

**PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA INCIDENCIA DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE LAS EDADES
DE 12 A 20 AÑOS EN LOS MUNICIPIOS DE PALMIRA,
VILLAVICENCIO, ISTMINA, FLORENCIA Y OCAÑA.**

**CARMEN LUISA OBANDO BECERRA
JAIRO ALONSO TORRADO
JENNY ALEJANDRA MÉNDEZ
ABELARDO DE JESUS
GLORIA ENITH ORTIZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA-UNAD-
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS TECNOLÓGICAS E INGENIERÍAS
PROGRAMA REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

**PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA INCIDENCIA DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE LAS EDADES
DE 12 A 20 AÑOS EN LOS MUNICIPIOS DE PALMIRA,
VILLAVICENCIO, ISTMINA, FLORENCIA Y OCAÑA.**

**CARMEN LUISA OBANDO BECERRA
JAIRO ALONSO TORRADO
JENNY ALEJANDRA MÉNDEZ
ABELARDO DE JESUS
GLORIA ENITH ORTIZ**

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

Asesora

MARIA CONSUELO BERNAL

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA-UNAD-
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS TECNOLÓGICAS E INGENIERÍAS
PROGRAMA REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	6
1.2.1 Objetivo General	6
1.2.2 Objetivos Específicos	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
1.4 LIMITACIONES	8
2. MARCO REFERENCIAL	9
2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	9
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	19
2.3 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS	20
3. METODOLOGÍA	21
3.1 DISEÑO DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	21
3.1 DISEÑO DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	22
3.2 TÉCNICAS DE ANÁLISIS	22
3.3 GUÍA DE TRABAJO DE CAMPO	22
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	24
4.1 RECURSOS HUMANOS	24
4.2 PRESUPUESTO	24
4.3 CRONOGRAMA	24
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	25
5.1 TABLA DE DATOS	25
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	40

INTRODUCCION

El principal motivo que nos llevo a escoger el tema de promoción de la salud y prevención de la incidencia de adolescentes embarazadas entre los 14 y 17 años, es porque este es uno de los principales problemas de salud pública a nivel local, nacional y mundial. Esperamos conseguir la concientización de los problemas ocasionados por la incidencia de adolescentes embarazadas, entre nosotros como estudiantes de Regencia de Farmacia, para luego en el campo laboral poder transmitir con buenas bases, criterios bien fundamentados al servicio de la comunidad.

El universo de estudio fue de 346 alumnos de tercer grado de dos colegios de secundaria diurnas del municipio de Palmira y la muestra quedo conformada por 132 estudiantes sus edades oscilaron entre los 14 y 17 años de edad.

En una investigación que hizo en sus resultados señalaron que el 62.47% de los adolescentes opinaron que los anticonceptivos sirven para no embarazarse y el 25.41% contestaron que sirven para evitar enfermedades de transmisión sexual, en nuestro estudio el 73.83% de los encuestados contestaron que los anticonceptivos son para evitar embarazos no deseados y el 18.28% refieren que son para no contraer enfermedades de transmisión sexual, por lo que los resultados son semejantes a la investigación antes mencionada. Lo cual significa que es suficiente la información que poseen en este aspecto para evitar embarazos no deseados y para no contraer enfermedades de transmisión sexual.

Uno de los resultados presentados, es que el 20% de las mujeres y el 31% de los hombres nombraron al condón como el anticonceptivo que más conocen, en nuestro estudio el 86.8% de hombres y el 60.5% de mujeres señalan al condón como un método anticonceptivo de barrera, lo cual significa que al igual que el estudio antes mencionado en los adolescentes el condón sigue siendo el método anticonceptivo más conocido para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Otro aspecto abordado en nuestra investigación es el conocer como califican los adolescentes la información que proporciona el colegio sobre anticoncepción, por lo que el 56.3% de las mujeres y el 57.3% consideran la información proporcionada por las instituciones como suficiente para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en esta etapa de su vida, es notable que casi la mitad de tanto hombres como mujeres no concuerden que esa información brindada por las secundarias sea suficiente o adecuada para que enfrenten con responsabilidad su vida sexual.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Mucho se ha especulado y escrito sobre las causas de embarazo en adolescentes de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, se han tejido múltiples hipótesis que aunque mencionan lo social, económico, cultural, la corrupción de los entes del estado y hasta los medios de comunicación que cada vez muestran con menos desparpajo temas que antes eran motivo de tabúes y controversias, pero ahora por la masificación de la información, las redes sociales y el chaparrón de información que cae constantemente sobre la desprevenida adolescencia que no cuenta con el mínimo de elementos de juicio para enfrentar medianamente todos estos patrones que desembocan inevitablemente en resultados tan lamentables como al deserción escolar, la prostitución, el inicio de drogas alucinógenas y el embarazo temprano.

Desde esta visión ¿son suficientes los conocimientos que tienen los adolescentes, sobre los métodos anticonceptivos, para abordar con responsabilidad su sexualidad?

La adolescente y su familia generalmente tienen dificultad para aceptar el hecho del embarazo. Algunas adolescentes solteras inician su embarazo con una actitud de rechazo, la que se transforma en aceptación en el transcurso de la gestación. La actitud de la familia es, muchas veces, negativa al comienzo del embarazo, cambiando a positiva en menor proporción que las adolescentes. En el ámbito familiar, si es aceptada con su hijo, se puede producir una desorganización de funciones cuando los padres de origen continúan su función de crianza en circunstancias que la hija adolescente se transformó en madre. Estos ajustes no siempre son fáciles, aunque esta situación es preferible a la de rechazo, puesto que la familia de origen es el refugio más significativo para la madre soltera. La joven tiene que conciliar de algún modo dos papeles opuestos: expresar sus necesidades de adolescente, al mismo tiempo que avanzar hacia un papel adulto responsable.

La primera reacción de los padres, hermanos y parientes siempre es negativa; en casos extremos, la joven es arrojada del hogar; en la mayoría es agredida verbal y/o físicamente, recluida y encerrada para evitar la vergüenza y la deshonra. De todas maneras, las relaciones afectivas intrafamiliares se afectan, en muchos casos de forma irreversible. La joven experimenta un rechazo de parientes, amigos, vecinos, que luego se traducirá en formas abiertas o sutiles de discriminación hacia el hijo ilegítimo.

Ahora bien, si en los colegios se brinda educación sexual y los padres forman a sus hijos en esa perspectiva, entonces ¿qué factor es el que influye para que en nuestros municipios sucedan tantos casos de embarazos?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.2.1 Objetivo General

El objetivo general de este trabajo es determinar el nivel de información que puedan tener las adolescentes sobre las consecuencias de un embarazo a su edad y qué tipo de acciones en prevención, promoción, se pueden realizar con la participación activa de la comunidad a través de jornadas educativas, como instrumento innovador, para el libre y normal desarrollo de la población juvenil en diferentes ciudades de nuestro país.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analizar la incidencia de abortos en gestantes menores de 20 años, que consultaron en el Hospitales san Vicente de Paul y Raúl Orejuela Bueno.
- Contribuir a la prevención del embarazo no deseado promoviendo a través de educación para la salud dirigida a la mujer (adolescente) y a la comunidad.
- Reflexionar sobre algunos factores determinantes del embarazo adolescente como son el aumento y mayor visibilidad de la población adolescente, la persistencia de las condiciones de pobreza, la escasa información sobre sexualidad y anticoncepción, la persistencia de la violencia sexual y la falta de oportunidades para las mujeres. Así como factores psicológicos.
- Promover la reflexión conjunta entre adolescentes y sus padres sobre la salud reproductiva y responsable.
- Implementar un sistema de información y registro de adolescentes embarazadas de bajos recursos con estadísticas por sexo y edad.
- Promover actitudes de autoconocimiento, auto aceptación, autovaloración y auto cuidado.
- Analizar qué factores inciden en los embarazos a temprana edad.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La realización de ésta investigación es relevante, debido a que la educación sexual es para este proyecto un pilar fundamental para la adquisición de una cultura juvenil formada en la comunidad de algunos municipios de nuestro país y es mediante ella que se gestan procesos de sensibilización y compromiso con la sociedad.

La construcción de este proyecto fundamentado en la sexualidad, es la cimentación de una sociedad, en la cual la calidad de vida sea el eje fundamental. Sin embargo, el embarazo a temprana edad es un factor determinante que desvirtúa el proyecto de vida de una cultura y surge por la transformación de valores impuestos por el ecosistema comunicativo y sueños prefabricados que la sociedad de consumo impone cada vez que hace promoción publicitaria.

