas, para contribuir de alguna manera a mejorar la salud materna y perinatal de nuestras ciudades y municipios en fin en todo el mundo.

El embarazo en la adolescencia tiene unas consecuencias adversas tanto de tipo físico y psicosocial, en especial en las más jóvenes (15-16 años) y sobre todo en las pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, ya que siguen una dieta inadecuada a su estado y utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal, lo que supone una dificultad mayor para aceptar la realidad, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, pasividad, falta de respaldo, depresión y dificultad en la relación asistencial, entre otras cosas. Una de las características socio demográficas de las madres adolescentes, es la particular composición de la estructura familiar; destaca que un 17,5% de las madres siguen constando como residentes en la residencia paterna, mientras que un 15% se incorpora a la residencia del padre, un 65% crea una unidad familiar independiente y un 2,5% vive sola o con otras personas, pensiones, casas de acogida, etc.

En lo concerniente al aspecto psicológico, es conveniente que la madre adolescente reoriente toda su vida y asuma responsabilidades de adulto. Según numerosos estudios realizados, éstas desempeñan bien su papel de madre, estableciendo buenas relaciones con su hijo, no siendo menos competentes que las adultas.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se hace una revisión de los argumentos comúnmente utilizados para definir al embarazo adolescente como un problema público: su supuesto incremento, su contribución al crecimiento acelerado de la población, sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño y su contribución a la persistencia de la pobreza; y se proponen algunos elementos para una posible explicación alternativa, con la intención de contribuir a definir con mayor rigor y pertinencia los problemas reales vinculados con el embarazo en adolescentes y poder diseñar políticas y programas más adecuados para enfrentarlos.

1.1 UNA REFLEXION HISTORICA

Se dice que el número de embarazos adolescentes está aumentando de manera considerable^{1,2} y que alcanza grandes cifras y altas proporciones (alrededor de 450.000 nacimientos anuales en los últimos lustros, equivalentes aproximadamente al 15% del total).^{3,4} Sin embargo, de acuerdo con el sentido común y con la evidencia disponible, no parece que sea más frecuente en México ahora que, digamos, hace cincuenta, treinta o veinte años, que las adolescentes se embaracen (y tomemos como tales, provisionalmente, a las que tienen entre 15 y 19 años de edad, que es el criterio más utilizado por quienes manejan estadísticas socio demográficas en relación con la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes); los datos lo confirman.

¹ Toro-Calzada RJ. Embarazo en adolescentes

² Fernández-Paredes Godínez-González ME. Problemas perinatales del embarazo en edad precoz.

³ Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe

⁴ . Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar 5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992

CUADRO 1					
TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD, CUADROS DE EDAD DE 15 A 19 AÑOS COLOMBIA 1974 1991					
GRUPO EDAD	1974	1978	1982	1986	1991
15-19	130	132	105	84	82
Niños nacidos vivos por cada 1000 mujeres					

Estudios realizados por demógrafos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Las adolescentes de Yopal, Medellin, Cumbal, Cali y Bogotá que quedan en embarazo tienen implicaciones de tipo psicológico, familiar y social?

1.2.1 JUSTIFICACION

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

Es una realidad que nos toca y la vemos muy cerca y repetitiva lastimosamente:

- Una de las principales razones por la cual ocurre el embarazo en adolescentes es por la falta de información sobre el uso de los anticonceptivos.
- La falta de comunicación entre padres e hijos dificulta el desarrollo de una sexualidad bien orientada.
- La presión de grupo puede ser una de las causas por la cual ocurre el embarazo en adolescentes.

1.2.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Una de las causas del embarazo adolescente es que existen muchos prejuicios en la sociedad de lo que debe hacer una mujer y de lo que debe hacer un hombre... por ejemplo, las mujeres somos señaladas si somos activas sexualmente, tenemos temor de ponernos en evidencia, pues sentimos que estamos haciendo algo malo, no podemos hablar abiertamente del tema y tampoco buscar información al respecto por lo que terminamos dando toda la responsabilidad de cuidarse a nuestra pareja. Nos da temor comprar anticonceptivos, pese a toda la información que se nos puede dar a muchas adolescentes les importa más el “qué pensarán de mi” y dejan a un lado el cuidado de su cuerpo (puede ser un embarazo no planificado o de contraer un ITS o VIH-sida).

- Falta de información, orientación y educación sexual adecuada, que nos den confianza y no nos juzguen.
- Carencia de control de los impulsos sexuales y presión grupal para tener relaciones sexuales.
- No usar métodos anticonceptivos en forma adecuada.

Ya te expliqué algunas de las causas de un embarazo adolescente... ¿parece increíble que estas cosas nos afecten tanto a los y las adolescentes, cierto? Ahora, paso a explicarte un poquito más de las consecuencias que puede traer un embarazo adolescente:

1.2.3 ANTECEDENTES 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, al respecto:

Se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etéreo entre 10 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.

En un trabajo de investigación donde se estudió La violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares refiere como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquía temprana (10 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación. Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones⁵

Es un reflejo parcial de la crisis social que enfrentan nuestros jóvenes. Se estudió un grupo de 100 adolescentes embarazadas comprendidas entre los 11 y los 19 años, ubicadas en los establecimientos de atención médica.

Las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del

⁵. modulo curso en fundamentos de de salud pública de Dr. Henry Bolaños

núcleo familiar de donde procedía. Igualmente indica el autor que la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

1.3 EL PROBLEMA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN COLOMBIA

No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que, en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por tanto, definirse como un problema público legítimo. Empero, habría que valorar su peso real en el crecimiento de la población –que probablemente es muy elevado– y circunscribirlo a ciertos sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra: en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo.⁶

La legitimidad del embarazo adolescente como problema demográfico, por otra parte, no implica que su solución se limite a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos, como se piensa a menudo. En sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana –precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente– la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a

⁶ Zambrano Libia (1996). Aragua registrada el mayor índice de embarazos precoz.

metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo.

La influencia de los medios de comunicación, la pobreza, el desplazamiento y el abandono, son algunos de los múltiples factores que se asocian con la problemática del embarazo adolescente. En este país, una de cada cinco adolescentes está embarazada.

La problemática no sería tan grave si las y los adolescentes conocieran que la Constitución desde 1991 promueve una sexualidad saludable.⁷

Tampoco lo sería tanto si esas leyes se pusieran en práctica como están maniatadas por la Constitución, porque entonces sería una “sociedad ideal para el manejo de la salud sexual y reproductiva”,⁸

A medida que los casos aumentan –en la población desplazada el 30 por ciento de las jóvenes entre 15 y 19 años está embarazadas, las consecuencias se agudizan: en el aspecto de salud, se incrementan las enfermedades de transmisión sexual, los abortos y la mortalidad materna.

En el aspecto económico, al país le cuesta mucho más un embarazo normal de una adolescente, que un programa de educación sexual eficaz y con resultados en el cambio de comportamiento de los jóvenes.

Lo cierto es que rara vez se consulta a las propias jóvenes o se estudia su vulnerabilidad al despertar de la adolescencia. “Hay mucho trabajo y pocos resultados”,

⁸ Diplomado de Sexualidad para Médicos, Guillermo Sánchez Barrera.

“Y el trabajo viene más del nivel gobierno que de las sociedades científicas, la academia y las universidades”, difunde la Red Salud.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores que conllevan a la adolescente al embarazo y las consecuencias a las que se enfrentara.

1.4.2 Objetivos específicos

- Evaluar el entorno social, económico y familiar de las adolescentes que han sido madres.
- Comprobar si las posibles causas que pueden llevar a la adolescente a un embarazo son; el consumo de alcohol u otras drogas incluyendo el tabaco .etc.
- Determinar qué información tiene la adolescente acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos.
- Establecer la relación familia /amigos de la adolescente.
- Detectar problemas de tipo social, psicológico y familiar que afrontan las adolescentes a partir del embarazo.

CAPITULO II

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONTEXTUAL

2.1.1 DESCRIPCION DEL CONTEXTO

Yopal es la capital del departamento de Casanare. Este departamento está situado al oriente del país, limita por el norte con el Departamento de Arauca, separadas por el río Casanare; por el sur y oriente el río Meta lo separa del Departamento de su mismo nombre y el Departamento del Vichada respectivamente; por el occidente limita con el Departamento de Boyacá.

Medellín es una ciudad y municipio colombiano, capital del departamento de Antioquia, situada en el noroccidente del país, en el centro del Valle de Aburra ubicado en la Cordillera Central y atravesada por el río Medellín.

Bogotá Es la ciudad capital de Colombia y centro principal del Distrito Capital, dividido en 20 localidades. Está ubicada en el centro del país, es además el centro cultural y económico más importante de Colombia y uno de los principales de América Latina.

Cumbal es un municipio que se encuentra al sur occidente de Colombia en el departamento de Nariño, El Municipio de Cumbal se encuentra localizado a 105 km al suroccidente de la capital del Departamento y limita por el norte con Ricaurte y Mallama; por el sur con la República del Ecuador y Ricaurte; por el oriente con Guachucal y Cuaspud; por el occidente con la República del Ecuador y Ricaurte.

Cali (oficialmente, **Santiago de Cali**) es la capital del departamento de Valle del Cauca en Colombia y la tercera ciudad más poblada del país, después de Bogotá y Medellín. Como capital departamental, alberga las sedes de la Gobernación del Valle del Cauca, la Asamblea Departamental, el Tribunal Departamental, la Fiscalía General, Instituciones y Organismos del Estado, también es la sede de empresas oficiales como la municipal EMCALI. Santiago de Cali fue fundada en 1536 y aunque es una de las ciudades más antiguas de América, solamente hasta la década de 1930 se aceleró su desarrollo hasta convertirse en uno de los principales centros económicos e industriales del país y el principal centro urbano, cultural, económico, industrial y agrario del suroccidente colombiano.

2.2 MARCO LEGAL

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.⁹

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, 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.¹⁰

⁹ <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>

¹⁰ <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntjoven.htm>

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando 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.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – 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.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, 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".¹¹

2.3 MARCO TEORICO

En los últimos cinco años el embarazo de adolescentes aumentó en Colombia. Mientras en 2000 la tasa fue del 19%, en 2005 fue del 21%. La situación más preocupante se registró en el Magdalena Medio, donde casi la cuarta parte de las adolescentes ya son

¹¹ Profamilia - Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1995

madres o están embarazadas. El problema es mayor en la población desplazada, donde el 63% de las jóvenes son madres¹².

Brasil y Colombia son los únicos países de Suramérica en los que se incrementaron las tasas de embarazo adolescente en los últimos años, mientras otros, como Perú y Ecuador, han logrado disminuirlas. Ante estos resultados, Gabriel Ojeda, gerente de investigación Profamilia, fue categórico al señalar que “la educación sexual ha sido un fracaso en el país”¹³.

2.3.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

2.3.2 CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

¹² Profamilia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

¹³ (El Tiempo, pp. 1-20; La Patria, 01/02/07, pp. 2B, Colprensa; El Colombiano, pp. 12A, Colprensa; Vanguardia Liberal, pp. 9C, Colprensa – 1/2)

- ❖ **Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

- ❖ **Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

- ❖ **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

- ❖ **Sociedad Alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos

sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
- Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

2.3.2.1 FACTORES PREDISPONENTES

- **Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- **Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- **Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- **Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- **Migraciones Recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- **Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

- **Fantasías De Esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- **Falta O Distorsión De La Información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- **Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

2.3.2.2 FACTORES DETERMINANTES

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación

2.4 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

2.4.1 LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

2.4.2 ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerbaban los temores por los dolores del parto; se

preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

2.5 CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

2.5.1 CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

2.6 ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

2.6.1 GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.

Antecedente de abuso sexual.

Enflaquecimiento (desnutrición).

Estatura de 1,50 m o menor.

Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.

Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

2.6.2 GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

Menarca a los 11 años o menos.

Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

Ser la mayor de los hermanos.

2.6.3 GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.

2.7 ENFOQUE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Para aplicar este enfoque es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los fenómenos y problemas del Crecimiento y Desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del adolescente, la femineidad y su entorno social

Las actividades del programa se dividen en 5 periodos según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

ALTO RIESGO		MEDIANO RIESGO
CONDICIONES INDISPENSABLES		
Ingresar a 1° nivel	Atención sólo en 1° nivel con parto hospitalario por profesionales	Atención combinada entre 1er y 2° nivel senormas
Referencia inmediata a 2° nivel		Mayor concentración
Estricta coordinación entre diferentes niveles		Actividad 1° nivel
RIESGO CORRIENTE O NO DETECTABLE		

2.8 CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

2.8.1 PRIMER TRIMESTRE.

Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada.

Metrorragias

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en y en un 5,7% de las adultas.

Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

2.8.2 SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia “ferropénica”¹⁴, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965.

Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

Amenaza De Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia, dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales.

¹⁴ BERARDI, García Hernández 1994 p.36

Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).

Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (mal nutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Desproporciones Cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

2.9. ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

2.9.1 EL ENFOQUE DE RIESGO

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), una diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de padres con conductas adecuadas, son factores protectores.

Factores de riesgo: El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia

comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario.

Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada

- Asincronía madurativa físico-emocional.
- Baja autoestima.
- Bajo nivel de instrucción.
- Ausencia de interés.
- Pérdida reciente de personas significativas.
- Embarazo por violación o abuso.
- Intento de aborto.
- Propósito de entregar el hijo en adopción.
- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente.
- Trabajo no calificado.
- Pareja ambivalente o ausente.
- Condición económica desfavorable.
- Marginación de su grupo de pertenencia.
- Dificil acceso a los centros de salud.

Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente

- Edad cronológica ≤ 14 años y / o edad ginecológica ≤ 1 año.
- Peso < 45 Kg y / o talla $< 1,45$ m.
- Estado nutricional deficiente.
- Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado.
- Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad.
- Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias).
- Tatuajes.

2.9.2 LA CONSULTA CON ADOLESCENTES

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuantos algunos elementos:

2.9.2.1 Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta

- La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.
- La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.
- Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.
- Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

- Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

2.9.2.2 Dificultad para el vínculo con el hijo

- Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.
- Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.

2.9.2.3 Perfil deseable del médico para atender adolescentes

- Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.
- Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.
- Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.
- Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la

adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

2.9.2.4 Contexto de la maternidad adolescente

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- Embarazo no planificado.
- Pareja ambivalente o ausente.
- Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
- Condiciones económicas desfavorables.
- Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

2.9.2.5 Objetivos del equipo de salud

- Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
- Fortalecer los vínculos familiares.
- Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución.
- Brindar atención perinatal integral.

2.9.2.6 Estrategias del equipo de salud

- Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, obstétrica, psicólogo, asistente social).
- Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.

- Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
- Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.

2.10. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES

En América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en alguno de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas, utilizándose la auditoría de casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales.

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes.

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades.

El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud.

2.11. EL ABORTO EN LAS ADOLESCENTES

El aborto provocado es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado. Sus causas son habitualmente psicosociales y las consecuencias de sus complicaciones son médicas.

Los países sin aborto legal carecen de estadísticas fidedignas del aborto voluntario o inducido. Las estadísticas se basan en los egresos hospitalarios de los casos complicados y en encuestas poblacionales. La información de la primera fuente se ve sesgada por razones legales, aumentando la tasa de abortos espontáneos y la tasa de complicaciones dependerá de los ejecutores clandestinos (su entrenamiento, sus recursos, los costos).

La información de morbilidad por aborto en adolescentes, está influenciada por el diagnóstico tardío del embarazo en ellas haciendo que, al acudir a "aborteros" de bajo nivel, se practiquen los abortos en gestaciones avanzadas y en malas condiciones higiénicas. Además, por desconocimiento del embarazo por parte de padres o tutores, las complicaciones del aborto de las adolescentes se reportan tardíamente, llegando en sumo estado de gravedad a la internación, con mayor mortalidad (shock séptico, anemia extrema, compromiso de vísceras por perforaciones uterinas).

2.12. ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES

Un volumen nada despreciable de embarazos en adolescentes son producto de violación. Bajo la denominación de abuso sexual se incluyen: abuso deshonesto, el coito forzado y, en algunos países, el coito entre un adulto y una menor de 12 años. Por lo general la cohesión es psicológica o engañosa. En este tema se incluye también el abuso físico psicológico, denominado maltrato infanto-juvenil.

CAPITULO III

3. PROPUESTA METODOLOGICA

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación se ubica en los niveles explicativo y descriptivo; se encarga de buscar el porqué de un embarazo precoz mediante el establecimiento de relaciones causa y efecto y determinar La dura realidad a la que se enfrentan las madres adolescentes solteras.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación se realizara bajo la modalidad de investigación documental porque se tomaron datos de fuentes documentales escritas. También se clasifica como investigación de campo ya que se recolectaran datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin alterar variable alguna.

3.3. POBLACIÓN

Los embarazos en adolescentes constituyen una población finita, ya que solo comprende las jóvenes que estén embarazadas y cuyas edades oscilen entre los 12 y 19 años (según la organización mundial de la salud). La población accesible a esta investigación son todas las jóvenes que acuden a consultas de Control Prenatal en hospitales del estado en ciudades de Yopal, Medellín, Cumbal, Cali, Bogotá.

3.4. MUESTRA

En este caso la muestra será seleccionada de acuerdo al muestreo no probabilístico en la modalidad de causal o accidental. La selección de la muestra será realizara los días 18 y 20 de Septiembre a las jóvenes que acudan dicho día en:

Yopal, La encuesta se desarrollo en el barrio ciudadela San Jorge.

Medellín, El barrio san Javier, en el centro de salud (metro salud) y consultorios aledaños al centro y a personas que transitaban por el barrio.

Cumbal, Se realizo en el barrio San Antonio.

Bogotá, se realizaron en colegios distritales de la localidad de Bosa. Y 3 más en localidad de Suba. Correspondientes a estratos 2.

Cali, las encuestas fueron realizadas en el sector de los Lagos segunda etapa de Cali.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utiliza un cuestionario de 13 preguntas directamente en las áreas y/o zonas seleccionadas en cada municipio.

Se escogieron los días 18 y 20 de Septiembre para la realización de las encuesta.

3.5.1 TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO DE DATOS

Con la información obtenida en las encuestas se procederá a analizar los datos y tabular los resultados, por ciudad y sacar conclusiones

3.6. ANALISIS E INTEPRETACION DE RESULTADOS

Se encuestaron 100 adolescentes en las ciudades de Yopal, Medellín, Cumbal, Cali y Bogotá los días 18 y 20 de Septiembre respectivamente en los barrios así:

Yopal, La encuesta se desarrolló en la ciudadela San Jorge.

Medellín, El barrio san Javier, en el centro de salud (metro salud) y consultorios aledaños al centro y a personas que transitaban por el barrio.

Cumbal, Se realizo en el barrio San Antonio.

Bogotá, se realizaron en colegios distritales de la localidad de Bosa. Y 3 más en localidad de Suba. Correspondientes a estratos 2.

Cali, las encuestas fueron realizadas en el sector de los Lagos segunda etapa de Cali.

PREGUNTAS:

ANALISIS COMPARATIVO

EDAD					
MEDELLIN La edad promedio: Entre 14-15 años con el 75%	BOGOTA La edad promedio: Entre 16-19 años con el 90%	YOPAL La edad promedio: Entre 14-19 años con el 80%	CUMBAL La edad promedio: Entre 12-16 años con el 35%	CALI La edad promedio entre 13 años y 17 años con el 35%	Observamos que la edad por promedio mas alto en adolescente s embarazada s es muy alarmante, en estas cuatro ciudades, siendo el porcentaje más alto en Bogotá

QUE TE MOTIVO A TENER REALACIONES SEXUALES

MEDELLIN La curiosidad con el 35%	BOGOTA La falta de afecto con el 25%	YOPAL La curiosidad con el 35%	CUMBAL La curiosidad con el 35%	CALI La curiosidad con el 45%	Observamos que el motivo para tener relaciones sexuales, fue por curiosidad, en tres de las ciudades encuestadas
--	---	---	---	---	---

HA UTILIZADO METODOS ANTICONCEPTIVOS

MEDELLIN Solo el 10% dijeron que si	BOGOTA Solo el 60% dijeron que si	YOPAL Solo el 35% dijeron que si	CUMBAL Solo el 25% dijeron que si	CALI Solo el 35% dijeron que si	Observamos que es muy poco el porcentaje de adolescente en utilizar métodos anticonceptivos, el promedio más alto fue Bogotá, apenas con un 60%
--	---	--	---	---	---

INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

MEDELLIN El 55% de las adolescente dice SI	BOGOTA El 15% de las adolescente dice SI	YOPAL El 55% de las adolescente dice SI	CUMBAL El 80% de las adolescente dice SI	CALI El 65% de las adolescente dice SI	Observamos que las adolescentes en algún momento si han recibido orientación sobre métodos anticonceptivos, el problema es que no los han tenido en cuenta
---	---	--	---	---	--

QUEDASTE EN EMBARAZO

MEDELLIN El 80% de las adolescente	BOGOTA El 65% de las adolescente	YOPAL El 40% de las adolescente	CUMBAL El 85% de las adolescente	Observamos que las adolescentes refieren haber quedado en embarazo por accidentes ya que practicaban de métodos no confiables.
---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Recursos humanos

Se cuenta con la participación de alumnos de Regencia de Farmacia del grupo 252828_16 para la aplicación de encuestas y recolección de información.

- Asesores:

MARLGY EDENNY RODRIGUEZ C.C 40.215.111

JENNY FERNANDA REVELO cc

ANGELA JOHANA NARANJO C.C 31.321.163

MARTA ISABEL GUERRERO PEÑA C.C 43.551.551

ARIEL JACINTO AGUDELO C.C 7.226.835

Funciones:

Marlgy:

- asesora líder del trabajo de campo e informe del trabajo de campo
- Escoger el tema a investigar
- Dar las pautas a seguir: en la investigación del tema, y orientar a cada asesor, verificar cada aporte realizado, y motivar al grupo.
- Designando tareas y fechas de entrega según cronograma.
- Realización del formato único de la encuesta para la toma de la muestra de la población, y la realización del informe escrito con las estadísticas y análisis de los resultados de las variables, desarrollada en la ciudad de Yopal.
- la parte estadística.

- Unificar el informe escrito y subirlo a la plataforma.

Jenny:

- Asesora
- Investigar acerca del tema escogido.
- Realizar aportes al informe escrito: sobre el tema investigado, realización del marco referencial
- Desarrollar trabajo de campo
- Realización del formato único de la encuesta para la toma de la muestra de la población, y la realización del informe escrito con las estadísticas y análisis de los resultados de las variables, desarrollada en la ciudad de Cumbal.

Ángela:

- Asesora
- Investigar acerca del tema escogido.
- Realizar aportes al informe escrito: sobre el tema investigado
- Desarrollar trabajo de campo
- Realización del formato único de la encuesta para la toma de la muestra de la población, y la realización del informe escrito con las estadísticas y análisis de los resultados de las variables, desarrollada en la ciudad de Cali.

Marta:

- Asesora y coordinadora del trabajo de campo
- Desarrollo de los puntos del informe: justificación, aspectos administrativos (recursos humanos, presupuesto y cronograma), desarrollo comparativo de los informes estadísticos realizados por cada integrante del grupo de cada ciudad y municipio; colaboración en el desarrollo del formato único encuesta,

- apoyar a la líder, promoviendo las acciones a seguir: designar los puntos que faltan a los asesores y colaboradores del equipo, a subir aportes.
- Realización del formato único de la encuesta para la toma de la muestra de la población, y la realización del informe escrito con las estadísticas y análisis de los resultados de las variables, desarrollada en la ciudad de Medellín.
- Colaborar con la unificación del informe escrito.

Ariel:

- Asesor
- Investigar acerca del tema escogido.
- Realizar aportes al informe escrito: sobre el tema investigado
- Desarrollar trabajo de campo
- Realización del formato único de la encuesta para la toma de la muestra de la población, y la realización del informe escrito con las estadísticas y análisis de los resultados de las variables, desarrollada en la ciudad de la ciudad Bogotá.

4.2 Presupuesto.

Gastos de investigación.....	120.00
Copias fotostáticas.....	20.00
Tipeado del proyecto.....	35.00
Pasajes.....	20.00

Total..... _____
215.000 \$

4.3 Cronograma.

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1.Consulta bibliográfica	Día 20 AL 30			
2.Planteamiento del Problema	Día 28 AL	Día 1		
3.Elaboración del proyecto		Día 11		
4. Tipiado del proyecto		Día 11	Día 14	
5. Presentación del proyecto			Día 15 revisión Día 29 final	
6. Sustentación del proyecto			Día 20	Día 5

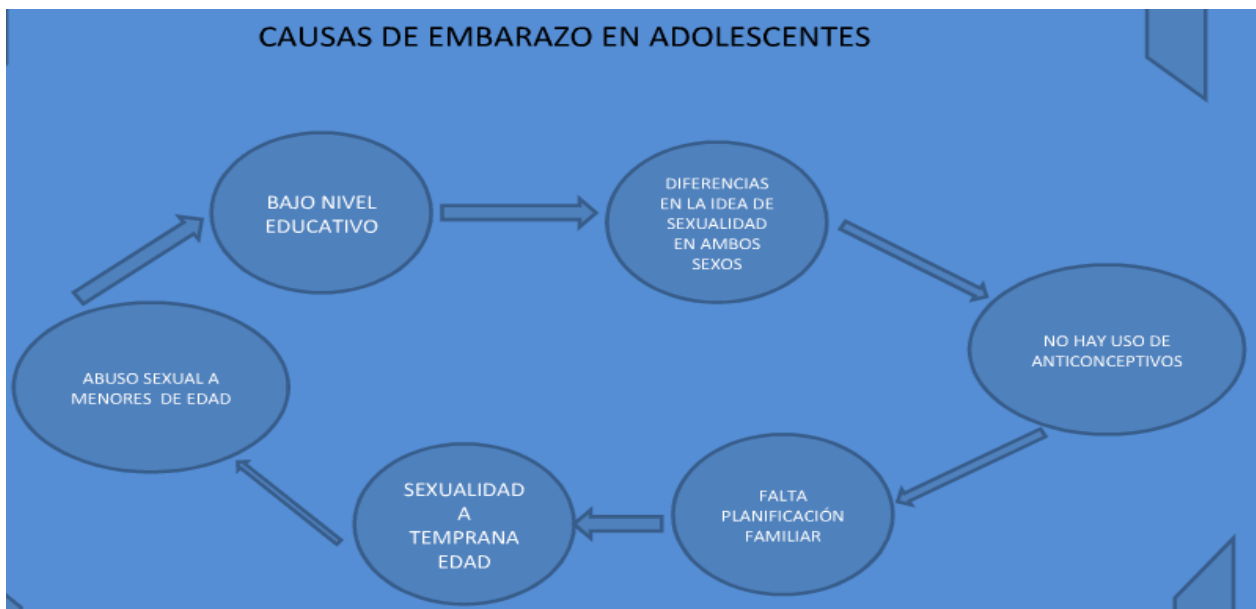
5. SOLUCIONES ALCANZADAS EN EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO

Asumiendo la segunda etapa de nuestras vidas, la delimitación de la adolescencia con características propias biopsicosociales, como transición que generalmente vivimos los

seres humanos entre la niñez y la edad adulta. En este proceso, encontramos cambios biológicos evolutivos, social-adaptativos, físicos, somáticos, cambios funcionales, psicoemocionales y sexuales.

