

**“EMBARAZO EN ADOLESCENTES MENORES DE 16 AÑOS, CAUSAS
Y CONSECUENCIAS EN LAS CIUDADES DE IBAGUÉ, CALI,
BOGOTÁ Y VÉLEZ”**

**MARIA EUGENIA CUELLAR GUTIERREZ
YOHANA GUARIN OSMA
MARIA EDITH LOZANO RAMIREZ
DEYANIRA MURILLO ARIZA
MABEL TATIANA VACA OLARTE**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

**“EMBARAZO EN ADOLESCENTES MENORES DE 16 AÑOS, CAUSAS
Y CONSECUENCIAS EN LAS CIUDADES DE IBAGUÉ, CALI,
BOGOTÁ Y VÉLEZ”**

**MARIA EUGENIA CUELLAR GUTIERREZ
YOHANA GUARIN OSMA
MARIA EDITH LOZANO RAMIREZ
DEYANIRA MURILLO ARIZA
MABEL TATIANA VACA OLARTE**

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

Asesor:

DILSON RIOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVOS	5
1.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3.2 ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL PROBLEMA	7
4. MARCO CONCEPTUAL	9
5. MARCO DE REFERENCIA	14
6. MARCO LEGAL	26
7. MARCO METODOLÓGICO	28
7.1 METODOLOGIA	28
7.2 TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	28
7.3 FORMATO ENCUESTAS	29
8. ANALISIS DE LOS DATOS	30
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de transición del ciclo de crecimiento que marca la niñez y anuncia la adultez. Implica la reestructuración de valores, actitudes intereses, normas y pautas de comportamiento psicológico y social. Simultáneamente con el proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal ocurren una serie de eventos psicoemocionales, así como un proceso de adaptación al grupo socio cultural de su tiempo y entorno, que lo llevan a alcanzar la madurez físico-psíquica y el estatus adecuado que le permiten asumir responsabilidades, ejercer deberes y tener derechos de adultos.

Se puede dividir la adolescencia en tres etapas: Temprana de los 10 a los 14 años, media de los 15 a los 17 años y tardía de los 18 a los 20 años. En cada una de ellas se realizan cambios en el desarrollo cognitivo, emocional, social y moral del individuo.

Durante la adolescencia, el ser humano debe realizar procesos fundamentales: adquisición de autonomía y afianzamiento de su propia identidad, pertenencia y aceptación por parte de un grupo social y elaboración de un proyecto de vida.

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

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

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles son las causas y las consecuencias que deben afrontar las adolescentes de las ciudades de ciudades de Ibagué, Cali, Bogotá y Vélez; embarazadas antes de los 16 años.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Conocer la información disponible que las y los adolescentes tienen respecto al embarazo y a la práctica sexual.
- ✓ identificar las repercusiones sociales a que se enfrentan las adolescentes embarazadas.
- ✓ Estimar las causas de embarazos en adolescentes.
- ✓ Establecer recomendaciones para evitar embarazos en adolescentes.
- ✓ Determinar cuáles son los factores de riesgo para que unas adolescentes se embaracen en ese período de sus vidas.
- ✓ Identificar alternativas que permitan disminuir que las adolescentes se embaracen cada vez a más temprana edad.

2. JUSTIFICACIÓN

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

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales (morbilidad) y un problema en salud pública.

Son varios los factores que influyen y han influido en el aumento del embarazo en esta época de la vida como son: el inicio temprano de las relaciones sexuales heterosexuales, maduración sexual temprana, mayor libertad de horario, mayor facilidad de encuentros íntimos, no uso de anticoncepción preventiva por ignorancia o por inaccesibilidad a los mismos, o falla del método anticonceptivo.

Lo anterior requiere de la unión de esfuerzos del sector salud, educación y padres de familia; para evitar los embarazos en adolescentes; ya que un embarazo en esta etapa de la vida en la que se realiza la transición de un niño a un adulto, es la menos indicada para asumir la responsabilidad que implica engendrar un hijo, criarlo y formarlo, para que en el futuro sea un adulto útil para su familia y la sociedad.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Identificará cuáles son las causas y las consecuencias por las cuales las adolescentes se embarazan antes de los 16 años en las ciudades de Ibagué, Cali, Bogotá y Vélez.

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

El embarazo a temprana edad (adolescentes) es una experiencia difícil por la que atraviesa las jóvenes, en donde se ve afectada la salud integral tanto de padres adolescentes como de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. Provocando serios trastornos biológicos e interrumpiendo su proyecto educativo.