La participación ciudadana en los procesos de educación es fundamental y solo se puede lograr si se hace de la educación sexual un espacio de construcción permanente de valores humanos en torno a la protección de la dignidad juvenil. Por tanto, la actitud de una comunidad comprometida en contribuir con la promoción y prevención del embarazo a temprana edad, sería una respuesta positiva que se pretende lograr con esta propuesta. En este sentido es responsabilidad de los adultos preparar a los jóvenes de nuestro municipio para que participen activamente, en la gestión de búsqueda de alternativas en la solución al problema del embarazo en adolescentes, ocasionado muchas veces por la inadecuada formación de los padres para con sus hijos, la sobreprotección, la falta de confianza de sus formadores y otras veces por la inexperiencia de los involucrados, nos permite pensar que es necesario un conocimiento reflexivo, sin tabú, el cual solo se puede edificar mediante procesos permanentes de formación y acompañamiento, en que la acción pedagógica es el mejor camino en la construcción de una cultura juvenil responsable y dueña de sus propios actos, lograda mediante la educación establecida en torno a los problemas mencionados anteriormente.

La sexualidad tiene un rol importante en la adolescencia, se define como el conjunto de características psicológicas y socioculturales que poseen tanto hombres como mujeres, se manifiesta de muchas maneras, en la forma de hablar, de caminar, de vestir y de tratar a las personas del género opuesto y de su mismo género .

El sexo, es el conjunto de características corporales que dividen anatómicamente a los hombres y mujeres.

Otra característica que abarca el concepto de sexualidad es el uso de los métodos anticonceptivos, los cuales son sustancias, objetos o procedimientos que evitan que la mujer quede embarazada.

Permiten tener el control de la natalidad, ayudando a las parejas a decidir si desean o no tener hijos en el momento en que estén preparadas para ellos.

Como si fuera poco Los adolescentes al no contar con suficientes conocimientos sobre métodos anticonceptivos, al momento de tener relaciones sexuales han tenido que enfrentar embarazos no deseados a temprana edad, según reportes como de 2005 del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, en Colombia de los dos millones de partos que anualmente ocurren, el 50% corresponden a menores de 18 años.

1.4 LIMITACIONES

Teniendo en cuenta que las limitaciones hacen referencia a poder conocer con cuantos recursos humanos y económicos cuenta nuestro estudio de investigación se logro establecer que, como en todo trabajo de investigación surgen algunas dificultades, en la mayoría de los casos en consecución de la información con base en las fuentes de datos del grado primario o secundario; con información veraz y confiable en lo referente a lo estadístico. Otro aspecto importante, es el factor tiempo para la recolección de información, el cual ya se ha hido sorteando para dar cumplimiento. Lo relacionado al lugar y espacio; este trabajo se realizo en los municipios de Palmira Valle, Villavicencio Meta, Istmina Choco, Ocaña Santander y Florencia Caquetá con soportes de entidades estatales como son el aporte de los hospitales San Vicente de Paul y Hospital Raúl Orejuela Bueno, los colegios Cárdenas y satélites e Instituto Comercial del Valle (Politécnico), Secretarías de Salud de cada uno de los municipios mencionados.

Lo relacionado a costos es muy bajo, se requiere de papel, lapicero, fotocopias y transporte, se requiere disponer de tiempo para la recolección de datos, con sus respectivas entrevistas. Lo ideal de todo trabajo de investigación es poder ofrecer un aporte o dar solución a un problema en beneficio de la comunidad, con este trabajo como Regentes de Farmacia nos permite generar conocimientos o bases importantes para transferirlos a la comunidad en el ejercicio laboral que nos corresponda realizar a cada uno de nosotros.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El concepto de adolescencia proviene del latín *adolescere*, crecer, es comprendido como el período de la vida entre la maduración biológica (incluida la madurez sexual) psíquica y social, y el momento de asumir los papeles y responsabilidades de los adultos, es relativamente nuevo y surge como epifenómeno de las sociedades occidentales modernas, relacionado con un mayor grado de industrialización y urbanización, que llevó a dar importancia a la educación como factor fundamental para avanzar en la sociedad.

La adolescencia se caracteriza por grandes y rápidos cambios en el crecimiento y desarrollo físico, sólo superados por los que ocurren en la vida fetal y la primera infancia. Es también un período de cambios mentales, emocionales y sociales profundos. Debido a la velocidad con que ocurren estos cambios y procesos de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que busca incorporarse, se observan ambivalencias y contradicciones, lo que hace que el desarrollo no se manifieste como un proceso continuo sino como una serie de avances y aparentes retrocesos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como población adolescente al grupo que estriba entre los 10 y 19 años de edad; como juventud al grupo entre los 15 y 24 y como gente joven a la cohorte relativa al grupo entre los 10 y 24 años. Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y en consecuencia por las distintas necesidades y percepciones, es conveniente subdividir el grupo 10-19 años en los subgrupos 10-14 (adolescencia temprana) y 15-19 (adolescencia tardía) y juventud propiamente dicha al grupo 20-24 años.

Con respecto a América Latina y el Caribe no todas las leyes políticas definen el término "adolescente". Sólo Brasil, Colombia, México y Panamá definen legalmente a los adolescentes como aquellas personas entre 12 y 18 años de edad.

Estos períodos tienen límites poco definidos y su duración está condicionada por factores no sólo biológicos sino de índole política, cultural, social, psíquica, económica y de equidad o inequidad de género, aspectos íntimamente relacionados con las condiciones socioculturales en que ocurren. Lo que sucede en esta edad, de forma a cómo los niños y niñas desarrollarán su vida como hombres y mujeres, no sólo en relación con la salud, sino también con su integración social y económica.

2.1.1 Historia Natural. Durante el transcurso de 1881 a 1971 en lo que respecta a la justificación de la natalidad, hubo unas cuantas personas lo suficientemente perspicaces y visionarias, como para observar que la anticoncepción podría

desempeñar un papel vital en la lucha contra la mortalidad y el mejoramiento de la salud materno infantil. Una familia planificada podría significar la gran diferencia hacia la salud y la felicidad. También se pensó que la anticoncepción podría ayudar a reducir la cifra global de abortos ilegales que representaban la única forma que mucha gente encontraba para espaciar o limitar su descendencia.

Como resultado del incremento en las relaciones sexuales, las que se desarrollan cada vez a edades más tempranas (en Colombia el rango de edad promedio está entre 15 y 17 años para las adolescentes) y sin el uso adecuado de medidas anticonceptivas, los embarazos en los adolescentes han aumentado notablemente en épocas recientes. Cada año, 78 de cada 1000 colombianas de 15 a 19 años dan a luz. El número de nacimientos ocurridos entre las adolescentes aumentó de unos 123.000 en 1973 a 127.000 en 1986; la razón para tal incremento radica en que el número de mujeres fue aumentando paralelamente con el crecimiento demográfico del país.

Las conclusiones obtenidas de estas discusiones fueron importantes, decidieron que el control de la natalidad debía ser considerado como una parte esencial de la salud pública y de la medicina preventiva, que la diseminación de la anticoncepción era la mejor arma contra el aborto inducido y que el control de la natalidad debía incluirse en las carreras de todos los estudiantes de medicina.

En este comité se asentaron cinco principios: Cada vástago tiene el derecho de ser deseado por ambos progenitores y que los progenitores tienen el derecho de decidir del número de niños que quieren. Toda la gente tiene la libertad de obtener información científica acerca del control de la concepción y el tratamiento de la esterilidad bajo dirección profesional. Todos los niños tienen derecho a educación sexual científica y posteriormente a una preparación matrimonial adecuada. Los colegios y universidades deberían entrenar equipo profesional para ayudar a la gente en estos aspectos y que la investigación científica en el campo del sexo y de la fertilidad humanas y del desarrollo de medidas anticonceptivas confiables que puedan ser aceptadas mundialmente son de necesidad urgente.

En un principio la planificación familiar no era de vital importancia, en la ONU se delimitaba el presupuesto para combatir las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), pero gracias a esta delimitación surgieron programas que apoyaban la planificación familiar, una de las primeras fueron las Norte Americanas y las de Suecia con movimientos voluntarios.

En lo que respecta a conocimientos sobre anticoncepción más del 90% de los adolescentes en todos los grupos conocen la manera en que se embaraza a una mujer y saben que se puede hacer algo para prevenir el embarazo, cuando se tiene relaciones sexuales. Sin embargo, solo alrededor del 40% de las mujeres y 25% de los hombres conocen algún método anticonceptivo. De los adolescentes que mencionaron anticonceptivos, lo más nombrados fueron el Condón (31% por

hombres y 20% por mujeres), Píldora (29% por mujeres y 23% por hombres), DIU (15% por mujeres y 10% por hombres), Inyecciones (8% por mujeres y 4 %por hombres) y Espumas 7% por ambos sexos.