La OMS la establece como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años con sub etapas relacionadas con los cambios que se presentan.

Una vez marcada esta definición, entraré a tratar el tema central concerniente al embarazo en esta etapa como problema de salud pública debido a que este fenómeno refleja insuficiencias en la educación, la falta de valores, permisividad de padres de familia y problemas en el núcleo familiar, influencia errada de los medios de comunicación, rebeldía y el hecho de que estos casos se presentan con mayor frecuencia en estratos bajos producen un aumento significativo de la pobreza, adicional, presentaré una síntesis de los programas implementados por entidades estatales y privadas con el fin de solucionar en parte esta compleja problemática.



5.1 CAUSAS, poca efectividad de los planes de educación sexual dirigidos a los adolescentes, falta de valores familiares, desconocimiento de uso de métodos anticonceptivos.

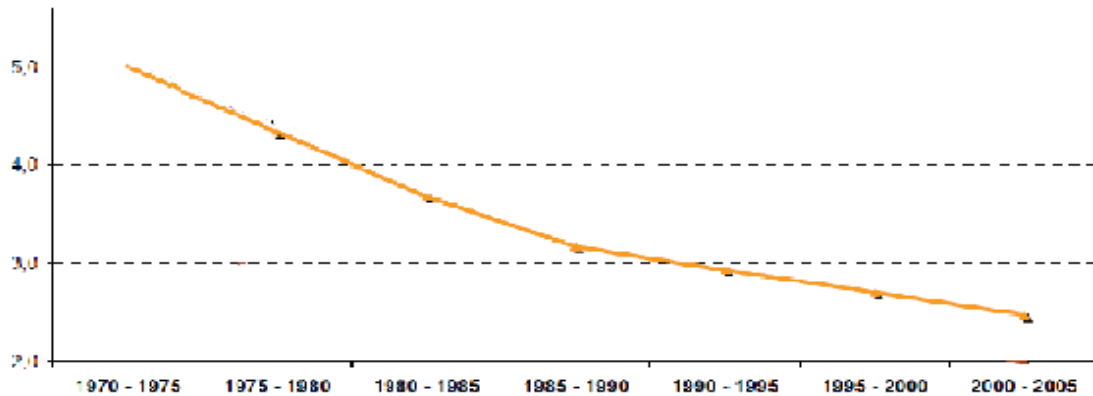
5.2 CONSECUENCIAS, En mujeres mencionaremos los problemas físicos, deserción escolar, inestabilidad en la relación, posibilidad de más embarazos, se presentan cambios en el proyecto de vida, reducción de las perspectivas económicas, perdida de la imagen social, rechazo por parte de la familia, falta de oportunidades. En hombres, irresponsabilidad en su paternidad, deserción escolar. Empleo sin condiciones legales, inestabilidad emocional.

Prevención del embarazo en la adolescencia

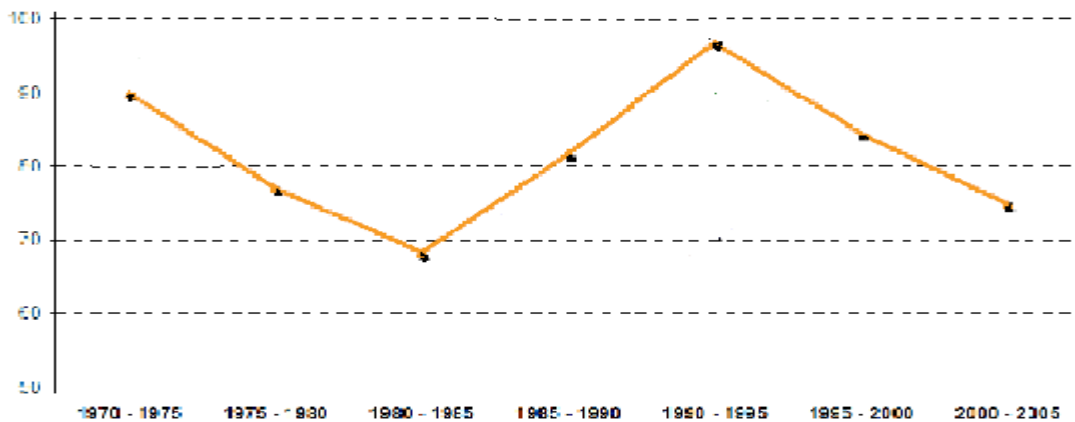


Para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, lo importante en la prevención está en comprender y escuchar a los y las adolescentes en lo referente a sus gustos, deseos, necesidades y expectativas, y conjuntamente encontrar caminos que conduzcan a manejar este tema con responsabilidad y seriedad. Fortalecer además el diálogo entre padres es una estrategia determinante para incidir en la toma de decisiones asertivas frente a la sexualidad.

**A. Tasa Global de Fecundidad 1970-2000
(Hijos por mujer)**



**B. Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes
1970-2000 (Hijos por mil mujeres de 15-19 años)**



6. SOLUCIONES EN PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN COLOMBIA

6.1 Entidades públicas:

Aunque el **Código Penal colombiano**, Ley 599 de 2000, advierte que es un delito cualquier acto sexual con un menor de 14 años, el número de casos denunciados no es consecuente con las cifras de niñas embarazadas, a partir de datos estadísticos del DANE se ha confirmado que entre los años 2006 y 2008 nacieron 19.662 niños hijos de madres cuyas edades oscilan entre 10 y 14 años. Las denuncias apenas superan las

9.000, lo que hace presumir que no todos aquellos que tuvieron conocimiento de estas situaciones las denunciaron.

La Dirección de protección y servicios especiales de la **Policía Nacional** reconoció que es evidente que existe un desconocimiento tanto normativo como procedimental, por lo que considera pertinente que la Fiscalía General de la Nación, como autoridad judicial competente para investigar y acusar, lidere una mesa interinstitucional donde se debata y se desarrollen actividades preventivas, de atención y de investigación judicial.

A su vez, **la Fiscalía** impartió directrices en el nivel nacional para que en las direcciones seccionales se lleve a cabo una coordinación interinstitucional con las secretarías de salud, de modo que cuando se registre un caso en el que se expida el certificado de nacido vivo y la edad de la progenitora esté entre 10 y 14 años, se ponga en conocimiento de las autoridades para iniciar la investigación pertinente.

El 10 de mayo de 2006 **la corte constitucional** dictó jurisprudencia al legalizar el aborto en Colombia que aunque no lo considero, solución ética si debo mencionarlo por su origen en entidades públicas, adaptado para tres casos específicos:

- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

En prevención de embarazos para adolescentes mayores, **El Ministerio de la protección** considera que un 18 por ciento de los adolescentes en Colombia, entre los 15 y 19 años, no usa o no tiene acceso a los métodos anticonceptivos. Es decir que

existe una demanda insatisfecha en el país en este tema para lo cual implementa campañas actualmente.

Una campaña contempla acciones como las siguientes:

- Canalizar a los adolescentes hacia programas que se ofrecen para ellos a través de servicios de salud, con el fin de realizar la consejería y el ingreso a las actividades de promoción de salud sexual y reproductiva.
- Formar a los prestadores de servicios de salud en el abordaje adecuado del tema durante encuentros con adolescentes, a fin de mantenerlos vinculados a los programas de salud sexual y reproductiva.
- Promover mecanismos para facilitar el acceso de adolescentes a métodos anticonceptivos apropiados.

El embarazo adolescente también es contemplado en el plan nacional de salud pública del ministerio de la protección para los años 2007 a 2010 en cuanto a salud materna e infantil y en prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En los últimos años se ha presentado en Colombia un interés particular por la educación sexual promovida especialmente por la ley 115 expedida por el **Ministerio de Educación Nacional**. Los colegios han desarrollado proyectos encaminados a orientar este proceso. Algunas de sus acciones se han centrado en proporcionar información sobre los cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, la utilización de los métodos de planificación familiar y el conocimiento de algunas enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, las estadísticas demuestran un incremento en la actividad sexual prematura y en el predominio de madres adolescentes

El 13 de agosto de 2010 **La alcaldía mayor de Bogotá**, lanzó la campaña de Prevención en Salud Sexual y Reproductiva “Que tu primer amor sea el amor propio”. Este programa cuenta con el apoyo de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, en alianza con la Secretaría de Salud del Distrito y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el objeto de prevenir el embarazo y las infecciones de

transmisión sexual, incluido el VIH/Sida, en todos los(as) jóvenes de la capital, con énfasis en los integrantes del Proyecto Misión Bogotá.

La campaña promueve una sexualidad responsable en adolescentes y jóvenes de la ciudad, que favorezca su autonomía, el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, y unas buenas prácticas de auto cuidado.

El acto de lanzamiento contó con la participación de profesionales expertos en temas de prevención y sexualidad juvenil, dentro de una jornada de sensibilización sobre la materia, con actividades lúdicas y musicales, que permitieron a los asistentes tomar conciencia sobre la necesidad de planear y prevenir con respecto a este tema.

Al certamen asistieron también representantes de las diferentes EPS donde se encuentran afiliados los guías, con el propósito de acercarlos a éstas, y facilitar su acceso, de manera oportuna, a los diferentes servicios en salud sexual y reproductiva, a los cuales tienen derecho.

El ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) Es el organismo estatal que promueve la prevención del embarazo en adolescentes en todo el país, a través de foros Regionales, campañas, actividades educativas con personal especializado.

6.2 Entidades privadas:

Profamilia, La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, Profamilia, es una entidad privada sin ánimo de lucro especializada en salud sexual y salud reproductiva que ofrece servicios médicos, educación y venta de productos, expone que para prevenir un embarazo en adolescentes:

- Gozar de una sexualidad placentera, libre de riesgos y a vivirla de una manera responsable.
- Decidir si quieres tener hijos(as) o no y cuando tenerlos (as).
- No tener relaciones sexuales también es una opción. Las personas no deben dejarse presionar u obligar a realizar actos sexuales que no desean.
- Conocer y usar métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

- Entender que un embarazo no soluciona los problemas familiares.
- Saber que el condón es el único método que ofrece doble protección, previene, al mismo tiempo, embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA.
- Recibir información en salud sexual, reproductiva y sexualidad en general es un derecho. Lo importante es obtenerla de una fuente experta y confiable.
- Si tuviste un accidente anticonceptivo, por ejemplo, se rompió el condón o se deslizó dentro de la vagina, lo olvidaste, falló tu método, o fuiste víctima de abuso sexual puedes usar la anticoncepción de emergencia antes que transcurran 72 horas, para prevenir el embarazo.
- Saber que todas las decisiones que tomas en tu vida implican riesgos. Por eso es importante que no permitas que otros tomen la decisión por ti. Es mejor que estés informado e informada.

Fundaciones y organizaciones como FUNDEA, se especializan en asistencia a adolescentes embarazadas.

PROPUESTA

Nuestra propuesta no es resolver el problema, sino intentar darle una explicación lógica y proponer medidas para disminuir el problema ya que resolverlo es imposible, nuestra propuesta está en tres pasos, La primera y la segunda van dirigidas a los padres de familia, como evitar que esta problema se presente mediante una comunicación con sus hijos y en encaso de que la adolescente este en embarazo que hacer. La tercera un decálogo dirigido a la adolescente del porque evitar un embarazo en la adolescencia.

Deseamos realizar un folleto a manera de información con esta propuesta y difundirla en los hospitales de las zonas en las que realizamos las encuestas. Como contribución

a un aporte a esta problemática social que día a día está en aumento, y lastimosamente desencadena otros problemas de índole social. Siempre nos centramos en la adolescente pero tenemos que partir desde el origen “la familia”

Actualmente, uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes que comienzan su actividad sexual es el embarazo no planificado o no deseado.

PRIMERO

INFORMACION Y ORIENTACION DE LOS PADRES A LOS HIJOS ADOLECENTES

Como padres, luchamos para que nuestros hijos tengan un mejor futuro, una buena educación, trabajo y desde luego, felicidad. En este país, ese futuro se ve afectado por un alarmante índice de embarazos juveniles. Es un tema delicado pero, ¿quién mejor que nosotros, sus primeros maestros, para orientarles en este momento tan importante de sus vidas? Ellos mismos dicen que prefieren que sus padres les hablen sobre este tema.

Esperamos que los siguientes consejos le ayuden a guiar a sus hijos a tomar buenas decisiones en sus vidas y también, a evitar el embarazo juvenil.