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

Las ciudades de Ibagué, Cali, Bogotá y Vélez; no son ajenas a esta problemática, por lo que se propuso un estudio estadístico de adolescentes embarazadas ante de 16 años, con el fin de hacer un análisis de cuáles son las causas y las consecuencias que conlleva a que las menores se embaracen a esta edad.

3.2 ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL PROBLEMA

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública, no sólo asociado a trastornos orgánicos de la propia juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre-hijo, alertó el Ministerio de Salud.

Según un estudio realizado por ese Ministerio, a través de la Unidad de Servicios de Salud, "las adolescentes de 10 a 13 años siempre van a una cesárea, las demás dependiendo de su condición fisiológica, pueden terminar en los partos vaginales".

Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si está mal nutrida, o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia.

Por otra parte, es posible que la adolescente no esté muy preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo.

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 pueden existir mayores o menores complicaciones, anota.

Agrega que si tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pre término o cesárea por inmadurez fisiológica.

Además "si nos ponemos en el caso de esas adolescentes tempranas se convierte en un trauma que las acompañará toda su vida y quizá repercuta en su hijo".

En vista de esto, la investigación recomienda que sea necesario crear programas para fomentar la información y los servicios requeridos a los jóvenes para concienciarlos y lograr una sexualidad responsable.

Asimismo, es necesario crear centros de apoyo para las adolescentes embarazadas, tanto desde el punto de vista médico como del emocional.

4. MARCO CONCEPTUAL

Adolescencia La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros."

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

En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo

El área de las tareas esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores."

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas:

- **Genital o biológica**, que expresa en los aspectos fisiológicos
- **Área erótica** relacionada con la búsqueda de placer;
- **La moral** expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados

Embarazo Adolescente

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo, donde se desarrollan reacciones de angustia propias del momento, y trastornos del desarrollo normal de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La adolescencia es ese estado en el que se puede sentirse en limbo, porque ya no se es niño/niña, pero tampoco se es adulto. La adolescencia implica cambios físicos y emocionales para los propios adolescentes y también cambios en la

organización y relaciones familiares. Hay distintas etapas en la adolescencia y cada una trae consigo sus peculiaridades particulares.

“La fecundidad de las adolescentes “es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.

Al producirse el embarazo en la adolescencia en un contexto de desaprobación y rechazo, hace que se convierta en una situación difícil y problemática. Para resolverla, los jóvenes realizan un proceso orientado a ajustar la propia identidad.

El embarazo se convierte así en un tiempo y en un espacio para recuperar el valor perdido y ganar aceptación social. Este proceso, consta de tres partes o subprocesos:

- Decidiendo continuar con el embarazo
- Cambiando su yo
- Preparándose para ser madre.

Según datos de la cuarta encuesta Nacional de demografía y salud de 2009 realizada por **PROFAMILIA**, con este estudio se analizan las características de las familias, la situación de las mujeres en edad fértil, la fecundidad, la salud materno-infantil, el estado nutricional, la seguridad social, la violencia, entre otros. “En éste; se muestra un alto índice de embarazos no deseados y en adolescentes, un estancamiento en planificación y el incremento de la pobreza.

El 21% de las adolescentes colombianas entre 15 y 19 años hoy están embarazadas, lo estuvieron en algún momento o ya son madres. De igual modo, 54 de cada 100 niños que nacen en Colombia no eran esperados en ese momento por sus madres o eran francamente indeseados”.

Las cifras son alarmantes, puesto que como lo afirma **PROFAMILIA** ésta ha sido una de las situaciones de mayor influencia para incrementar la pobreza y por ende las precarias condiciones de vida, ya que esto conlleva a un aumento masivo de la población porque entre más miembros en una familia/hogar son más los gastos requeridos y los ingresos seguirán siendo los mismos; tanto que en muchos casos se convierte en hacinamiento.

Por otro lado la encuesta habla que del total de nacimientos ocurridos del 2000 a 2005, solo el 46% fueron plenamente deseados; el 54% no lo fueron. De acuerdo

con las madres encuestadas el 27% de sus hijos fueron francamente indeseados, y un porcentaje similar llegó en un momento no adecuado.

De lo anterior se puede partir para analizar qué implicaciones tiene para estos pequeños el hecho de ser indeseados por sus padres, puesto que podría ser una de las principales causas del aumento del maltrato infantil que ha venido aquejando tan frecuentemente a nuestra sociedad.