2.1.2 El escenario sociocultural del problema escogido

Según la estudiante Carmen División política del Departamento del Valle del Cauca.

El departamento del Valle del Cauca está conformado por 42 municipios de los cuales los más importantes son: **Cali (capital)**, Buenaventura, Buga, Bugalagrande, Caicedonia, Cartago, La Cumbre, La Unión, Florida, Jamundí, **Palmira**, es segunda población en importancia del departamento; Tulúa, Yumbo y Zarzal.

Palmira Valle del Cauca (Acuerdo No 013 de 2008)

La suscrita secretaria general del honorable concejo municipal de Palmira, hace constar que mediante el Acuerdo No 013 por medio del cual se aprueba el “El Plan de Salud Territorial de Palmira” para el periodo 2008- 2011, fue presentado a iniciativa del ejecutivo municipal.

Para constancia se firma en Palmira a los 5 días del mes de agosto de 2008. El día 12 de agosto de 2008, fue aprobado este acuerdo por el alcalde Doctor Raúl Arboleda Márquez.

De acuerdo a lo anterior la ciudad de Palmira Valle del Cauca, en el escenario sociocultural escogido, y este municipio si está cumpliendo con el plan de salud; promoción de la salud y prevención de la incidencia de adolescentes embarazadas, es problema de salud pública y se encuentra contenido en el Plan Territorial de Salud (PTS).

Según aporte de la estudiante Jenny

PLAN TERRITORIAL DE SALUD EN VILLAVICENCIO

El Plan Territorial de Salud (PTS), es el resultado de un análisis de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en nuestro Municipio, sobre la problemática del sector, planeando la inversión y manejo de los recursos disponibles para la salud según las necesidades y las prioridades identificadas.

El PTS se apoya directamente en los lineamientos generales de política Local establecidos como directrices globales en el Plan de Desarrollo Municipal “Villavicencio Ciudad Decente de Colombia”, en el Plan de Ordenamiento Territorial, como un referente para determinar el impacto de los diferentes

programas y proyectos a cargo de la Secretaría Local de Salud al igual que los planes de desarrollo Departamental y Nacional, en la Normatividad general, como un instrumento jurídico aplicable a todo su accionar institucional y operativo, en el Banco de Programas y Proyectos del Municipio de Villavicencio que permitirá articular procesos de planeación y presupuestación sectorial teniendo en cuenta la cobertura, ubicuidad y estratificación de la población objetivo de cada uno de los proyectos, que en suma estarán acordes con el Plan de Desarrollo Municipal.

En Villavicencio estas actividades se desarrollan a través de la Secretaría Local de Salud ó Dirección Local de Salud, la cual fue certificada mediante Resolución 3390 de diciembre de 1997 para la transferencia directa de los recursos del Situado Fiscal del Sector Salud.

Los funcionarios de la Secretaria Local de Salud a efectos de elaborar el PTS, adelantaron las actividades pertinentes para obtener el diagnóstico del Sector Salud en el Municipio de Villavicencio, en la priorización de problemas identificados los de mayor relevancia corresponden a: Falta de eficacia en la destinación de los recursos del Régimen Subsidiado por problemas de depuración de la base de datos de afiliados (Afiliados suspendidos) y bajo porcentaje de carnetización por parte de las EPS-S. Deficiencia en el adecuado flujo de los recursos destinados al Régimen Subsidiado entre los actores del Sistema. (Falta de talento humano y tecnología adecuada).

Con base en lo anterior, el desarrollo de la planeación estratégica prevista en el presente documento contempla la visión, misión, objetivos y estrategias a desarrollar dentro del marco del PTS cuyo propósito fundamental es el de liderar la construcción y desarrollo colectivo de la calidad de vida de los Villaviccenses, a partir de planes, programas y proyectos, garantizando el aseguramiento, el acceso a los servicios de salud, promoción, prevención, inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo que afectan la salud humana, dentro del marco de los principios de equidad, eficiencia y calidad de los actores del Sistema, contando con talento humano comprometido, calificado, motivado con sus principios y valores y con la mejor tecnología disponible.

DE LOS ASENTAMIENTOS SUBNORMALES EN VILLAVICENCIO

El Municipio de Villavicencio durante los años anteriores a 1997 invertía exclusivamente recursos propios en la nómina de la Secretaría Local de Salud, con recursos de Regalías Petrolíferas inicialmente en poca cantidad, se han venido incrementando y participando activamente en el desarrollo de Prestación de Servicios, en el Régimen Subsidiado cofinanciando conjuntamente con el FOSYGA, así mismo se ha permitido utilizar los recursos de los Ingresos Corrientes de libre destinación (ICLD)

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN VILLAVICENCIO

Los propósitos del gobierno municipal en materia de salud, tienen que ver con garantizar una cobertura útil de la vacunación y aumentar significativamente los Actuales indicadores de inmunización. Brindarles posibilidades a los niños de tener una nutrición adecuada, que le permita un desarrollo físico y mental.

Ofrecerles a las mujeres embarazadas controles oportunos, una atención institucional especializada y un parto que corresponda a estándares de calidad. Prevenir la ocurrencia de enfermedades e infecciones.

Atender adecuadamente a la población infectada con Sida y desarrollar actividades sobre salud sexual y reproductiva, que entre otros propósitos busque reducir sustancialmente el número de casos de embarazo en adolescentes.

A esto se le suma la necesidad de promover hábitos de convivencia pacífica en el hogar, para evitar la violencia que afecta a las mujeres y los niños. Además, garantizar el acceso a la salud de los más pobres, pero en especial de los niños menores de cinco años.

Según información de la estudiante gloria

PLAN TERRITORIAL EN SALUD DE FLORENCIA CAQUETA

1. PLAN TERRITORIAL DE SALUD

En la elaboración del Plan Territorial de Salud se caracterizan 6 ejes fundamentales que son:

1. Eje Programático de Aseguramiento. Incluye las siguientes áreas subprogramáticas de gestión: se enfatiza en la vigilancia y el control de las actividades, con relación al sistema de seguridad social en salud y todo lo relevante a la utilización y manejo por parte de las IPS y EPS, teniendo en cuenta el recurso humano adecuado para tal gestión es decir vigilando y controlando.
2. Eje Programático de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud. Incluye las siguientes áreas subprogramáticas, en desarrollo de la política nacional de prestación de servicios de salud: en cuanto al Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud,
3. Eje Programático de Salud Pública. Incluye las siguientes áreas subprogramáticas de carácter individual y colectivo como son; Acciones de promoción de la salud y calidad de vida; prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios); de vigilancia en salud y

gestión del conocimiento; gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional en Salud Pública.

4. Eje Programático de Promoción Social. Incluye las siguientes áreas subprogramáticas: Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales como población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven; Acciones de salud en la "Red para la Superación de la Pobreza Extrema - Red Juntos"; c) Acciones educativas de carácter no formal dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.
5. Eje Programático de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.
6. Eje Programático de Emergencias y desastres
7. Identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres; desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres cuya respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres sea oportuna

2. PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

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

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

1. Promoción de la salud y calidad de vida.

Guías de Atención Integral; Promoción de la estrategia de vacunación sin barreras

con la cooperación intersectorial y comunitaria para el logro de coberturas útiles de vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos (2) años de vida; programa canguro para atención al recién nacido, "Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia", AIEPI; "Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia", IAMI, en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS; Promoción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud infantil, salud sexual y reproductiva; Desarrollo de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural; Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el hogar, ámbito laboral, escolar y en instituciones como guarderías y hogares de bienestar; Promoción de la red comunitaria en salud mental y formación de grupos gestores y redes de apoyo para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas; Tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria; Prevención del consumo de sustancias psicoactivas; Desarrollo de las estrategias de Instituciones Educativas, Espacios de Trabajo y Espacios Públicos Libres de Humo de Tabaco y de combustibles sólidos, en coordinación con Entidades Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los sectores educativo, de cultura, deporte y otros; Desarrollo de la estrategia de entornos saludables en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los sectores educativo, de cultura, deporte y otros; Promoción del desarrollo de servicios de salud diferenciados para la prevención del consumo experimental y cesación del consumo de tabaco por ciclo vital, sexo y etnia; Promoción de campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP; Promoción de la actividad física en los servicios de salud, escenarios educativos, redes y grupos comunitarios y ámbitos laborales, entre otros; Promoción de la dieta saludable en los servicios de salud, comedores, restaurantes públicos y en los restaurantes de empresas e instituciones de trabajo, entre otros; Promoción de campañas de diagnóstico precoz de diabetes e hipertensión arterial en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP; Promoción del Programa Visión 20/20 e inducción a la demanda de los servicios de atención en salud en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS; Promoción de la salud auditiva y cognitiva, y prevención de las lesiones evitables en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS.