- Tratemos de dejar atrás las ideas anticuadas que nos impiden comunicarnos honestamente con nuestros hijos: hablemos con ellos --niñas y niños--abiertamente sobre el amor, las relaciones y la sexualidad.
- Si usted cree que no es fácil hablarle, no está solo; hay muchos padres en su misma situación. Si su adolescente se hace el "sabelotodo", no se desanime. Lo que ocurre es que a él/ella se le hace tan difícil tocar este tema como a usted. La realidad es que sus hijos quieren que usted sea la persona que les hable. Después de todo, los padres son los primeros maestros de sus hijos y por lo tanto, los hijos confían en los padres.

- Comencemos a hablar sobre la sexualidad desde temprana edad y con frecuencia. Desde pequeño, el niño tiene curiosidad por su físico. Si comienza a explicarle paso a paso los cambios que ocurren en su cuerpo, cuando llegue el momento de entrar en detalles será menos incómodo para los dos. También puede aprovechar para hablarle de sus sentimientos, ya que el niño está desarrollándose también en el aspecto emocional y social: él/ella está conociéndose a sí mismo y aprendiendo a comportarse en el mundo que le rodea. No espere a que su hijo sea grande para tener una sola conversación. Piense que la vida es una escuela y que usted, como padre, es el mejor maestro.
- Supervisemos las actividades de los hijos sin dejar de entender que ya no son niños, sino jóvenes adultos que necesitan cierta independencia. A esta edad sus hijos pasan de ser niños a ser adultos. Habrá momentos en que se comporten como chiquillos, durmiendo con un muñeco favorito o coleccionando tarjetas de deportes, y habrá otros en que se rebelen cuando usted comienza a limitar sus salidas y horarios. Dese cuenta que ésta es la etapa más sociable de los chicos y propóngase a conocer a sus amigos (recuerde que ellos tienen gran influencia.) Si usted trata a su hijo de manera justa y calmada, puede que él/ella comprenda que su único interés es el de protegerle.
- Los padres tenemos derecho a saber con quién salen nuestros hijos. Cuando un hijo entra en la adolescencia, a los padres nos toca supervisar su vida social. Para ello nos vemos obligados a poner ciertas medidas. A los adolescentes más jóvenes debemos aconsejarles que salgan con amigos, en grupo. Y cuando les llegue el momento de salir en pareja, entonces nos queda recomendarles que traten de hacerlo con chicos(as) de su misma edad. Podemos explicarles, por ejemplo, que las chicas que salen con jóvenes de mucha más edad se exponen a una presión mayor y se arriesgan a situaciones peligrosas, como un contacto sexual no deseado.
- Es bueno que estemos al tanto de lo que nuestros hijos ven, leen y escuchan. En la televisión, las revistas y la radio abundan mensajes que pueden confundir y

hasta perjudicar a los jóvenes. Esté al día con la información que recibe su hijo y aproveche para aclararle esos mensajes. A veces un simple comentario puede servir para iniciar una conversación importante y productiva.

- Ayudemos a los adolescentes a fijar metas y a explorar opciones para el futuro. Pregúntele a sus hijos cuáles son sus intereses, qué quieren ser, qué quieren lograr. Ayúdeles a comprender las consecuencias que pueden tener las cosas positivas --o negativas-- en su futuro. Explíqueles que --especialmente en este país-- una educación o un oficio y un poco de independencia económica son importantes si ellos quieren alcanzar sus metas. Explíqueles también cómo un embarazo prematuro podría tener efectos negativos, ya que ellos serían los responsables de atender y proveer para el bebé. Si usted ayuda a sus hijos a entender las consecuencias de sus actos, es más probable ellos que tomen buenas decisiones ahora.
- Tengamos en cuenta que la labor de un padre nunca termina. No importa cuál sea su edad; de una manera u otra, los hijos siempre necesitarán de sus padres. Cultive una buena relación con ellos, tratándoles con amor, paciencia y respeto a través de sus vidas. Recuerde que cuando los padres y los hijos se llevan bien, comparten no solamente el cariño sino también una buena comunicación.

SEGUNDO

SI TU HIJA ADOLESCENTE ESTA EMBARAZADA QUE HACER.

Si tu hija está embarazada el apoyo de su familia es lo más importante en esos momentos. La comprensión y el amor de sus padres son esenciales en esta situación tan difícil para ella, y será más soportable con el apoyo de los padres manteniendo una actitud positiva.

Por otra parte, debes asegurarte de que reciba atención médica y lleve un control de su embarazo ya que sólo de esta manera es posible evaluar eficazmente su nutrición, estado de salud general y desarrollo embrionario. También es útil que se le brinde terapia psicológica para que afronte el reto de la maternidad con mejores elementos.

La familia de los jóvenes ante un embarazo debe recibir apoyo psicológico porque también se ve afectada con la noticia.

Los padres de los jóvenes no deben obligarlos a casarse por un embarazo, ya que sólo se crean nuevas dificultades. Si el matrimonio se da por obligación y no por convencimiento, puede haber consecuencias como violencia en el hogar o rechazo al niño.

Los padres además deben enfocarse a prevenir un segundo embarazo, informando a sus hijos sobre los métodos anticonceptivos y orientándoles acerca de cómo complicaría más su situación con un segundo hijo.

Si en definitiva la familia no decide apoyar a la joven, al menos deben buscarle una institución donde le puedan brindar el apoyo que necesita

TERCERO

DECALOGO PORQUÉ EVITAR EL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA

1. Tu joven adolescente antes de cumplir tus 19 años debes completar tu propia formación como ser humano, evitar la deserción escolar o el retraso en tus estudios, así como la natural evolución que te permite consolidarte como persona, afectiva y racionalmente. Que la opción de un hijo sea el producto de algo planificado, deseado por una pareja, no un accidente, o una salida a otras situaciones. Poder y saber elegir

2. Date la oportunidad de poder contar con los recursos para cubrir las múltiples necesidades que con tu hijo llegarán, tales como vivienda, educación, salud y la necesaria estabilidad emocional y afectiva a ofrecer a ese nuevo ser para que tenga las mejores chances en este mundo nuevo al que se ha de enfrentar.
3. Eludir las pérdidas que enfrentan frecuentemente estas jóvenes madres: amistades, novio, familia incluso; así como de la posibilidad a seguir desarrollando muchas de las cosas que hasta antes podías hacer.
4. Evitar riesgos físicos, cuyo espectro abarca: desde el afectar el normal desarrollo físico en niñas que no han completado el propio y ya son responsables por el normal crecimiento y desarrollo de otro ser humano, hasta complicaciones médicas severas como las que se ven con más frecuencia en mujeres menores de 20 años, a modo de ejemplo: la preeclampsia y eclampsia.
5. Disminuir las complicaciones durante el trabajo de parto y parto. Estas están ligadas a la escasa edad y a un cuerpo que aún no desarrolló su forma adulta, Paradójicamente, en las estadísticas las adolescentes presentan un menor porcentaje de cesáreas que el resto de las mujeres, aunque con mayor frecuencia deban recibir asistencia con fórceps en el período expulsivo.
6. Mejorar las herramientas con las que la joven embarazada cuenta así como sus conocimientos de puericultura para atender a su bebé, este aprendizaje ha demostrado disminuir el número de complicaciones médicas en recién nacidos y así como en los primeros meses de vida.
7. Evitar el comienzo de una historia reincidente en la que niñas de 16 o 17 años tienen ya dos y hasta tres embarazos en su historia
8. Desterrar las graves secuelas dejadas por la mala práctica de interrupciones del embarazo, que van desde la pérdida de la vida de la chica, lesiones y mutilaciones que incluyen la incapacidad futura de tener hijos, y en el mejor de los casos, una gran marca psicológica para toda la vida.
9. Reivindicar que un hijo es algo maravilloso, una experiencia muy grande, pero también una enorme responsabilidad: la de criar, formar y preparar un ser humano,

y para ello más vale que quien lo haga, esté decidido, comprometido y preparado para hacerlo.

10. Vivir la adolescencia en forma plena, porque un hijo no convierte en adulto, sólo acorta este rico período de la vida en muchos aspectos y quita (muchas veces) experiencias de vida que no se repetirán, más vale esperar TU momento para todo.

(Marlgy Rodríguez, Marta Guerrero, Yenny Revelo, Ariel Agudelo, Angela Narajo).

CONCLUSIONES GENERALES

- El embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial con frecuentes connotaciones penales.
- El aborto en las adolescentes es frecuente y con alta morbimortalidad materna por lo avanzado de la edad gestacional, y las deficientes condiciones técnicas, higiénicas y asépticas en que se realiza.
- La prosecución del embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.
- El embarazo y parto en las adolescentes reconoce un alto riesgo de morbimortalidad materna, fetal y neonatal.
- El hijo de madre adolescente tiene alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente cesión de adopción.
- La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperable.
- Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

YOPAL- MEDELLIN- CUMBAL-BOGOTA - CALI

REGENCIA DE FARMACIA- SALUD PÚBLICA

ENCUESTA

APLICADA

A:.....
.....

OBJETIVO: Determinar los factores que conllevan a la adolescente al embarazo y las consecuencias a las que se enfrentara.

Instructivo: marque con una "X" la respuesta que considere correcta.

CUESTIONARIO

1. ¿cuál es su edad? (en años)

Edad _____

2. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

_____ -

3. ¿con quién vive usted?

4. ¿tiene pareja estable?

NO _____

SI _____

5. ¿Qué te motivo a tener relaciones sexuales?

Por rebeldía

Por los amigos(as)

Por Curiosidad

Falta de afecto

Otra

6. ¿has utilizado métodos anticonceptivos?

SI _____

NO _____

PORQUE _____

7 ¿Has recibido charlas sobre el embarazo precoz y métodos anticonceptivos?

Si _____

No _____

8 ¿Te han informado tus padres sobre la prevención del embarazo?

Si _____

No ____

9 ¿Alguna vez te han dado información sobre los métodos anticonceptivos?

Si ____

No ____

10. ¿Por qué quedaste en embarazo?

Por accidente_____

Por decisión propia_____

Por rebeldía_____

11. ¿Qué consecuencia te ha traído el embarazo?

12. ¿te sientes sola?

13. Que piensas de tu estado

ANALISIS Y E INTERPRETACION DE RESULTADOS EN YOPAL.

1. En que rango de edad se encuentra

10- 13 AÑOS	14 -16 AÑOS	17 - 19 AÑOS	TOTAL
4	7	9	20
0.2%	0.35%	0.45%	100%

Se observa que el 0.45% de los resultados se encuentran entre la edad de 17 a 19 años están en etapa de adolescencia tardía. Y el 0.35% de los resultados se encuentran entre la edad de 14 a 16 años que están en etapa de adolescencia media. Se observa que el 0.2% de los resultados se encuentran entre la edad de 10 a 13 años que están en etapa de adolescencia temprana.

2. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

GENERO FEMENINO	Frecuencia Absoluta (ni)	Porcentaje (%)
TOTAL	20	100%

Se observa que el 100% de los embarazos son adolescentes.

3. ¿con quién vive usted?

PADRES	PAREJAS	SOLAS	TOTAL
11	5	4	20
0.55%	0.25%	0.2%	100%

De las 20 adolescentes encuestadas el 0.55% vive con sus padres el 0.25% deciden asumir el rol de familias y el 0.2% viven solas.

4. ¿tiene pareja estable?

SI	NO	TOTAL
9	11	4
0.45%	0.55%	100%

Se observa que el 0.55% no tienen parejas que las ayuden económicamente y el 0.45% si asumen su rol.

5. ¿Qué te motivo a tener relaciones sexuales?

POR REBELDIA	POR LOS AMIGOS	POR CURIOSIDAD	FALTA DE AFECTO	OTROS	TOTAL
4	5	7	3	1	20
0.2%	0.25%	0.35%	0.15%	0.05%	100%

Se observa que el 0.35% de las adolescentes tienen relaciones por curiosidad el 0.25% por influencia de sus amigos el 0.2% por rebeldía el 0.15% por falta de afecto y el 0.05% por otros motivos.

6. ¿has utilizado métodos anticonceptivos?

SI	NO	TOTAL
7	13	20
0.35%	0.65%	100%

El 0.65% de las adolescentes reconoce no haber planificado por no tener conocimiento y por el factor económico, el 0.35% si planifica.

7. ¿Has recibido charlas sobre el embarazo precoz y métodos anticonceptivos?

SI	NO	TOTAL
9	11	20
0.45%	0.55%	100%

El 0.55% de las adolescentes han recibido charlas de prevención y métodos anticonceptivos pero les parece de poca importancia, el 0.45% refiere no haber recibido ningún tipo de charla.

8. ¿Te han informado tus padres sobre la prevención del embarazo?

SI	NO	TOTAL
5	15	20
0.25%	0.75%	100%

Se observa que el 0.75% de las adolescentes refieren no tener charlas con sus padres sobre la prevención de un embarazo y el 0.25% refiere que en algún momento tuvieron pero no le prestaron atención.

9. ¿Alguna vez te han dado información sobre los métodos anticonceptivos?

SI	NO	TOTAL
4	16	20
0.2%	0.8%	100%

El 0.8% de las adolescentes afirman no tener los conocimientos claros para dar charlas y los métodos que conocen no son efectivos, el 0.2% refiere dar consejos a las mas allegadas para que no pasen por la misma situación.

10. ¿Por qué quedaste en embarazo?