Las cifras de embarazos se relacionan con la edad de inicio de la actividad sexual. Dos de cada cinco mujeres han tenido relaciones sexuales y 14 de cada 100 tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años. Cabe anotar que una de cada tres adolescentes no desea tener más hijos. La fecundidad de las adolescentes aumentó en la década de 1986 a 1995, cuando pasó de 70 a 89 por mil; en 2005 la tasa es de 90 por mil, así mismo la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas pasó de 19 a 21% en los últimos cinco años. Los mayores porcentajes de adolescentes embarazadas alguna vez están en Caquetá, Meta y Cauca, seguidos por Cesar, Chocó, y las cabeceras de Arauca y Guaviare.

En lo que concierne al departamento de Caldas en particular la mayor proporción de nacimientos en madres adolescentes durante el periodo de 1998 – 2003 se registro en el magdalena Caldense (la dorada, samaná, norcasia, victoria) excepto para los años extremos donde los primeros lugares fueron ocupados por oriente (Manzanares, Marquetalia, Marulanda, Pensilvania) y alto occidente (Filadelfia, La merced, Marmato, Río sucio, Supía) por su parte la subregión Norte (Aguadas, Aranzazu, Pacora, Salamina) se presentó como una de las de menor proporción de nacimiento en este grupo de madres con un intervalo de 22.1% a 23.5% .

100 mujeres, 78 utilizan algún tipo de método de anticoncepción, ésta muestra preocupación por el hecho de que su uso se estancó en los últimos cinco años.

Con lo anterior se podría pensar que entre más temprano se inicie la actividad sexual mayor será el grado de irresponsabilidad, si se tiene en cuenta el resultado del estancamiento de la planificación familiar anteriormente mencionado, pues cada día disminuye la edad de la primera relación sexual y lastimosamente no disminuye el número de personas que no utilizan ningún tipo de método, eso sin contar a las adolescentes que prefieren el método del ritmo y ni siquiera tienen claridad acerca de cuáles son sus periodos de ovulación; por ende el rol de madre que se está dando es cada vez a más temprana edad y con grandes implicaciones, convirtiéndose en una razón de peso para que la mayoría de estas jóvenes pierdan el interés por tener más hijos.

Otro aspecto importante que destaca la encuesta es que la escolaridad influye en el número de hijos ya que las mujeres sin ninguna educación tienen dos hijos más de los que les hubiese gustado tener, mientras que las de educación superior tienen solamente los que desean, ya que la diferencia es de 0.1.

Además, las mujeres sin ninguna educación inician las relaciones sexuales a una edad mediana de 16 años y se va incrementando en la medida que aumenta el nivel educativo, hasta 20 años entre las que tienen educación superior. Aunque el analfabetismo ha disminuido, en promedio el 3% de las mujeres en edad fértil no sabe leer ni escribir, por cada cuatro mujeres analfabetas de las zonas rurales, hay una en las áreas urbanas, solo el 1.7% de las mujeres pobres tiene acceso a la educación superior, comparado con el 46% de las que pertenece al nivel más alto.

De acuerdo con lo anterior se percibe que los más desfavorecidos siguen estando en desventaja por su nivel de ignorancia, ya que ésta no les permite ver la situación en la que se encuentran y tampoco ser responsables de sus actos y en este caso los hijos son los que seguirán viviendo la miseria que sus padres dejan por herencia, negándoles quizás la oportunidad de estudiar y de tener un nivel educativo adecuado para su proyecto de vida.

Otros estudios realizados en la ciudad de Manizales, muestra que “la calidad de educación intrafamiliar a nivel sexual, el desconocimiento y el no uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes son causas de embarazos no deseados debido a la falta de conciencia acerca de lo que significa la reproducción humana, por lo tanto la adolescente necesita apoyo y orientación de su familia y las instituciones que influyen en su socialización”.⁷

Lastimosamente en las familias todavía existen demasiados tabús lo que dificulta la comunicación para hablar acerca de la sexualidad y por lo tanto existe una mala orientación por parte de las personas encargadas de socializar a aquellos miembros de su familia que se encuentran en una edad dónde ya requieren información en este aspecto.