2. Acciones de prevención de los riesgos en salud.

- a) Apoyo al desarrollo de jornadas de vacunación, intensificación o bloqueo según el riesgo municipal;
- b) Realización de censos de canalización y vacunación extramural, monitoreo rápido de coberturas y vacunación en áreas dispersas según lineamientos nacionales;
- c) Suplementación con vitamina A, "estrategia PAI-plus" en poblaciones de alto riesgo.
- d) Fortalecimiento de salas ERA, UROC y UAIRAC en sitios de alta prevalencia de IRA-EDA;
- e) Búsqueda activa de gestantes para captación en el primer trimestre de embarazo en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;
- f) Identificación de poblaciones vulnerables y canalización hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar y citología cérvico-uterina, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;
- g) Implementación del modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia;
- h) Impulsar el desarrollo de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad, para control prenatal, atención del parto y posparto, las emergencias obstétricas, e interrupción voluntaria del embarazo;
- i) Impulsar el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la Guía de Atención en VIH/SIDA;
- j) Desarrollo e implementación del Plan de Respuesta Intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los actores de otros sectores y la comunidad;
- k) Implementación de la estrategia de "Atención Primaria en Salud Mental" en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS-, Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los actores de otros sectores y la comunidad;
- l) Gestión de los insumos críticos, medicamentos, elementos y dispositivos del Plan Ampliado de Inmunizaciones, control de vectores, lepra, tuberculosis y zoonosis;
- m) Fortalecimiento de la red de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones;
- n) Actualización del censo de población canina y felina, control de su natalidad y desarrollo de jornadas de vacunación antirrábica;
- o) Coordinación con otras autoridades y sectores de las actividades de prevención, vigilancia y control de zoonosis, tales como rabia silvestre,

- encefalitis equinas, brucelosis, tuberculosis bovina, teniosis-cisticercosis, encefalopatías de etiología priónica y otras que, a juicio de las autoridades de salud, se consideren de interés en salud pública;
- p) Aplicación de las medidas de prevención y control selectivo e integral de vectores, según los lineamientos nacionales;
 - q) Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y de piel y sistema nervioso periférico, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP;
 - r) Desarrollo e implementación del plan estratégico "Colombia Libre de Tuberculosis 2006-2015", en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS;
 - s) Fortalecimiento e implementación de la estrategia "Tratamiento Acortado Supervisado DOTS/TAS", para el manejo de pacientes con tuberculosis en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS;
 - t) Tamizaje visual en adultos mayores de 50 años no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y canalización a los servicios de atención para el control de la ceguera;
 - u) Desparasitación y Suplementación con micronutrientes a grupos de más alta vulnerabilidad no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
 - v) Canalización y seguimiento hasta lograr la recuperación nutricional de los menores de dos (2) años con algún grado de desnutrición, en coordinación con las Entidades

Estudiante Abelardo de Jesús

RESUMEN DEL PLAN TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE ISTMINA

El Plan Municipal de Salud Pública (PMSP) se define como una relación de fines asociados al mejoramiento del estado de salud de un territorio y los medios para lograrlo, a través de acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, recuperación de la salud y superación de los daños, vigilancia, gestión del conocimiento y gestión de recursos del sistema de salud.

El PMSP tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población logrando en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

OBJETIVOS DEL PLAN

Bajo enfoques Poblacionales, buscando brindar atención integral a la población especialmente la más vulnerable, con énfasis en grupos como jóvenes, adultos mayores, niños, discapacitados y con principios de diferencias étnicas y culturales; un enfoque de determinantes que permita identificar los factores condicionantes

de la salud antes mencionados y el enfoque de gestión social del riesgo; buscando la identificación y modificación del riesgo para evitar desenlaces adversos con el concurso de todos los actores de salud, se pueden definir los objetivos del Plan de Salud Pública de la siguientes forma:

1. La prevención y control de los riesgos evitables para la salud del colectivo y del individuo, dirigida a reducir la morbi- mortalidad general.
2. Ejercer a cabalidad las funciones de autoridad sanitaria municipal, de tal forma que se cumplan con las responsabilidades de cada uno de los actores que tienen que ver con la salud municipal.
3. Mejorar el estado de salud de la población municipal
4. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
5. Reducir las inequidades y exclusiones en salud especialmente desde el punto de vista étnico y cultural, exclusión de género y de aquellas poblaciones en estado de discapacidad y desplazamiento.
6. Promocionar la salud y la calidad de vida de los habitantes municipales dentro de estrategias de género, poblacionales, de atención a grupos especiales de la población, con diferencias étnicas y culturales.
7. Establecer y ejecutar acciones que propendan por el fortalecimiento de las instituciones que permitan la recuperación y superación de los daños en la salud.
8. Gestión de la autoridad sanitaria municipal para la adecuada ejecución y desarrollo de las acciones del Plan de Salud Municipal, así como la vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PRIORIDADES EN SALUD MUNICIPAL

- Mayor atención a la niñez y adulto mayor
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Acabar con la poca eficiencia de la prestación de los servicios de salud de parte de la red de prestadores
- Facilitar el acceso y oportunidad de los servicios de salud
- Construcción de entornos saludables especialmente escuela y vivienda saludable que permitan reducir las enfermedades.
- Atención de la salud sexual y reproductiva

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los riesgos de salud más frecuentes durante el período gestacional son:

- Riesgos médico-obstétricos: patología hipertensiva, anemia, bajo peso neonatal, parto prematuro, nutrición insuficiente, mayor probabilidad de muerte infantil y materna respecto a otros grupos de edad, aborto, pre-eclampsia. Es decir, la madre adolescente enfrenta, junto con su hijo, mayores riesgos médicos que la mayoría de las mujeres embarazadas, debido a su inmadurez física y psicológica; además tienen mayores probabilidades de volver a ser madres en un corto plazo. Existe una relación entre el corto intervalo de nacimientos y los altos riesgos de un resultado poco satisfactorio del siguiente embarazo, la mortalidad infantil y la desnutrición. La salud y el desarrollo deficiente del niño también están asociados con el intervalo que lo separa del nacimiento posterior, con el consiguiente efecto dañino, tanto para el niño desplazado como para quien lo desplaza.

- Riesgos psicosociales: como consecuencia del embarazo se altera la dinámica familiar; puede haber abandono de parte de la pareja, explotación laboral, deserción escolar, dificultad para tomar decisiones que afectan el proyecto de vida, poca o ninguna solvencia económica para educar y criar a su hija(o), entre otros factores.

- Riesgos afectivos: temor, rechazo de su embarazo, estados de angustia y a veces depresión, inestabilidad emocional, abandono de su pareja, negación de la paternidad. En una etapa de formación y búsqueda de su propia identidad, como lo es la adolescencia, combinado su crecimiento biológico y el cambio psicológico brusco que se presenta ante la situación de embarazo, ellas enfrentan su maternidad en condiciones muy desfavorables.

Para el hijo también se aumentan los riesgos de salud, tales como una mayor morbi-mortalidad, posibilidades de un nacimiento prematuro, incidencia de anomalías congénitas, rechazo social y familiar, sentido de ilegitimidad, discriminación por "mala" conducta de la madre, desconocimiento del padre o presentación de una figura negativa de un padre que los abandonó, que no los quiere; la alteración en la formación de patrones de identificación con el sexo masculino, sobreprotección materna o su expresión inversa: abandono, violencia, agresión, la dependencia de los abuelos y exposición a patrones de autoridad en muchos casos contradictorios y conflictivos; escasez o insuficiencia de recursos económicos y bajos niveles de Vida. El hecho existe, no se puede ocultar, contamos con un alto porcentaje de adolescentes embarazadas que no acuden oportunamente a los servicios de salud y atención prenatal, debido a los factores de orden psicosocial asociados con su maternidad, lo que potencia así el desarrollo de los factores de riesgos de salud propios de su estado con la particularidad del momento del ciclo vital que están viviendo.

2.3 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Retomando la pregunta de investigación ¿qué factor es el que influye para que en nuestros municipios sucedan tantos casos de embarazos?

3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La revisión de la encuesta por parte del coordinador y de los directores del plantel fue el día lunes 16 de mayo del presente año, además la aplicación del instrumento a la población estudiantil seleccionada fue ese mismo día.

El tipo de estudio a desarrollar es descriptivo, ya que se tiene por objetivo identificar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre anticoncepción, en una población estudiantil de dos colegios públicos, que en este caso son los terceros años, además, también se puede decir que el estudio es de encuesta, por que se tomo una muestra de un determinado grupo de individuos para analizar sus conocimientos de un determinado tema por medio de una encuesta o es un estudio transversal por que se analizaran los conocimientos que tienen sobre anticonceptivos en un solo momento al aplicar la encuesta.