POR ACCIDENTE	POR DECISION PROPIA	POR REBELDIA	TOTAL
8	7	5	20
0.4%	0.35%	0.25%	100%

El 0.4% de las adolescentes refiere haber quedado en embarazo por accidentes ya que practicaban métodos no confiables (tabús), el 0.35% refieren que por decisión y querer salir de sus casas y el 0.25% por llevarle la contraria a sus padres o familiares.

11. ¿Qué consecuencia te ha traído el embarazo?

COMO PAREJA	EMOCIONALES	PARA EL HIJO	TOTAL
5	9	6	20
0.25%	0.45%	0.3%	100%

El 0.45% de las adolescentes refiere tener consecuencias emocionales por problemas de autoestima, frustraciones personales y rechazo social. El 0.25% refiere tener consecuencias como pareja al verse obligadas a formar un hogar, la violencia los reproches los chantajes los celos impedir que su unión sea estable y permanente. El 0.3% refiere haber tenido consecuencias para su hijo ya que nacen de forma no esperada, nacen prematuros o de bajo peso y dificultad para sus necesidades como son vestidos, alimentos, recreación, educación, salud.

12. ¿te sientes sola?

DEPRESION	RECHAZO	TOTAL
8	12	20
0.4%	0.6%	100%

El 0.6% de las adolescentes refieren sentir rechazo de su pareja ya que sienten que están con ellas por el hijo. Y el 0.4% sienten depresión, tristeza, irritabilidad ya que rompen el vínculo materno-filial y esto afecta el crecimiento del bebe.

13. QUE PIENSA DE TU ESTADO

LA REALIDAD	SEGUIR ADELANTE	TOTAL
9	11	20
0.45%	0.55%	100%

El 0.55% de las adolescentes refieren sentirse totalmente perdidas en el proceso y luego del post parto, les costó física y emocionalmente ajustarse a su nueva condición pero deciden asumir su rol y seguir adelante. El 0.45% asumen que es algo maravilloso y emocionante tener un bebe pero aun así puede ser atemorizante e incierto.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos arrojan las siguientes conclusiones:

- ❖ Existe un alto nivel de desconocimiento del embarazo en la adolescencia y una mala comunicación familiar en temas de sexualidad con los adolescentes ya que no se tiene una verdadera conciencia en lo que a embarazo precoz se refiere.
- ❖ El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.
- ❖ Como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha

observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica.

- ❖ Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si está mal alimentada, o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo.
- ❖ En vista de esto es necesario crear programas para fomentar la información y los servicios requeridos a los jóvenes para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable.

ANALISIS Y E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE MEDELLIN

TABLA DE ENTRADA DE DATOS

NRO	edad	Meses de embarazo	con quién vives	Pareja estable	Relaciones sexuales por rebeldía	Relaciones sexuales por los amigos
1	16	5	padres	S	N	N
2	15	3	mama	S	S	N
3	15	8	mama	N	S	N
4	14	2	mama	N	N	N
5	14	4	abuelos	S	S	N
6	14	7	mama	N	N	N
7	13	2	padres	S	N	N
8	13	6	mama	N	N	N
9	13	4	mama	N	N	N
10	13	5	mama	S	S	N
11	13	3	mama	N	N	N
12	13	4	mama	N	N	N

13	12	2	mama	N	N	N
14	14	3	mama	S	N	N
15	14	5	abuelos	N	N	N
16	13	3	padres	N	N	N
17	15	3	mama	S	N	N

NRO	edad	Relaciones sexuales por falta de afecto	Relaciones sexuales por curiosidad	Ha utilizado métodos anticonceptivos	Por qué?	Has recibido charlas sobre el embarazo precoz y métodos anticonceptivos
1	16	S	N	S	No quería tener hijos pero me fallaron	S
2	15	N	N	N	No sabia	N
3	15	N	N	N	No sabia	S
4	14	N	S	N	No sabia	N
5	14	N	N	N	por pena	N
6	14	N	S	N	No me gusta	N
7	13	N	S	N	No sabia	N
8	13	N	S	N	No sabia	N
9	13	N	S	N	No me gusta	N
10	13	N	N	N	No sabia	N
11	13	N	S	N	No sabia	N
12	13	N	S	N	No sabia	N
13	12	N	S	N	No sabia	N
14	14	S	N	S	No funcionaron	N
15	14	S	N	N	No sabia	N
16	13	N	S	N	No sabia	N
17	15	N	S	N	No sabia	N

NRO	edad	Te han informado tus padres sobre la prevención del embarazo	Alguna vez te han dado información sobre los métodos anticonceptivos	Porque quedaste en embarazo por	consecuencias del embarazo	te sientes sola	Que piensas de tu estado
1	16	S	S	1	preocupación	S	Me preocupa mucho, no tengo como sostenerlo
2	15	N	N	1	miedo	S	Que es un error
3	15	N	S	2	miedo	S	no sé que hacer
4	14	N	N	1	problemas	S	Me da mucho miedo
5	14	N	N	1	miedo	S	no sé que hacer
6	14	N	N	2	miedo	S	Me da mucho miedo
7	13	N	N	1	miedo	S	Que es un error
8	13	N	N	1	miedo	S	No se
9	13	N	N	2	miedo	S	Que es un error
10	13	N	N	1	miedo	S	No se
11	13	N	N	1	miedo	S	No sé que hacer
12	13	N	N	1	miedo	S	Me da mucho miedo
13	12	N	N	1	miedo	S	Me da mucho miedo
14	14	N	N	1	miedo	S	no sé que hacer
15	14	N	N	1	angustia	S	es algo extraño
16	13	N	S	1	angustia	N	no sé que hacer
17	15	N	N	2	felicidad	N	es maravilloso

ANALISIS ESTADISTICO

TABLAS DE FRECUENCIA

Tabla 1

TABLA DE FRECUENCIA PARA LA EDAD DE LAS ADOLECENTES			
<i>edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>	<i>porcentaje Acumulado</i>
12<13	1	5.00%	5.00%
13<14	9	45.00%	50.00%
14<15	5	25.00%	75.00%
15<=16	5	25.00%	100.00%
20		100.00%	

Cuadro 1

<i>Estadísticas Descriptivas de edad</i>	
Media	13.8
Mediana	13.5
Moda	13
Desviación estándar	1.11
Varianza de la muestra	1.22
Coefficiente de variación	8%
Rango	4
Mínimo	12
Máximo	16

Grafica 1



Grafica 2



Tabla 2

TABLA DE FRECUENCIA PARA MESES DE EMBARZO DE LAS ADOLECENTES			
<i>Clase</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>	<i>porcentaje Acumulado</i>
2<3,5	10	50.00%	50.00%
3,5<5	3	15.00%	65.00%
5<6,5	5	25.00%	90.00%
6,5<8	2	10.00%	100.00%

Cuadro 2

<i>Estadísticas Descriptivas Meses de embarazo</i>	
Media	3.95
Mediana	3.5
Moda	3
Desviación estándar	1.7
Varianza de la muestra	2.9
Coefficiente de variación	43%
Rango	6
Mínimo	2
Máximo	8

TABLAS DE CONTINGENCIA

TABLA DE CONTINGENCIA PARA PAREJA ESTABLE VS CONQUIEN VIVE LAS ADOLECENTES							
frecuencia	Pareja estable			porcentaje	Pareja estable		
	Con quien vive	NO	SI		Total	Con quien vive	NO
abuelos	1	1	2	abuelos	5%	5%	10%
mama	10	5	15	mama	50%	25%	75%
padres	1	2	3	padres	5%	10%	15%
Total	12	8	20	Total	60%	40%	100%

Tabla 3

Grafica 3



Tabla 4

TABLA DE CONTINGENCIA PARA RELACIONES SEXUALES VS HA UTILIDO METODOS ANTICONCEPTIVOS							
frecuencia	Ha utilizado métodos anticonceptivos			porcentaje	Ha utilizado métodos anticonceptivos		
	NO	SI	Total		NO	SI	Total
Rebeldía	4	0	4	20%	0%	20%	
Amigos	1	0	1	5%	0%	5%	
falta de afecto	3	2	5	15%	10%	25%	
curiosidad	10		10	50%	0%	50%	
Total	18	2	20	90%	10%	100%	

Grafica 4

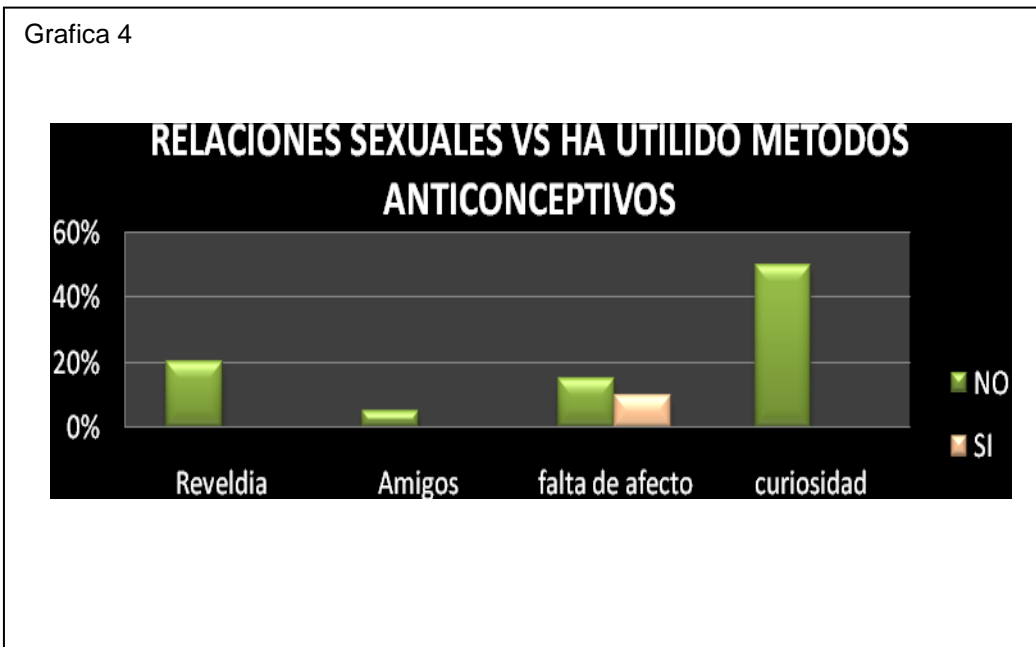


TABLA DE CONTINGENCIA PARA QUE PIENSAS DE TU ESTADO VS CONSECUENCIAS DEL EMBARZO

frecuencia	Consecuencias del embarazo							Total
	angustia	depresión	felicidad	me cambio la vida	miedo	preocupación	problemas	
Que piensas de tu estado								
es algo extraño	1	0	0	0	0	0	0	1
es maravilloso	0	0	1	1	0	0	0	2
horrible	0	1	0	0	0	0	0	1
Me da mucho miedo	0	0	0	0	3	0	1	4
Me preocupa mucho, no tengo como sostenerlo	0	0	0	0	0	0	0	1
No se					2	0	0	2
no sé que hacer	1				4	0	1	6
Que es un error					3	0	0	3
Total	2	1	1	1	12	1	2	20

TABLA DE CONTINGENCIA PARA QUE PIENSAS DE TU ESTADO VS CONSECUENCIAS DEL EMBARZO

Porcentaje	Consecuencias
------------	---------------

	del embarazo							
Que piensas de tu estado	angustia	depresión	felicidad	me cambio la vida	miedo	preocupación	problemas	Total
es algo extraño	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
es maravilloso	0%	0%	5%	5%	0%	0%	0%	10%
horrible	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
Me da mucho miedo	0%	0%	0%	0%	15%	0%	5%	20%
Me preocupa mucho, no tengo como sostenerlo	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	5%
No se	0%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	10%
no sé que hacer	5%	0%	0%	0%	20%	0%	5%	30%
Que es un error	0%	0%	0%	0%	15%	0%	0%	15%
Total	10%	5%	5%	5%	60%	5%	10%	100%

Tabla 5

Grafica 5

TABLA DE CONTINGENCIA PARA CAUSAS DE RELACIONES SEXUALES VS POR QUE QUE DASTE EN EMBARAZO

frecuencia	Porque quedaste en Embarazo			porcentaje	Porque quedaste en Embarazo		
	causa de relaciones sexuales	Accidente	decisión propia		Total	causa de relaciones sexuales	Accidente
rebeldía	3	1	4	Rebeldía	15.00%	5.00%	20.00%
Amigos	1	0	1	Amigos	5.00%	0.00%	5.00%
Falta de afecto	5	0	5	Falta de afecto	25.00%	0.00%	25.00%
Curiosidad	7	3	10	Curiosidad	35.00%	15.00%	50.00%
Total	16	4	20	Total	80.00%	20.00%	100.00%