Las consecuencias de ésta omisión en la educación sexual al interior del hogar no se hacen esperar y éstas suelen ser: de deserción escolar, dificultades para el acceso al empleo, mayor número de hijos, falta de acceso de ellas y sus hijos al sistema de seguridad social, dificultades en su estabilidad emocional y mayor riesgo de maltrato infantil para sus hijos; entre otras razones porque afirman desconocer el proceso de desarrollo infantil, además utilizan el grito y el pegar como métodos educativos, porque quienes trabajan perciben que el desarrollo físico de sus hijos se ha deteriorado o porque tratan de conseguir disciplina evitando que sus hijos menores de dos años jueguen, es decir no integran conceptualmente el juego como parte de la existencia del niño.

Hemos visto que el problema de embarazo en la adolescencia de manda urgentes y concreta multidisciplinarias, multisectoriales, en las que las organizaciones públicas y privadas convencidas de que la salud de la reproducción es un componente vista del empoderamiento de la mujer. El embarazo juvenil es un

problema social. Es curioso constatar que a pesar de todas las campañas sociales para promover el uso de anticonceptivos, tan solo una minoría de adolescentes sexualmente activos los utiliza.

Estos datos fueron ofrecido en el hospital San Lorenzo de los mina.

Pudimos analizar con claridad a las diferentes adolescentes que acuden diariamente en busca de información, en la cual el índice en la falta de información sexual es muy alto. Las estadísticas ponen de manifiesto un aumento de nacimientos en adolescentes prácticamente en todas las provincias del país, destacándose mayor porcentaje en las zonas rurales.

5. MARCO DE REFERENCIA

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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.

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

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

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 peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como el monarca.

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.

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 pares, 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.

Partes: 1, 2

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; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

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".

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. Así, por ejemplo existen poblaciones en que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada; esta situación que se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas no van a incidir negativamente en aspectos tales como aumento en la tasa de abortos; sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en poblaciones como la de Lima, por su componente religioso y conservador, lo cual condiciona que las adolescentes que se embarazan traten de evitar el progreso del mismo a través de maniobras abortivas.

Por otro lado, existe una guía deficiente en lo referente a orientación en la educación sexual y en las condiciones para la planificación familiar.

Las causas que llevan a las adolescentes a embarazarse son problemas en la organización familiar; la excesiva información que va a fomentar la liberación sexual y la promiscuidad y por el deficiente manejo de esta información por parte de los medios de comunicación; el desinterés de los padres en lo referente a la vida social de sus hijos fuera del hogar, etc.

El período entre 11 y 19 años es de especial importancia y riesgo con respecto al desarrollo psicológico. Esta fase de la vida es caracterizada por un cambio rápido en el comportamiento del individuo y por flexibilidad de la estructura psíquica. Ambos son más pronunciadas que en las fases previas (durante la niñez) o en las fases posteriores (adulto). Esto condiciona a que la población adolescente sea susceptible al inicio precoz de las relaciones sexuales.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El embarazo en la adolescente es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre. Esto trae como consecuencia el aumento poblacional, y la posibilidad de que esta madre tenga una familia numerosa lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos.

Desde el punto de vista social, el grupo de madres adolescentes es siempre dependiente y el embarazo profundiza la dependencia con los padres. En la región hispana de Latinoamérica los embarazos en adolescentes ocurren principalmente en las poblaciones de menor nivel socioeconómico.

En un estudio llevado a la clase media y baja que en la clase alta; indicando que el problema del embarazo en adolescentes se acentúa en estratos más deprimidos.

Estudios realizados en las ciudades. De 15 a 19 años el 24% de las mujeres tiene ya ese estado mientras que tan sólo el 3% de los hombres lo ha adquirido.

En nuestro país se ha demostrado que el mayor porcentaje de abortos sépticos que acuden a un hospital son de adolescentes, las que se practicaron estas maniobras ilegalmente.

Estudios realizados en la Maternidad de muestra que el número de abortos en adolescentes que acuden a dicho centro está aumentando anualmente; así el 8.7% de los abortos en 1981 ocurrieron en niñas de 12 a 16 años, y que este valor se incrementó a 9.1% en 1982 y 10.9% en 1983.

Síntomas y características que se presentan en forma normativa a lo largo de esta etapa vital. Estas características que integran la adolescencia normal son las que siguen: Búsqueda de sí mismo y de la identidad; Tendencia a formar grupos; Necesidad de intelectualizar y fantasear; Crisis religiosa, que puede ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; Evolución sexual manifiesta que va desde el auto erotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; Actitud social reivindicada ; Contradicciones sucesivas en la conducta; Separación progresiva de los padres; Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

El adolescente joven a menudo se siente incómodo, molesto y demasiado inhibido; y esto lo torna torpe y mudo.