Para evaluar la información recopilada, se medirán las respuestas de los adolescentes en la encuesta por medio de un puntaje, este le dará un valor de un punto por cada respuesta correcta, caso contrario por cada respuesta no acertada no se le dará puntuación alguna, posteriormente se sumara la puntuación que se dividirá entre el número de preguntas tomadas en cuenta para la evaluación (10).

Tomando como puntuación máxima 10 y la mitad 5, aquellos encuestados que hayan conseguido más de 5 aciertos se considerara que sus conocimientos sobre anticoncepción son suficientes y los que hayan conseguido menos de 5 se tomara como insuficiente la información que poseen sobre anticonceptivos.

Las preguntas que se tomaran en cuenta para esta evaluación son la 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18 y 19.

Las preguntas de la 1, 2 y 3 se tomaran para un análisis en el estudio de los lugares que influyen en la información sobre anticoncepción en los adolescentes de secundaria.

3.1 DISEÑO DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Población y muestra: Para la realización de la investigación se elaboro una encuesta de 19 preguntas y se selecciono una muestra por medio de la formula

$$n = \frac{Z^2 N p q}{e^2 (N-1) + 2^2 p q}$$

Por lo que al aplicar la formula dio un total de 48 encuestas para aplicar y para reforzar el estudio se encuestaron a un total de 132 adolescentes que se

encontraron al momento de la aplicación del instrumento. Siendo en el primer colegio 60 (30 hombres y 30 mujeres) y en el segundo colegio 72 (31 hombres y 41 mujeres).

El universo en estudio está conformado por los colegios de secundaria diurnos, ubicados en la ciudad de Palmira, las cuales entre las dos cuentan con una población total de 346 estudiantes en los terceros años diurnos, con 122 en el colegio No 1 y 224 en el colegio No 2.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en su página oficial de Internet, informa que según los resultados del Censo General 2005, la población en el Municipio de Palmira es de 290.442, los Hogares son 74.787, las Unidades Económicas 10.268 y las Unidades Agropecuarias 4.785.

3.2 TÉCNICAS DE ANÁLISIS

Índice analítico tentativo del proyecto: La recolección de datos estadísticos tiene como soporte la población real de la ciudad de Palmira Valle; están basados en la información recopilada en diferentes entidades de la salud de la ciudad como la Secretaria de Salud Municipal, con el aval del DANE; en los Hospitales San Vicente de Paul y Raúl Orejuela Bueno, centros de salud, con programas de educación y prevención; promoción de la salud y prevención de la incidencia de adolescentes embarazadas y patologías afines.

Hoy en día prevenir un embarazo adolescente no deseado de manera efectiva es mucho más fácil que hace algunos años. Gracias a los métodos anticonceptivos modernos, los y las jóvenes pueden hacerlo, pues planificar es una decisión libre e individual y un derecho sexual y reproductivo de fácil acceso.

Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos para elegir. Sin embargo, no debes olvidar que éstos deben ser formulados y controlados por profesionales de la salud expertos en el tema

3.3 GUÍA DE TRABAJO DE CAMPO

Para decidir qué tema se va a escoger como Problema de Salud Pública para la realización de este proyecto; como primera medida se debe conocer el plan territorial de salud (PTS) del municipio o ciudad donde vivimos cada uno de los integrantes del grupo 47. Conocer el plan de intervenciones colectivas (PIC) del Municipio o Ciudad de residencia.

El artículo de la ley se reglamentó con el **Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007**, por el cual se adopta el **Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010**, el cual es de obligatorio cumplimiento en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la nación y de las entidades territoriales

Luego de los conocimientos previos a este tema escogimos la promoción de la salud y prevención de la incidencia de adolescentes embarazadas a que se encuentra contenido en el Plan territorial de salud (PTS), o en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, del municipio o ciudad donde vivimos. A partir de estos aspectos empezamos cada uno de nosotros a conseguir toda la información estadística de programas en el sistema de salud local como es el caso de la Secretaria de Salud Municipal, hospitales y colegios.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 RECURSOS HUMANOS

Todos los integrantes del grupo colaborativo y las personas que nos facilitan toda la información como los miembros de los hospitales y las instituciones que nos permitieron la elaboración de nuestro trabajo, en cada región somos los componentes del Recurso Humano. Este trabajo de investigación sobre la promoción de la salud y prevención de la incidencia de adolescentes embarazadas entre los 12 y 20 años es individual; en cada una de las regiones en donde vivimos los integrantes del grupo 252828_47, realizamos las respectivas averiguaciones, para la presentación al foro de trabajo colaborativo, luego se hará una consolidación de todos estos aportes individuales para un trabajo final, para la sustentación.

4.2 PRESUPUESTO

Lo relacionado a costos es muy bajo, se requiere de papel, lapicero, fotocopias transporte e internet; disponer de tiempo para la recolección de datos con las personas a entrevistar que son la fuente de la información.

4.3 CRONOGRAMA

Cada uno de los integrantes del grupo colaborativo ha realizado un cronograma de acuerdo de sus posibilidades de tiempo y espacio, pero lo más importantes se tuvo en cuenta que se ajuste al contenido de **“El plan de Salud Territorial”** que es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios; tiempo aproximado fue de 30 días.

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

5.1 TABLA DE DATOS

DATOS ESTADISTICOS

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA: La muestra realizada en los colegios de secundarias diurnas seleccionadas para la investigación fueron Colegio Comercial Politécnico (No. 1) y el Colegio de Cárdenas satélite (No 2), ubicadas en el centro de la ciudad y con satélites a las afueras de la ciudad de Palmira, las cuales, entre los dos se cuentan con una población total de 346 estudiantes en los terceros años, 122 en el colegio 1 y 224 en el colegio 2.

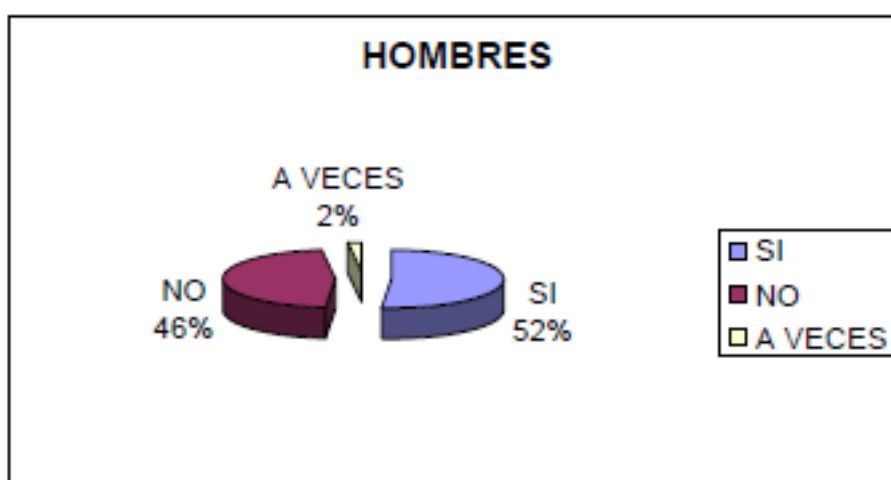
Para la realización de la investigación se elaboro una encuesta de 19 preguntas y basados en la formula de probabilidad estadística se deberían aplicar 48 encuestas y para reforzar el estudio se aplicaron 132 al azar. Siendo en el primer colegio 60 (30 hombres y 30 mujeres) y en el segundo 72 (31 hombres y 41 mujeres)

TOTAL DE COLEGIOS	SI	NO	A VECES	TOTAL
MUJERES 71	38 (53.52%)	31 (43.6%)	2 (2.81%)	71 (100%)
HOMBRES 61	31 (50.81%)	28 (45.9%)	2 (3.27%)	61 (100%)

No DE ALUMNOS DEL SEGUNDO COLEGIO



En el cuadro y grafica No 1 53.52% de mujeres estudiantes y 50.8% de hombres abordan temas de sexualidad con la familia y el 43.6% de mujeres y el 45.9% de hombres no hablan con la familia de esos temas.



Cuadro 3. CON QUIEN HABLAN DE SEXUALIDAD.

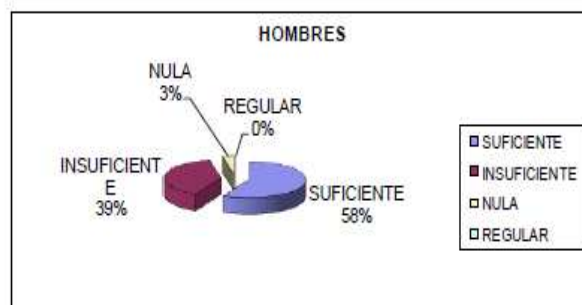
Del total de estudiantes encuestados el 54.92% de mujeres hablan de sexualidad con la mama y solo el 8.45% hablan con el papa, en cambio el 21.31% de hombres dicen hablar con la mama temas de sexualidad y el 26.2% con el papa.(cuadro y grafica 3).