Tabla 6

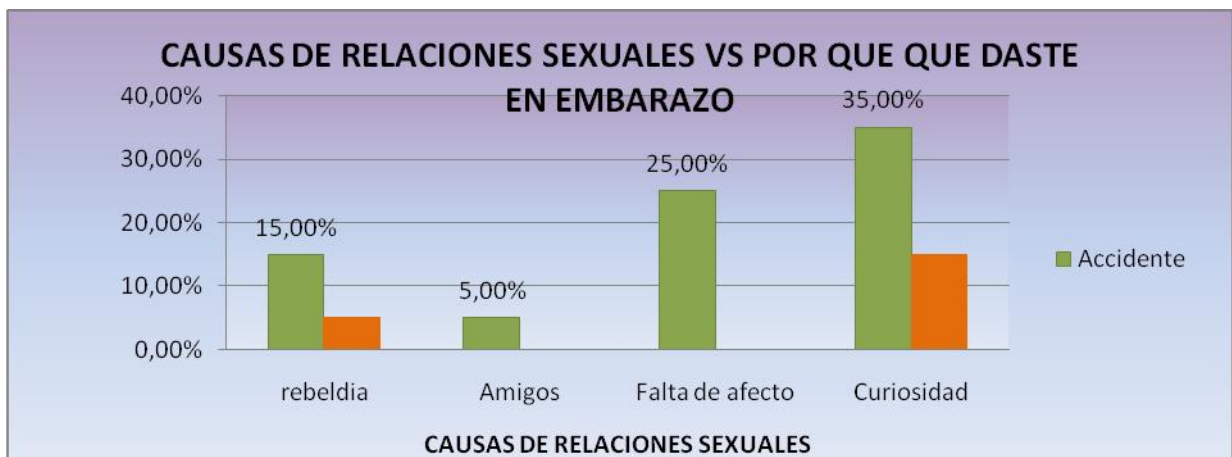


Tabla 7

TABLA DE CONTINGENCIA PARA RELACIONES SEXUALES VS HA UTILIDO METODOS ANTICONCEPTIVOS							
frecuencia	Ha utilizado métodos anticonceptivos			porcentaje	Ha utilizado métodos anticonceptivos		
	NO	SI	Total		NO	SI	Total
Rebeldía	4	0	4	20%	0%	20%	
Amigos	1	0	1	5%	0%	5%	
falta de afecto	3	2	5	15%	10%	25%	
curiosidad	10		10	50%	0%	50%	
Total	18	2	20	90%	10%	100%	

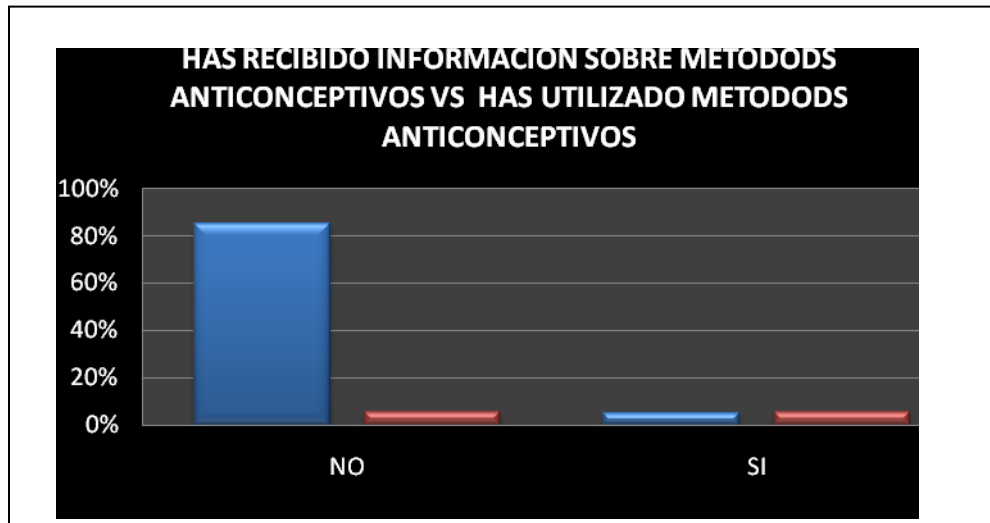
Grafica 7



Tabla 8

TABLA DE CONTINGENCIA PARA HAS RECIBIDO INFORMACION SOBRE METODODS ANTICONCEPTIVOS VS HAS UTILIZADO METODODS ANTICONCEPTIVOS									
Frecuencia		ha recibido información sobre M.A			Porcentaje		ha recibido información sobre M.A		
		NO	SI	TOTAL			NO	SI	TOTAL
Ha utilizado métodos anticonceptivos		NO	SI	TOTAL	Ha utilizado métodos anticonceptivos		NO	SI	TOTAL
NO		17	1	18	NO		85%	5%	90%
SI		1	1	2	SI		5%	5%	10%
TOTAL		18	2	20	TOTAL		90%	10%	100%

Grafica 8



CONCLUSIONES

Se identificaron como principales causas de embarazo en adolescentes entre Accidente con un 80% (ver tabla 6) de participación y decisión propia con un 20%. Lo que indica que el embarazo de estas adolescente es mas por accidente implicando que son embarazos no planeados, el cruce de las variables “causa de relaciones sexuales y porque que quedaste en embarazo” da una mejor información acerca de por que las adolescentes quedan en embarazo; como se observa el 15% de las adolescente que “quedan en embarazo ”por “accidente”, también tienen relaciones sexuales por “rebeldía”, el 25% por “falta de afecto” y el 35% por “curiosidad”, mientras que solo un 5% de las adolescentes que “quedan en embarazo” también tienen relaciones por “rebeldía” y un 15% por “curiosidad”

Sea determinado en este estudio que la edad de las adolescentes que quedan en embarazo tiene un promedio de 13.8 años con una desviación estándar de 1.11 años (Ver Cuadro 1); indicando este fenómeno que apenas son niñas que están entrando a la adolescencia, el 50% de ellas no tienen pareja estable y viven con su Mama (ver tabla 3) solo un 40% del total de adolescentes tienen pareja estable, el 90% del total no han utilizado métodos anticonceptivos (ver tabla 4) , 10% de las que han planificado han tenido relaciones sexuales por falta de afecto (ver tabla 7). El 85% de las adolescentes no han recibido información acerca de métodos anticonceptivos y no los han utilizado (ver tabla 8), solo el 55 han recibido información y han utilizado métodos anticonceptivos el resto los han utilizado sin ninguna información acerca de ellos. Al 100% de las adolescentes sus padres nunca le han hablado sobre la prevención del embarazo (ver tabla de entrada de datos). En cuanto que piensa la adolescente de su estado el 40% no sabe qué hacer el 15% que es un error, el 20% le da mucho miedo, 5% le preocupa mucho y piensa que no tiene con que sostener el bebe y un 15% que es maravilloso o que es algo extraño. Las consecuencia más sobre salientes es la de “angusita2 y “miedo” con una participación del 70% con respecto al total (ver tabla 5), entre lo que piensan y las consecuencias del embarazo se observa un porcentaje relevante del 20% en el miedo que causa al pensarlo y el miedo que causa el embarazo, se podría afirmar que estas adolescentes no tienen conciencia de lo que significa realmente tener un bebe, el promedio de tiempo de embarazo que tienen las adolescentes encuestadas es de 4 meses aproximadamente (ver cuadro 2), lo que las hace menos consientes de su estado aun algunas no se han realizado la primera ecografía y no alcanzan a medir su futuro ni el de su hijo.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE CUMBAL.

TABLAS DE FRECUENCIA

1. Variable: Intervalo de edad de las personas encuestadas

Tabla N°1

<i>Intervalo de Edad</i>	<i>Frecuencia Absoluta (n_i)</i>	<i>Frecuencia Absoluta Acumulada (N_i)</i>	<i>Frecuencia Relativa (f_i)</i>	<i>Frecuencia Relativa Acumulada (F_i)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
10 años	1	1	0.05	0.05	5%
11 años	2	2	0.1	0.1	10%
12 años	3	3	0.15	0.15	15%
13 años	2	2	0.1	0.1	10%
14 años	2	2	0.1	0.1	10%
15 años	3	3	0.15	0.15	15%
16 años	4	4	0.2	0.2	20%
17 años	1	1	0.05	0.05	5%
18 años	2	2	0.1	0.1	10%
19 años	-	-	-	-	-
Total	20				100%

ANALISIS

- Observamos que el 20% de los resultados se encuentran entre la edad de 16 años que son adolescentes de mediana edad.
- Observamos que el 15% de los resultados se encuentran entre la edad de 12 - 15 que son adolescentes de temprana y mediana edad.

- Observamos que el 10% de los resultados se encuentran entre la edad de 11 – 12 – 14 - 18 que son adolescentes de temprana, mediana y tardía edad.

2. Variable: Género de las personas encuestadas

TablaN°2

GÉNERO	Frecuencia Absoluta (n_i)	Porcentaje (%)
Femenino	20	100 %
Total	20	100%

ANALISIS

- El 100% son mujeres adolescentes que están embarazadas a temprana edad

3. Variable: Meses de embarazo

TablaN°3

<i>Intervalo de Edad</i>	<i>Meses de Embarazo</i>
10 años	3
11 años	2
11 años	3
12 años	2
12 años	2
12 años	2
13 años	5
13 años	5
14 años	4
14 años	4
15 años	6
15 años	6
15 años	3
16 años	7
16 años	1
16 años	3

16 años	3
17 años	3
18 años	8
18 años	9

ANALISIS

- Las niñas adolescentes tienen diferentes periodos de embarazo que van desde el primer mes hasta el noveno a punto de ser mamitas.

4. Variable: Con quien vive usted

TablaN⁰⁴

Con quien vive usted	Frecuencia Absoluta (n_i)	Porcentaje (%)
Padres	12	60%
pareja	8	40%
Total	20	100%

ANALISIS

- El 60% son mujeres que viven con sus padres y tienen su apoyo.
- El 40% son mujeres que viven actualmente con su novio a causa de su embarazo.

5. Variable: pareja estable

TablaN05

Parejas	Frecuencia Absoluta (n_i)	Frecuencia Relativa (f_i)	Porcentaje (%)
Si	11	0.55	55%
No	9	0.45	45%
Total	20		100%

ANALISIS

- El 55% son mujeres que tienen pareja que las apoyan con su embarazo.
- El 45% son mujeres que no tienen parejas estables ni las apoyan con su embarazo.

6. Variable: Que te motivo a tener relaciones sexuales.

TablaN⁰⁶

QUE MOTIVO A TENER RELACIONES SEXUALES	Frecuencia Absoluta (n _i)	Porcentaje (%)
Rebeldía	1	5%
Amigos	3	15%
Curiosidad	9	45%
Falta de afecto	6	30%
Otra	1	5%
TOTAL	20	100%

ANALISIS

- El 45% de las mujeres que están embarazadas actualmente tuvieron relaciones sexuales por curiosidad.

7. Variable: has utilizado métodos anticonceptivos.

TablaN⁰⁷

Métodos anticonceptivos	Frecuencia Absoluta (n _i)	Frecuencia Relativa (f _i)	Porcentaje (%)
Si	5	0.25	25%
No	15	0.75	75%
Total	20		100%

ANALISIS

- El 75% son mujeres que no han utilizado ninguna protección al tener relaciones sexuales.
- El 25% son mujeres que si han utilizado algún método anticonceptivo pero no lo hicieron correctamente.

8. Variable: Charlas sobre el embarazo precoz y métodos anticonceptivos

TablaN⁰⁸

Charlas	Frecuencia Absoluta (n_i)	Frecuencia Relativa (f_i)	Porcentaje (%)
Si	16	0.8	80%
No	4	0.2	20%
Total	20		100%

ANALISIS

- El 80% si han recibido charlas pero no le han puesto mucho cuidado, toman la vida deportivamente y no miran las consecuencias.
- El 20% no han recibido ninguna charla ni se han interesado por preguntar.

9. Variable: Porque quedaste en embarazo.

TablaN⁰⁹

Embarazada	Frecuencia Absoluta (n_i)	Porcentaje (%)
Accidente	17	85%
Decisión propia	1	5%
Por rebeldía	2	10
TOTAL	20	100%

ANALISIS

- El 85% son mujeres que han quedado en embarazo por accidente.

- El 5% son mujeres que están en embarazo por decisión propia.
- El 10% son mujeres que están en embarazo por rebeldía con los padres.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE BOGOTA.

1. ¿cuál es su edad? (en años)

AÑOS	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	TOTAL
CANT.					2		12	2	3	1	20
%					10 %		60 %	10 %	15 %	5 %	100 %

Para Bogotá se observa que el 90 % de los casos de embarazo adolescente está entre los 16 y 19 años, disminuyendo progresivamente la tendencia al avanzar la edad. Atribuible a efecto de las campañas de prevención, conocimiento de métodos anticonceptivos, educación sexual recibida en adolescencia tardía y mayor sentido de responsabilidad.

Para casos en menores de 14 años se encuentran el restante 10 % que se prevé consecuencia de la penalización como delito ó como encubrimiento del problema.

No obstante a partir de datos estadísticos del DANE pudieron confirmar que entre los años 2006 y 2008 nacieron en el país 19.662 niños hijos de madres cuyas edades oscilan entre 10 y 14 años y las denuncias apenas superan las 9.000. En Bogotá, según datos de la Secretaría Distrital de Salud, entre el 2007 y el 2009 el número de casos de nacimientos en madres de 10 a 14 años pasó de 526 a 569.

2. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
			2	3	3		2	5	5	20
			10 %	15 %	15 %		10 %	25 %	25 %	100 %

Se encuentra tendencia que los primeros meses de embarazo no son marcados en la encuesta factor producido posiblemente a falta de confirmación del estado, temor, ó deseo de mantenerlo secretamente hasta que físicamente sea notorio.