Cuando el adolescente se siente parte de un grupo, que sus integrantes lo quieren y estiman, se siente seguro y feliz. Sin embargo, si el tratamiento que le dispensan otras personas fuera tal que lo hiciera sentirse rechazado, pronto aparecerían sentimientos de inseguridad.

El individuo aprende que formas de conducta social son inaceptables y las descarta o las modifica, de modo que merezcan menor desaprobación de la sociedad; y también a aceptar nuevas formas de conducta que le serán muy útiles en un grupo social amplio y variado.

Su conducta se adapta al modelo establecido y aprobado por todos. En su forma de vestir y en las modas el adolescente sigue a la mayoría. Los ideales, prototipos, principios y conceptos morales del grupo se convierten en los de cada uno de sus miembros.

Al igual que la conformidad social, la seguridad en sí mismo surge del deseo de obtener la aprobación del grupo. A medida que el adolescente desarrolla mayor auto confianza, puede bastarse a sí mismo. Ya no siente la fuerte tendencia a depender de su grupo, ni está dispuesta a anular su personalidad como lo hacía anteriormente. A medida que aumenta la confianza en sí mismo, aumenta también el deseo de reconocimiento; e incluso a veces sobrepasa al deseo de aprobación. El resultado de esto es que el adolescente está dispuesto a comportarse de alguna manera que desapruen sus compañeros, con tal de que ello reporte la atención que él desea.

Gran parte del comportamiento agresivo y exhibicionista, que es tan común hacia el final de la adolescencia, proviene del deseo de infundirse confianza y lograr el reconocimiento que desea.

Pertenecer a un grupo y ser aceptado por este, debe tener por lo menos un amigo íntimo del mismo sexo y tener alguien que lo elija a uno por encima de todos los demás. Probablemente no exista ninguna otra etapa del desarrollo que consuma tanto tiempo, energía, e interés de los adolescentes de ambos sexos, como el establecimiento de estas intrincadas relaciones con sus compañeros.

Dentro de los factores que influyen notablemente en la aceptabilidad social del adolescente están las primeras impresiones que causa a los demás; el aspecto personal adquiere gran importancia; el concepto de sí mismo que tiene el adolescente; buena salud tanto física como mental; posición económica siendo más importante en los varones; la inteligencia para tomar iniciativa; posición de habilidades hacia las actividades que desarrolle el grupo.

Cuando los jóvenes alcanzan la madurez sexual se separan de los grupos a los que pertenecían y comienzan a participar en actividades con las muchachas. Y también muestran gran interés en el arreglo personal, pasan mayor parte del tiempo en actividades fuera del hogar que con los miembros de su familia. El adolescente se alejará de su familia, evitará las responsabilidades de su edad, e incluso descuidará sus estudios, para poder estar con sus compañeros y participar de sus actividades. Los cambios en la conducta social acompañan a las modificaciones orgánicas.

Para que exista una adaptación adecuada debe haber un número de personas del sexo opuesto que tengan la edad, el nivel intelectual y el ajuste de personalidad apropiado para brindar al adolescente una oportunidad de elegir compañeros compatibles y mantener con ellos contactos sociales agradables.

Un ambiente en el cuál se encuentren separados los sexos no solo aumentan la dificultad que experimenta el adolescente en sus contactos sociales con los miembros del sexo opuesto, sino que lo que es aún más grave, tiende a crear en el adolescente un sentimiento de incapacidad en las situaciones en que ellos participan. Segundo es la actitud favorable, simpática, y de ayuda tanto paterna como de los demás adultos. Si el adolescente tiene la convicción de que hay alguien a quien puede dirigirse en busca de ayuda consejo y estímulo, será más capaz de encarar los problemas que provoca la adaptación heterosexual. Desdichadamente, con mucha frecuencia los padres fomentan actitudes perjudiciales hacia los problemas heterosexuales, como medio para proteger a sus hijos.

Cuando el adolescente cuyo desarrollo físico es normal y pretende no tener ningún interés en los miembros del sexo opuesto ni en las actividades en que estos intervienen, es excluido de la mayoría de las actividades sociales de los de su edad, por que dichas actividades son planeadas para los miembros de ambos sexos. Si la adaptación insatisfactoria prosigue durante mucho tiempo, el resultado puede ser la aparición de una o más formas de aberración sexual. Una vez que tales aberraciones se han establecido es probable que se conviertan en parte de la estructura de la personalidad permanente del individuo, intensificando así su mala adaptación o llevándolo a la delincuencia sexual.