TOTAL DE COLEGIOS	PADRE	MADRE	HERMANOS	AMIGOS	OTROS	TOTAL
MUJERES 71	6 (8.45%)	39 (54.92%)	4 (5.63%)	13 (18.3%)	9 (12.67%)	71 (100%)
HOMBRES 61	16 (26.2%)	13 (21.31%)	7 (11.47%)	9 (14.75%)	16 (26.2%)	61 (100%)



Sobre la información que brindan los colegios sobre anticoncepción, en el cuadro y grafica se puede observar que el 56.3% de las mujeres y el 57.37% de los hombres considera que la información proporcionada por las Instituciones es suficiente.

TOTAL COLEGIOS	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NULA	REGULAR	TOTAL
MUJERES	40 (56.3%)	30 (42.2%)		1 (1.47%)	71 (100%)
HOMBRES	35 (57.7%)	24 (39.3%)	2 (3.2%)		61 (100%)



Respecto al condón como método anticonceptivo de barrera un (86.8% de hombres y un 60.5% de mujeres afirman que este anticonceptivo pertenece a esa clasificación en cambio el 13.1% de hombres lo niegan y el 35.2% de mujeres desconocen dicha clasificación. (Cuadro y grafica 5)

Cuadro 5. EL CONDON ES UN METODO ANTICONCEPTIVO DE BARRERA

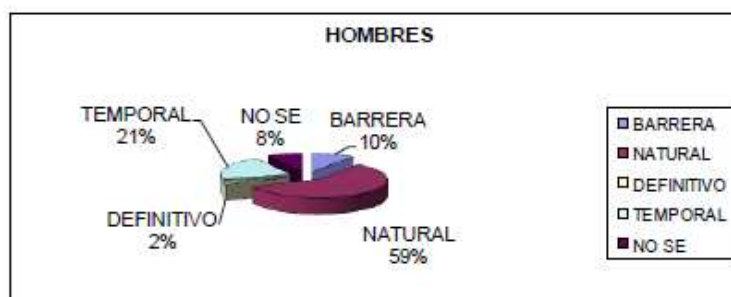
TOTAL COLEGIOS	CIERTO	FALSO	NO SÉ	TOTAL
MUJERES	43 (60.5%)	3 (4.2%)	25 (35.2%)	71 (100%)
HOMBRES	53 (86.8%)	8 (13.1%)		61 (100%)



Cuadro 6. METODO DE RITMO, ANTICONCEPTIVO NATURAL.

En el cuadro y grafica No 6 se que presenta el 63.38% de mujeres y el 59.01% de hombres encuestados mencionan que el método del ritmo está clasificado como método natural, mientras que el 26.7% de mujeres y el 32.7% de hombres dieron respuesta errónea y el resto desconoce esta clasificación.

TOTAL COLEGIOS	BARRERA	NATURAL	DEFINITIVO	TEMPORAL	NO SÉ	TOTAL
MUJERES	5 (7.04%)	45 (63.38%)	3 (4.22%)	11 (15.49%)	7 (9.85%)	71 (100%)
HOMBRES	6 (9.83%)	36 (59.01%)	1 (1.63%)	13 (21.31%)	5 (8.19%)	61 (100%)



Cuadro 7. VASECTOMÍA, METODO ANTICONCEPTIVO PARA HOMBRES.

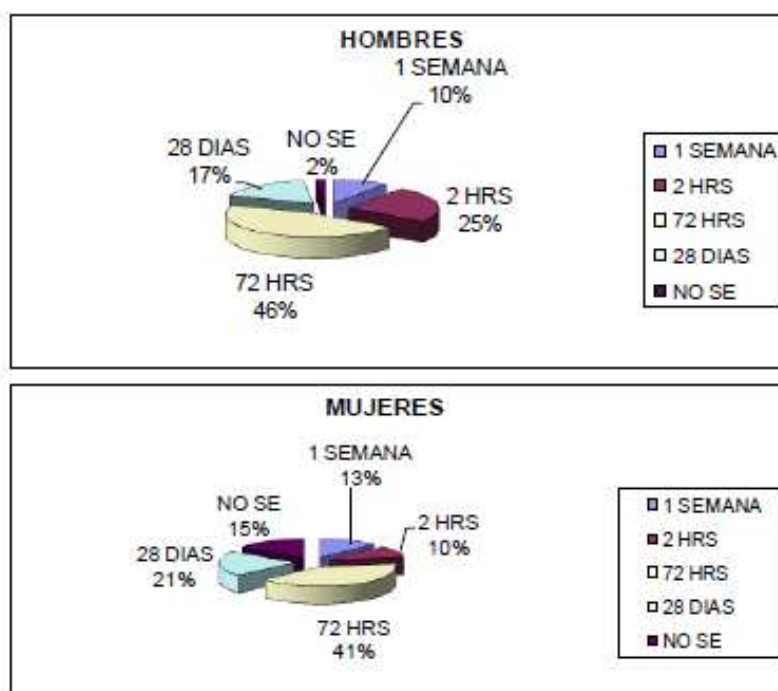
En el cuadro y grafica No 7 se presenta que el 69.01% de mujeres y el 63.93% de hombres de los 2 colegios de secundarias públicas contestaron que la vasectomía es un método anticonceptivo para hombres, sin embargo el 26.76% de mujeres y el 24.59% de hombres contestaron que es un método anticonceptivo para mujeres.

TOTAL COLEGIOS	MUJERES	HOMBRES	NINGUNO	ANIMALES	NO SÉ	TOTAL
MUJERES	19 (26.76%)	49 (69.01%)			3 (4.22%)	71 (100%)
HOMBRES	15 (24.59%)	39 (63.93%)	3 (4.91%)	2 (3.27%)	2 (3.27%)	61 (100%)

Cuadro 8. EFECTIVIDAD DE LA PASTILLA DE EMERGENCIA.

En el cuadro y gráfica No 8 se presenta que el 40.84% de estudiantes del género femenino y el 45.90% del género masculino respondieron a la encuesta que la efectividad de las pastillas de emergencia después de una relación sexual sin protección es de 72 horas y el 43.66% de mujeres y el 50.8% de hombres contestaron erróneamente.

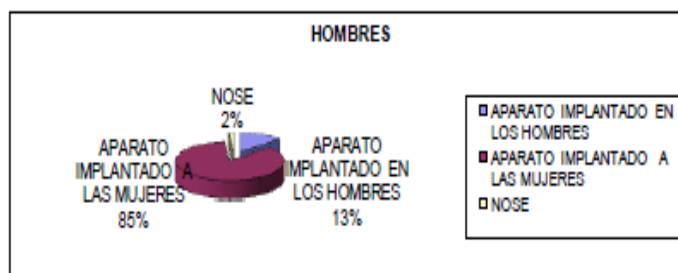
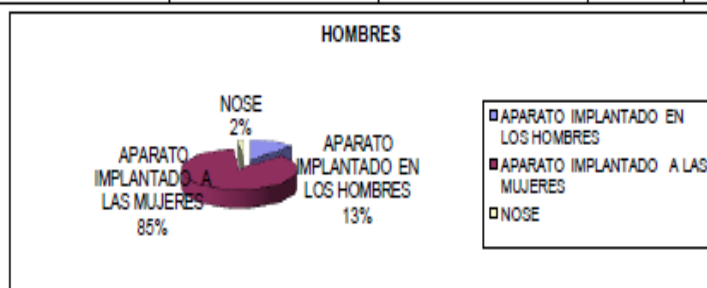
TOTAL COLEGIOS	1 SEMANA	2 HRS	72 HRS	28 DIAS	NO SE	TOTAL
MUJERES	9 (12.67%)	7 (9.85%)	29 (40.8%)	15 (10.12%)	11 (15.4%)	71 (100%)
HOMBRES	6 (9.83%)	15 (24.59%)	28 (45.9%)	10 (16.36%)	1 (1.6%)	61 (100%)



Cuadro 9. QUE ES EL DIU.

En el cuadro y grafica No. 9 se observa que el 80.28% de estudiantes del género femenino y el 85.24% estudiantes del género masculino reconocen como método anticonceptivo al DIU un aparato que se implanta en mujeres, y el 8.45% de mujeres y el 13.11% de hombres dicen que es un método anticonceptivo implantado en hombres.