Por el contrario la mitad de las encuestadas tienen entre 8 y 9 meses que corresponde con la etapa en que se preparan para el parto y ya se ha afrontado y asimilado el cambio y la responsabilidad que produce un embarazo.

3. ¿con quién vive usted?

FAMILIA DE LA EMBARAZADA	COMPAÑERO	FAMILIA DEL COMPAÑERO	SOLA	OTRO	TOTAL
17	3				20
85 %	15 %				100 %

Según se observa en la muestra la responsabilidad del embarazo adolescente es asumida por la familia de la gestante en un 85 %, debido a la falta de preparación tanto económica como psicológica de los futuros padres y en parte el compañero pasa a convivir con esta familia.

Tan solo el 15 % de las adolescentes inician la conformación de un hogar independiente con el compañero y bajo la responsabilidad que ello conlleva.

En la muestra no se observan gestantes que pasen a vivir con la familia del hombre, ó que decidan vivir solas, aunque estos casos se dan con bastante frecuencia dependiendo de factores como estrato socioeconómico my geográfica.

4. ¿tiene pareja estable?

SI	NO	TOTAL
14	6	20
70 %	30 %	100 %

Al comenzar el embarazo, y con la presión de los familiares la adolescente tiende a formalizar la relación con la unión de la pareja, pero según se ha demostrado que estas uniones terminan poco tiempo después.

En la encuesta el 70 % precisa tener pareja estable, hace falta estimar que porcentaje permanecerá en esta condición, y más aun cuantas pasaran a ser madres solteras ó con el agravante de encontrar madres jóvenes abandonadas.

5. ¿Que la motivo a tener relaciones sexuales?

POR REBELDIA	POR AMIGOS	LOS POR CURIOSIDAD	FALTA DE AFECTO	DE OTROS	TOTAL
1	3	5	5	6	20
5 %	15 %	25 %	25 %	30 %	100 %

Al contrario de lo que se esperaría, en la encuesta, se observa que en la ciudad de Bogotá la mayoría de las encuestadas aducen falta de afecto y otros motivos para tener relaciones, previendo que la presión de los amigos y la curiosidad marcan más de la tercera parte entre estos motivos.

El índice anterior se puede adjudicar a la pérdida de valores familiares, falta de diálogo y tiempo para dedicarles a los hijos adolescentes.

6. ¿ha utilizado métodos anticonceptivos?

SI	NO	TOTAL
12	8	20
60 %	40 %	100 %

7. ¿Ha recibido charlas sobre el embarazo precoz y métodos anticonceptivos?

SI	NO	TOTAL
17	3	20
85 %	15 %	100 %

Para las dos preguntas anteriores, las campañas de educación sexual que desde 1990 como aval de la presidencia de la república a través de la consejería para la juventud, la mujer y la familia se ha venido dando, junto con otros programas como el liderado por la alcaldía mayor de Bogotá : “que tu primer amor sea el amor propio”, donde se da información sobre métodos de planificación, enfermedades de transmisión sexual y la utilización de métodos anticonceptivos seguros, demuestran en la encuesta que el conocimiento es captado por la mayor parte de los jóvenes pero en la práctica es menos efectivo y se requiere mayor esfuerzo para llegar a un índice apropiado sobretodo en adolescentes medios.

8. ¿Le han informado sus padres sobre la prevención del embarazo?

SI	NO	TOTAL
10	10	20
50 %	50 %	100 %

Como se observa la responsabilidad familiar es un factor descuidado del que depende en gran medida la prevención de embarazo en adolescentes.

9. ¿Alguna vez le han dado información sobre los métodos anticonceptivos?

SI	NO	TOTAL
17	3	20
85 %	15 %	100 %

Tratada con preguntas 6 y 7. El porcentaje de respuestas es el mismo.

10. ¿Por qué cree que quedó en embarazo?

POR ACCIDENTE	POR DECISION PROPIA	POR REBELDIA	TOTAL
13	4	3	20
65 %	20 %	15 %	100 %

Los porcentajes confirman el tema tratado en preguntas 6 y 7 donde observamos que en la práctica hay deficiencias de aplicación de métodos anticonceptivos.

11.¿Qué consecuencia le ha traído el embarazo?

CON FAMILIA	CON ESTUDIO	DIFERENTES RESPONSABILIDADES	CON SALUD	EMOCIONALES	ECONOMICA	NINGUNA
2	3	2	1	3	2	7

Se observa que las consecuencias del embarazo se reparten dentro de límites normales para el caso de adolescentes y que la mayoría no ha asumido consecuencias significativas debido a que estas se ven reflejadas cuando inicia la maternidad.

12.¿se siente sola?

SI	NO	PARCIALMENTE	TOTAL
5	13	2	20
25 %	65 %	10 %	100 %

La soledad es un sentimiento que experimentan las adolescentes embarazadas debido al temor de expresar su estado a sus familias y la represión que estas puedan tomar.

En cadena con la pregunta 3 observamos que el apoyo que la adolescente obtiene de la familia previene estados emocionales no deseados.

13.¿Qué piensa de su estado?

FELICIDAD	FALTA DE PREPARACIÓN	FRUSTRACIÓN	CONFUSIÓN
5	4	1	10
25 %	20 %	5 %	50 %

Se precisa como obvio en la mayoría de las adolescentes un estado de confusión dado la falta de preparación para asumir la maternidad.

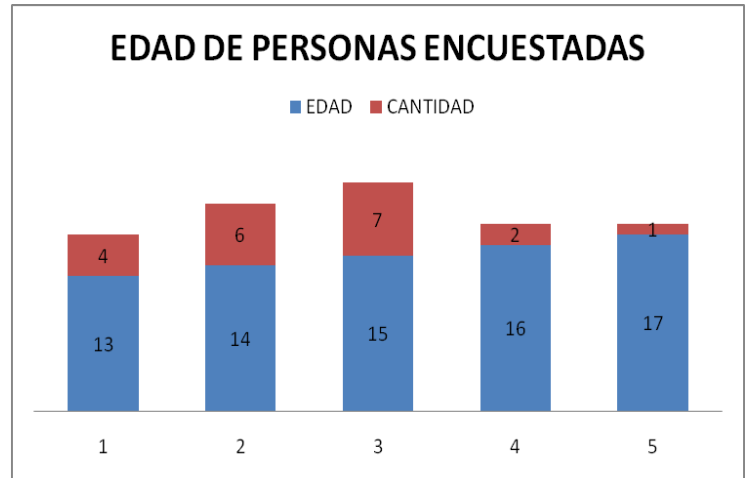
CONCLUSIONES

Las consecuencias del embarazo en adolescentes se ven reflejadas en la deserción escolar, es típico que el embarazo a temprana edad se reproduzca en la historia familiar, la probabilidad de supervivencia infantil decrece debido a prematurez, talla baja, desatención afectiva, maltrato y abandono.

Los derechos Sexuales y reproductivos de adolescentes basados en la información, la orientación, la autonomía y la responsabilidad conciernen tanto a entidades de salud pública como a padres de familia. Según informó la Secretaría Distrital de Salud en lo que va corrido del presente año se ha registrado una disminución en el número de casos de embarazos en adolescentes de 875 casos menos que en el 2009, esto es un indicador de que las campañas han tenido mejores resultados y que como tema de salud pública se está tratando de manera adecuada.

ANALISIS Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CALI

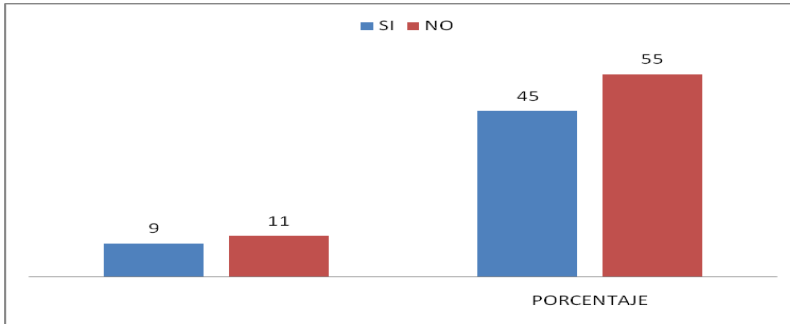
EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
13	4	20%
14	6	30
15	7	35%
16	2	10%
17	1	5%
TOTAL	20	100%



Encontramos un promedio de niñas entre 13 años y 17 años. Las cuales sobre salen en un 35% las niñas de 15 años. le siguen las de 14 años con un porcentaje del 30% ,la de 13 años son de un 20% de las encuestadas, de 16 años encontramos un 10% y por ultimo un 5% de 17 años .

TIENE PAREJA ESTABLE

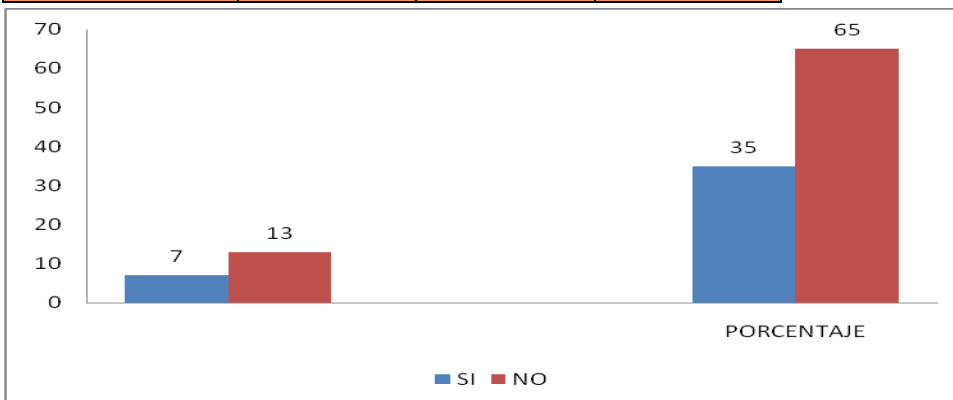
TIENE PAREJA ESTABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	9	45
NO	11	55
TOTAL	20	100



Tenemos un porcentaje donde el 45% de las niñas que se encuestaron tienen pareja estable y las otras 55% no tienen su pareja estable.

UTILIZA ALGUN ANTICONCEPTIVO

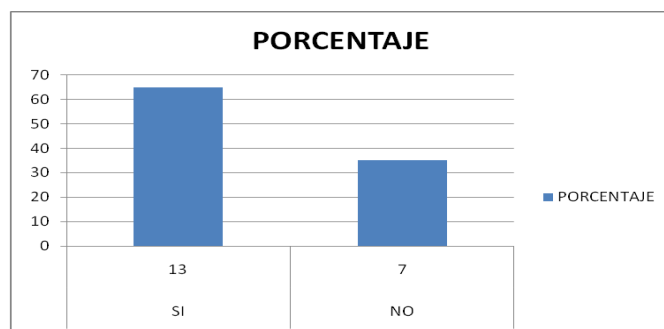
UTILIZA ALGUN ANTICONCEPTIVO			PORCENTAJE
SI	7		35
NO	13		65
TOTAL	20		100



El 35% de las encuestadas sí utilizan anticonceptivos, pero el 65% no utilizan anticonceptivos.

HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE LA PREVENCION DEL EMBARAZO

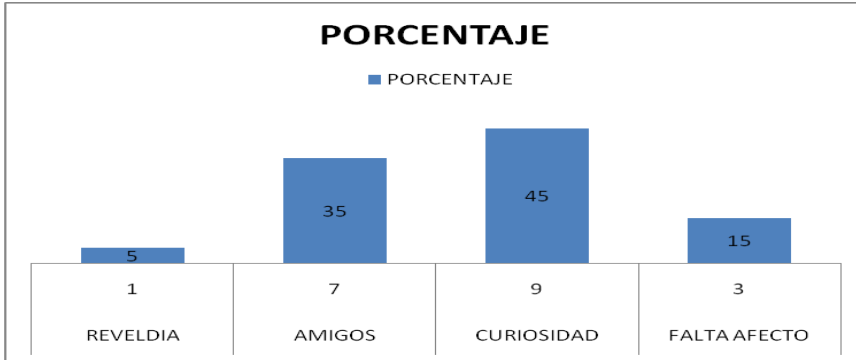
HA RECIBIDO INFORMACION DE PREVENCION DEL EMBARAZO				
		PORCENTAJE		
SI	13	65		
NO	7	35		
TOTAL	20	100		



Encontré que el 65% de las niñas entrevistadas si habían llegado a tener alguna información con respecto a la prevención del embarazo y el 35% no habían llegado a tener ninguna información.

QUE LA MOTIVO A TENER RELACIONES SEXUALES

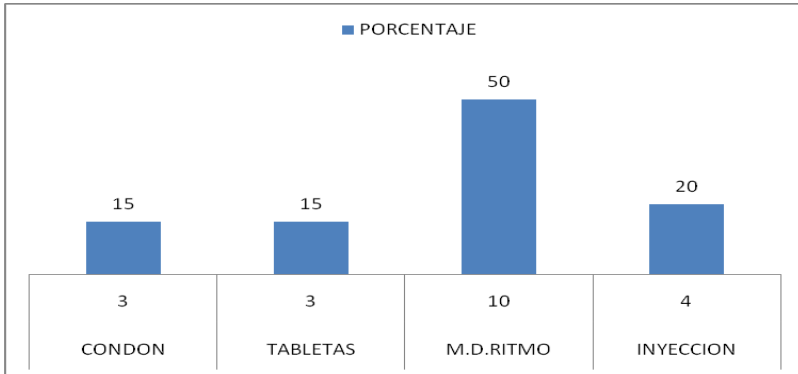
QUE LA MOTIVO A TENER RELACIONES SEXUALES			
			PORCENTAJE
REBELDIA	1		5
AMIGOS	7		35
CURIOSIDAD	9		45
FALTA AFECTO	3		15
TOTAL	20		100



El 45% de las encuestada tuvieron relaciones sexuales por curiosidad, el 35% por charlas que tuvieron con los amigos, por falta de afecto el 15% y el 5% por rebeldía.