TOTAL COLEGIOS	APARATO QUE SE IMPLANTA EN LOS CONDUCTOS SEMINALES DEL HOMBRE	UN PEQUEÑO DISPOSITIVO QUE SE IMPLANTA EN EL UTERO DE LA MUJER	NO SE	TOTAL
MUJERES	6 (8.45%)	57 (80.28%)	8 (11.26%)	71 (100%)
HOMBRES	8 (13.11%)	52 (85.24%)	1 (1.63%)	61 (100%)

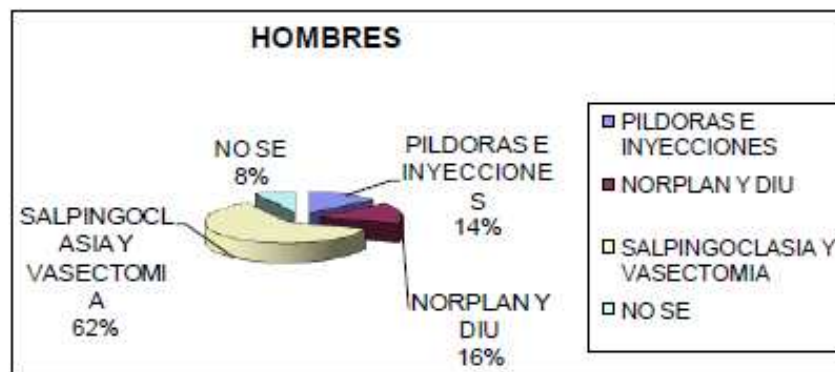
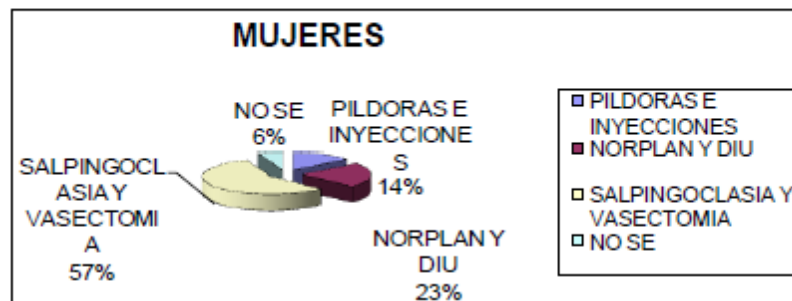


Cuadro 10. ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

Del total de estudiantes encuestados en ambos colegios el 56.33% de mujeres y el 63.93% de hombres señalan la salpingoclasia y vasectomía como métodos anticonceptivos permanentes y el 22.53% de mujeres y el 16.39% de hombres.

TOTAL COLEGIOS	PILDORAS E INYECCIONES	NORPLAN Y DIU	SALPINGOCLASIA Y VASECTOMÍA	NO SE	TOTAL
MUJERES	10 (14.08%)	16 (22.53%)	40 (56.33%)	4 (5.63%)	71 (100%)
HOMBRES	9 (14.75%)	10 (16.39%)	39 (63.93%)	5 (8.19%)	61 (100%)

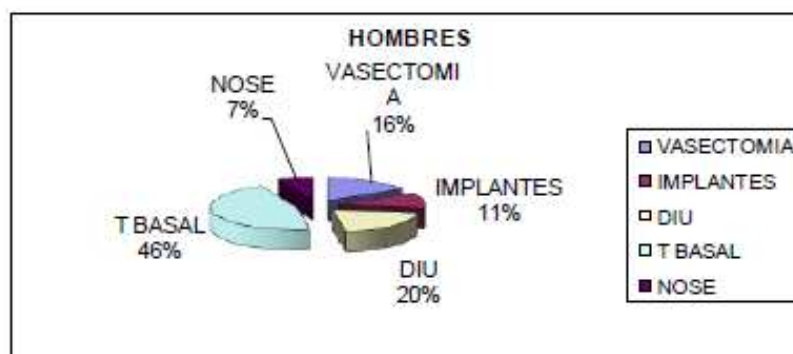
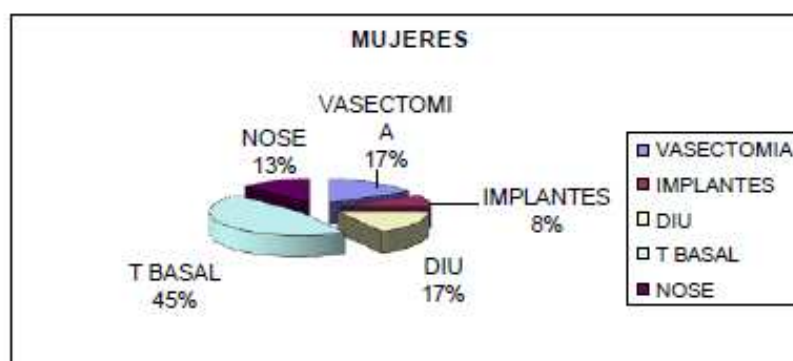
señalan que norplat y DIU se clasifican como métodos anticonceptivos permanentes. Estos datos se muestran en el cuadro y grafica No. 10.



Cuadro 11. ANTICONCEPTIVOS NATURALES.

En el cuadro y grafica No. 11 se muestra que el 45.90% de estudiantes del género femenino y el mismo porcentaje en el género masculino señalan que la temperatura basal pertenece al método anticonceptivo natural y el resto de estudiantes tanto hombres como mujeres señalan a la vasectomía, DIU e implantes como métodos anticonceptivos naturales.

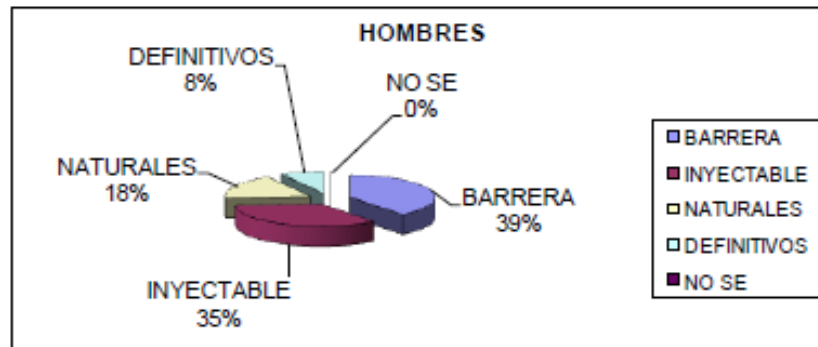
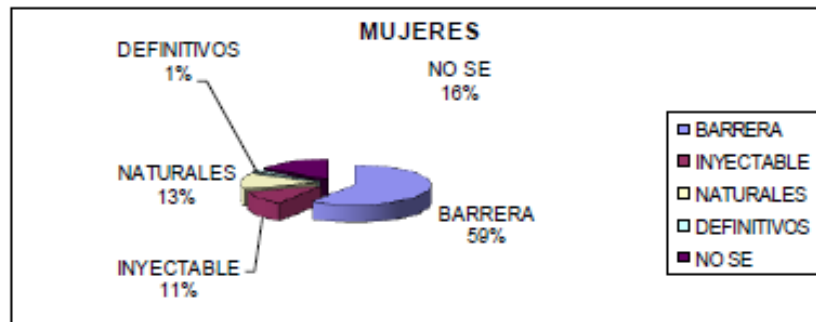
TOTAL COLEGIOS	VASECTOMIA	IMPLANTES	DIU	T. BASAL	NO SE	TOTAL
MUJERES	12 (16.9%)	6 (8.45%)	12 (16.9%)	32 (45.9%)	9 (12.67%)	71 (100%)
HOMBRES	10 (16.39%)	7 (11.47%)	12 (19.67%)	28 (45.9%)	4 (6.55%)	61 (100%)



Cuadro 12. EL ESPERMICIDA COMO METODO DE BARRERA.

Con el cuadro No 12 se indica que el 59.15% de las mujeres encuestadas en ambos colegios consideran que los espermicidas son métodos de barrera y por parte de los hombres obtuvieron el 39.4% señalando que espermicida es un método de barrera y él un 34.42% de hombres señaló que pertenecen a los métodos inyectables.

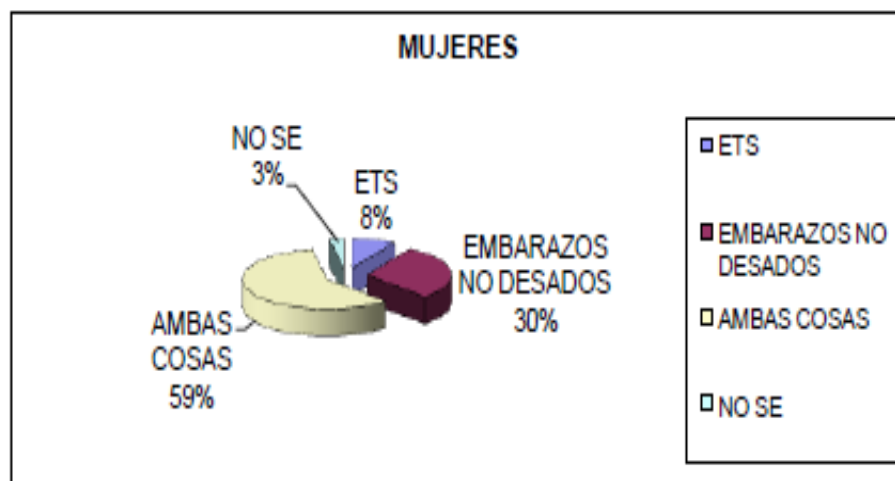
TOTAL COLEGIOS	BARRERA	INYECTABLES	NATURALES	DEFINITIVOS	NO SÉ
MUJERES	42 (59.15%)	8 (11.26%)	9 (12.67%)	1 (1.40%)	11 (15.49%)
HOMBRES	24 (39.34%)	21 (34.42%)	11 (18.03%)	5 (8.19%)	



Cuadro 13. PREVENCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Se observa que en el cuadro y grafica 13, que el 59.15% de las mujeres y el 44.26% de los hombres refieren que los métodos anticonceptivos son para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, mientras que el 44.26% de hombres señalan que evitan únicamente embarazos no deseados.

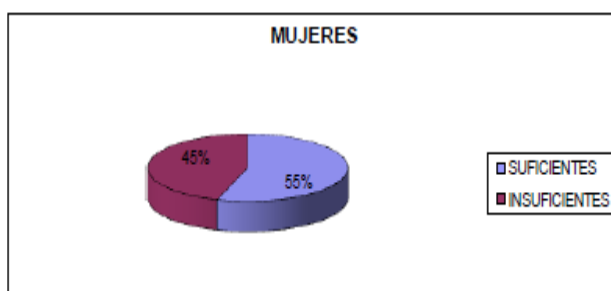
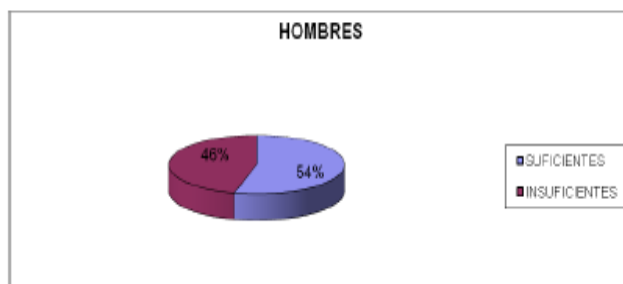
TOTAL COLEGIOS	ETS	EMBARAZOS NO DESEADOS	AMBAS COSAS	NO SÉ	TOTAL
MUJERES	6 (8.45%)	21 (29.57%)	42 (59.15%)	2 (2.81%)	71 (100%)
HOMBRES	6 (9.83%)	27 (44.26%)	27 (44.26%)	1 (1.63%)	61 (100%)



Con el propósito de comprobar la hipótesis del mayor conocimiento que tiene el género femenino en comparación con el masculino sobre métodos anticonceptivos. Se interpretó que las mujeres son las que cuentan con un conocimiento suficiente para evitar embarazos y las ETS, la diferencia entre hombres y mujeres fue mínima, por lo que el género masculino aborda con responsabilidad su sexualidad.(cuadro y grafica 14).

Cuadro 14 EVALUACION DE CONOCIMIENTOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

GÉNERO	SUFICIENTES	INSUFICIENTES	(No. de alumnos)
HOMBRES	33 (54.09%)	28 (45.9%)	61 100%
MUJERES	39 (54.92%)	32 (45.07%)	71 100%



COMPARATIVO DE COLEGIOS

El objetivo de realizar la encuesta a dos colegios de secundaria públicos fue para comparar los conocimientos de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos. Por medio de la evaluación que se realizó, se obtuvo que el 2do colegio tiene un conocimiento suficiente con un 59.7% sobre métodos anticonceptivos, mientras que en el primero solo el 48.3%.

Es importante destacar el nivel de conocimiento insuficiente del 1er colegio que obtuvo 51.6%, por ende los alumnos no conocen la clasificación y el uso adecuado de métodos anticonceptivos. (Cuadro y grafica 15)

Colegio Comercial Politécnico	CONOCIMIENTOS SUFICIENTES	CONOCIMIENTOS INSUFICIENTES	TOTAL DE ALUMNOS
Hombres / mujeres	29 (48.33%)	31 (51.6%)	60 ALUMNOS
Colegio de cárdenas			
Hombres / mujeres	43 (59.7%)	29 (38.88%)	72 ALUMNOS
TOTALES	72	60	132



CONCLUSIONES

Al concluir este trabajo terminar la investigación, se puede señalar que el estudio fue de 346 estudiantes, la muestra de la población adolescente oscila entre los 14 y 17 años de edad, la distribución de los alumnos en ambos colegios fue de 60 en el primero (30 mujeres y 30 hombres) y en el segundo de 72 (41 mujeres y 31 hombres).

En relación con las variables de estudio, en primer lugar se encontró que un poco menos de la mitad de la población estudiada no cuenta con conocimientos suficientes sobre anticoncepción, la segunda fue en relación al conocimiento entre genero del tema de anticoncepción, aspecto en el que se puede concluir los conocimientos entre genero son iguales, ya que no hay una diferencia considerable del género femenino al masculino.

Por lo que la hipótesis de esta investigación señalo que las mujeres poseen mayor conocimiento sobre anticoncepción que los hombres, por lo que se puede decir que de acuerdo a la evaluación de población estudiada tanto hombres como mujeres poseen una información igual sobre el tema de anticoncepción.

En lo que respecta a la evaluación que se realizo a la población de cada escuela se concluye que es en la segunda donde se posee mayor información sobre anticonceptivos que en la primera, pero cabe señalar que en la primera un poco más de la mitad y de la segunda menos de la mitad sus conocimientos en este tema se evaluaron como insuficientes.

Los conocimientos que tienen los alumnos sobre los métodos anticonceptivos mecánicos, el dispositivo intrauterino la mayoría de los estudiantes hacen referencia que es un anticonceptivo para el género femenino, pero una cuarta parte opina que se le implanta a los hombres, lo cual nos permite concluir que el dispositivo intrauterino una cierta cantidad de adolescentes desconoce su uso y a quien se le implanta, en cuanto a la clasificación de los métodos anticonceptivos de barrera, casi la mitad del género femenino estudiado desconoce que el condón pertenezca a esta clasificación, siendo este uno de los mayor difusión en la sociedad.

Otro aspecto relevante fue el que se clasifica la salpingoclasia y vasectomía como anticoncepción permanente y un poco menos de la mitad de los adolescentes no identifica a la salpingoclasia y la vasectomía dentro de esta clasificación, este punto es necesario que se tenga presente desde temprana edad como orientación de los diversos métodos y que en un determinado momento determinado de su edad adulta pudieran practicársela.

Lo anterior se interpreta de que a los adolescentes se les necesita ampliar la información sobre anticoncepción, que tanto en las escuelas como en los hogares

se debe de abordar este tipo de temas y en el ámbito escolar donde se debe de reforzar con mayor fuerza programas que se enfoquen al de sexualidad, en especial el de la anticoncepción, con sus clasificaciones, definiciones, efectividad y todo lo que lo relaciona, los cuales deben de ser permanentes en la población adolescentes, esto con el fin de disminuir los embarazos no deseados y las enfermedades de trasmisión sexual, ya que las escuelas después del núcleo familiar son el lugar donde se forman valores, principios y sobre todo educación en la vida de los seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA

ALARCON, Francisco. Planificación Familiar. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materna Infantil. IMSS.

DE WEISS, Susan, Andrade Palos Patricia, Townsend Jonhs, Givandan Martha. 1994. vol.7. año 17. N.1. evaluación del Programa de Educación Sexual y Anticoncepción en Adolescentes. "Revista Salud Mental". México.

FIGUEROA, Juan Guillermo, Aparicio Jiménez Ricardo Cesar. Abandono de la Anticoncepción. Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaria de Salud.

MALCOMS, Potts Johs Peel. 1974. Historia de la Anticoncepción y Métodos de Anticonceptivos. "Técnicas de Control de Natalidad". México: Diana.

MC CUNE, Mariana M. 2000. Salud Reproductiva de los Adolescentes. "Network en Español. Family Health. Nueva York.

YOSHIKO, Higashida Hirose Berta. 2001. Sexualidad del Adolescente. Ciencias de la Salud. México: UNAM