METODO ANTICONCEPTIVO CON QUE UTILIZA CONFRECUENCIA

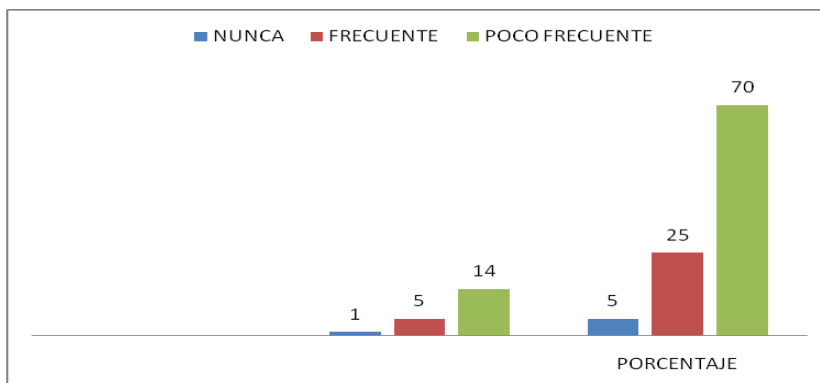
METODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZA CONFRECUENCIA			
			PORCENTAJE
CONDON	3		15
TABLETAS	3		15
M.D.RITMO	10		50
INYECCION	4		20
TOTAL	20		100



El 50% de las encuestadas planifican por medio del método del ritmo, el otro 20% con la inyección, el 15% con tabletas y un último de caso el otro 15% planifican con condón.

CON QUE FRECUENCIA RECIBE DE EDUCACION SEXUAL

			PORCENTAJE
NUNCA		1	5
FRECUENTE		5	25
POCO FRECUENTE		14	70
TOTAL		20	100



CONCLUSIONES

Me doy cuenta después de esta pequeña encuesta que son muchas las adolescentes que ha muy temprana edad, deciden iniciar tener relaciones ya sea esporádicamente o junto con una persona estable, hasta el momento.

De otra parte me di cuenta que son chicas que son demasiado confiadas o poco informadas con respecto a los métodos anticonceptivos, ya que en la gran mayoría estas planifican por medio de un método que no es nada confiable como lo es el método del ritmo.

No sé si es por falta de información que ahora en día hay tanta chica embarazada a tan temprana edad, que debería estar pensando en otra cosa, mas no en criar bebés a tan temprana edad.

Pero en la investigación que realice a nivel de Cali, nos dan a tener en cuenta que la Secretaria de salud ha realizado campañas, ya sea por medio de comunas, eventos grandes donde aprovechan la multitud de la gente para hacerles llegar esta información y se han valido de muchos medios más, ahí es donde no se entiende si se realizan campañas porque existe tanta adolescente embarazada? ¿Sera falta de confianza por medio de la familia?

GLOSARIO

- ❖ **EMBARAZO PRECOZ:** Es aquel se que produce en niñas y adolescentes a partir de la pubertad, comienza el proceso de cambios físicos que convierten a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual.
- ❖ **ABORTO PROVOCADO:** es la interrupción de manera espontanea o provocada del embarazo en cualquier etapa de este, que va desde la fecundación unión del óvulo con el espermatozoide hasta el día del nacimiento del nuevo ser.

- ❖ **ABORTO ESPONTANEO:** es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido. El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 20 del embarazo, denominándose a partir de ese momento parto prematuro. El aborto espontáneo puede ser retenido, cuando no se elimina nada, incompleto, cuando no se eliminan todos los productos de la gestación, o completo cuando todo es eliminado por completo.
- ❖ **EL ABORTO FALLIDO:** Ocurre cuando el feto muere pero se retiene en el útero cuatro o más semanas. Después de seis semanas en el útero puede presentarse el síndrome de feto muerto con coagulación intravascular diseminada, hipofibrinogenermia progresiva y posible hemorragia masiva cuando finalmente ocurre el parto. Los abortos fallidos suelen terminar como abortos tardíos, en consecuencias son difíciles de tratar.
- ❖ **EL ABORTO ASEPTICO:** Tiene lugar cuando se infecta el contenido del útero antes, durante o después de un aborto. La paciente está muy grave, con síntomas y signos de infección y amenaza o aborto incompleto: escalofríos, fiebre alta, septicemia y peritonitis.
- ❖ **ABORTO VOLUNTARIO:** La mayoría de los abortos incluidos corresponden a este tipo y se refieren a la interrupción de una gestación no deseada por voluntad de la madre o de la pareja.
- ❖ **ABORTO TERAPEUTICO:** En algunas circunstancias, el médico puede considerar conveniente interrumpir un embarazo, y en este caso e habla de aborto terapéutico, que se hace por personal médico experto.
- ❖ **MENARCA:** Es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de

la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad. La oportunidad de la menarca está influida por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico.

- ❖ **HEMORRAGIA POSPARTO:** La hemorragia posparto es la pérdida excesiva de sangre de la madre. Se llama primaria cuando ocurre dentro de las primeras 24 horas después del parto. Cualquier pérdida de sangre excesiva puede hacer que la madre corra un riesgo importante. Generalmente, la pérdida de sangre ocurre poco después del parto.
- ❖ **HEMORRAGIA OBSTETRICA:** Antes de las 24 semanas, una hemorragia vaginal puede desembocar en aborto. Después, el feto se considera viable, es decir que podría sobrevivir fuera del útero materno. La hemorragia tras las 24 semanas se conoce como hemorragia preparto, y las dos causas principales proceden de la placenta.
- ❖ **DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA:** Si la placenta se desprende del útero, se producirá hemorragia. La sangre se acumula hasta derramarse por el cuello del útero, y va acompañado de dolor intenso y contracciones uterinas. Se considera una urgencia obstétrica, ya que pone en peligro la vida tanto de la madre como la del feto y solo en casos muy especiales no termina en cesárea de urgencia.
- ❖ **PLACENTA PREVIA:** Cuando la placenta está adherida a la parte inferior de la pared del útero, se denomina placenta previa. Si se encuentra total o parcialmente sobre el cuello uterino, puede resultar peligrosa durante el parto, al provocar hemorragia e interrumpir la circulación sanguínea del feto. El problema se detecta con ultrasonido. Si se produce hemorragia, la ingresarán en el hospital y el niño nacerá mediante cesárea.
- ❖ **DIABETES MELLITUS GESTACIONAL:** Si la embarazada tiene diabetes mellitus debe asegurarse de tener bajo control su situación antes de quedarse

embarazada, para que las posibilidades de tener un hijo sano y un parto normal sean lo más altas posibles. Es probable que necesite una mayor cantidad de insulina durante el embarazo por lo cual debe realizarse un seguimiento médico estricto, para el seguimiento del bienestar fetal, monitoreo de los niveles de glicemia y manejo dietético. Hay mujeres a quienes se les diagnostica diabetes mellitus gestacional, un tipo de diabetes que se desarrolla sólo durante el embarazo y que suele desaparecer poco después del parto. Los riesgos de este tipo de diabetes son menores y raramente se precisa insulina; con reducir la ingesta de azúcar suele ser suficiente. La complicación principal en los hijos de madres con diabetes gestacional es la macrosomía fetal niños con peso mayor de 4 kilos.

- ❖ TOXEMIA: Es un trastorno del organismo causado por la presencia de toxinas en la sangre.
- ❖ FERROPENIA: Es la disminución del hierro en el organismo, con tasa anormalmente baja de hierro en el plasma, hematíes y depósitos de ferritina. Puede producir anemia ferropénica
- ❖ EMBARAZO ECTOPICO: El embarazo ectópico se desarrolla fuera del útero, por lo general en una de las trompas de Falopio, pero puede ser también en los ovarios, en el cuello uterino, o en órganos intraabdominales. Puede provocar dolor abdominal por el crecimiento del embrión en la trompa o por una hemorragia abdominal interna. Desgraciadamente, es difícil diagnosticar un embarazo ectópico y todavía hay mujeres que mueren como consecuencia de ello. Hay una serie de condicionantes que favorecen el aumento de riesgo de padecer embarazos ectópicos. Entre ellos, una historia anterior de infección pélvica, el uso de un dispositivo intrauterino contraceptivo aunque no la espiral de Mirena y un embarazo ectópico previo. Las mujeres que reúnan alguno de los condicionantes referidos son controladas de inmediato en un centro maternal

para asegurarse de que el desarrollo del embarazo es normal. El embarazo ectópico debe ser tratado mediante cirugía o con un fármaco. Las operaciones consisten en cirugía laparoscopia o abierta, dependiendo de las circunstancias y de las condiciones de la madre, y suelen conllevar la extirpación de la trompa afectada. Suelen causar una reducción de la fertilidad.

- ❖ **CARDIOPATIA:** La mayoría de las mujeres con problemas cardiológicos llevan un embarazo perfecto, aunque a veces deban recurrir a los antibióticos para proteger sus arterias en el momento de dar a luz. Si padece alguna cardiopatía importante, el cardiólogo se encargará de comunicárselo. Las mujeres con marcapasos, un trasplante de corazón y otra operación coronaria pueden llevar un embarazo seguro y normal. Las que presenten anomalías musculares deben consultarlo antes de quedarse embarazadas.
- ❖ **HIPERTENSION GESTACIONAL:** Es la aparición de hipertensión por encima de 140/90 mmHg, en una gestante sin diagnóstico previo, después de las 20 semanas de embarazo.^[15] Si existe hipertensión previa al embarazo, requiere chequeo médico y tratamiento antes de la gestación. Posiblemente requiera cambio de fármacos y un seguimiento de la función renal. Con el seguimiento adecuado es factible tener un embarazo y parto normales. Si durante el embarazo desarrolla hipertensión gestacional, puede requerir tratamiento ambulatorio u hospitalario, dependiendo de la severidad. En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto. Un aumento de la presión arterial al final del embarazo puede ser síntoma de preeclampsia, una afección que potencialmente amenaza la vida de la gestante y el recién nacido.
- ❖ **PUERPERIO:** Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario usualmente 6-8 semanas o 40 días para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a

las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de postparto.

- ❖ **ACTIVIDAD SEXUAL:** Este término se refiere al contacto físico sexual entre personas y que incluye los genitales de por lo menos una de las personas.
- ❖ **INFERTILIDAD:** La infertilidad en las mujeres significa que no pueden concebir un hijo de manera natural. La infertilidad en los hombres significa que no pueden dejar embarazada a una mujer de manera natural.
- ❖ **PADRES:** Usamos el término “padres” para referirnos a cualquier adulto que cría a un niño. Esto incluye a padres de familia casados, madres o padres solteros, abuelos, adultos con tutela legal del niño y padres adoptivos permanentes y temporales.
- ❖ **SEXO:** Es un término que incluye sexo vaginal, anal u oral. Los riesgos específicos de estos distintos tipos de sexo varían. Para obtener más información es importante que hable con un proveedor de salud.
- ❖ **ADOPCION:** Según UNICEF adopción es una institución jurídico - social tutelada por el Estado, cuyo objeto es proveer al menor de edad, apto para ser adoptado, de una familia permanente y adecuada.
- ❖ **CORRUPCION INFANTIL:** Delito consistente en promover o favorecer el comercio sexual de niños, niñas y adolescentes que perjudiquen el desarrollo de su personalidad.
- ❖ **DERECHOS DE LA INFANCIA:** Los que son inherentes a la dignidad humana infantil y resultan necesarios para el libre desarrollo de su personalidad con un valor jurídico superior.

- ❖ EXPLOTACION SEXUAL COMERCIAL INFANTIL: Conjunto de diferentes actividades sexuales (relaciones sexuales, tocamientos, poses para filmes, espectáculos o fotografías) realizadas por personas menores de edad bajo coacción, intimidación o sugerencia de una persona o grupo de personas adultas, a cambio de remuneración económica u otro tipo de beneficios.
- ❖ MORTALIDAD INFANTIL: Tasa de muertes producidas en la población infantil durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.
- ❖ NIÑEZ: Período de la vida humana, que se extiende desde el nacimiento a la pubertad, genérico utilizado para referirse a niñas y niños.
- ❖ PORNOGRAFIA INFANTIL – JUVENIL: Se refiere a cualquier material visual o audiovisual que muestre a una niña, niño o adolescente en un contexto sexual; imágenes de niñas, niños o adolescentes en conducta sexual explícita, real o simulada, o exhibición de genitales con fines sexuales.
- ❖ ABORTO: finalización del embarazo cuando el feto pesa menos de 500 gramos o pérdida del embarazo antes de los 139 días 20 semanas antes de la última regla.
- ❖ TERMINO: producto de la concepción nacido vivo con una edad gestacional entre 37 a 40 semanas de gestación, y con un peso mayor a 1800 gr.