A pesar de las barreras sociales que se oponen a los matrimonios precoces, la sociedad presenta muchos estímulos que hacen surgir el impulso sexual. Las películas, revistas y libros de carácter romántico y erótico, la generalización de los conocimientos relativos a los métodos anticonceptivos, la tendencia a tener hogares más pequeños, con la necesidad de buscar la diversión fuera de casa, y el cambio de las costumbres sociales que eliminan la vigilancia estrecha en la conducta de los jóvenes, todos estos factores tienden a convertir el interés sexual en un interés importante en la vida de los adolescentes.

Problemas de las habilidades sociales, tales como bailar, actuar en juegos de sociedad y mantener una conversación. Problemas de etiqueta, de saber hacer lo que socialmente corresponde en una cita o en una fiesta en que intervienen personas de ambos sexos.

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:

- a. **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 pro creativo. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. **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.
- c. **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.
- d. **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.

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:

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

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

FACTORES PREDISPONENTES

1. Manera Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia Disfuncional: un parentales 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.
4. Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola
5. 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.
6. 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.
7. Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. 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.
10. 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.

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

13. Menor temor a enfermedades venéreas.

FACTORES DETERMINANTES

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTES

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.

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

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su 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.

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 exacerban 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 auto cuidado 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.

EL PADRE ADOLESCENTE

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá

trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

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.

■ 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.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

■ Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

■ Consecuencias Para El Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello

condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

El embarazo produce trastornos en la personalidad de las adolescentes.

- Hipótesis.
- Identificación de las variables.
- Variable Independiente
- Embarazo
- Variable dependiente
- Trastornos de la personalidad

6. MARCO LEGAL

DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS NIÑOS

ARTICULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y el amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozaran también de los demás derechos consagrados en la constitución, en las leyes y los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen los derechos de los demás.

LEY 1098 DE 2006 (NOVIEMBRE 8)

“Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”

PRINCIPIOS Y DEFINICIONES

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

Artículo 2º: OBJETO. El presente Código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescente, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derecho humanos, en la Constitución Política y en las Leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el estado.

PROTECCION AL ADOLESCENTE

ARTÍCULO 45.- El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes

en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección y progreso de la juventud.

ARTÍCULO 48.-La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. El estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrá destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante (0586, 0611, 0706, 0816, 4120, 4150)

ARTICULO 68: Los particulares podrían fundar establecimientos educativos. La ley establecerá las condiciones para su creación y gestión,

La comunidad educativa participara en la dirección de las instituciones de educación,

La enseñanza estará a cargo de personas de reconocida idoneidad ética y pedagógica. La ley garantiza la profesionalización y dignificación de la actividad docente.

Los padres de familia tendrán derecho a escoger el tipo de educación para sus hijos menores. En los establecimientos del estado ninguna persona debe ser obligada a recibir educación religiosa.

Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural.

La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales o con capacidades excepcionales son obligaciones especiales del estado.

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 METODOLOGIA

Línea de Investigación

Embarazo en adolescentes menores de 16 años

Tipo de Estudio

El tipo de estudio es **descriptivos**: sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos. Busca describir situaciones y generalmente se realiza el estudio a través de encuestas

Método de Investigación

El método de investigación es de análisis, ya que se busca estudiar las causas y consecuencias que conllevan a las adolescentes menores de 16 años a quedar embarazadas en las ciudades de Ibagué Cali Bogotá y Vélez.

Población y Muestra: Adolescentes embarazadas antes de los 16 años

Muestra: 100 encuestas realizadas a mujeres embarazadas antes de 16 años

Criterios de exclusión: Mujeres embarazadas después de 16 años.

7.2 TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La técnica de recolección de la información se hizo a través de la aplicación de ciento cinco encuestas (100) encuestas. Con un cuestionario mixto de preguntas cerradas y abiertas

8. ANALISIS DE LOS DATOS

TABULACION DE 100 ENCUESTAS IBAGUE CALI BOGOTA Y VELEZ				
1. Edad de los encuestados	16-13-17-16-18-17-16-16-17-16-18-16-15-15-16-16-15-16-16-20-16-16-16-17-17-17-16-14-16-17-15-16-16-17-16-17-18-16-15-35-29-22-27-50-16-17-29-30-25-29-34-40-28-27-14-20-28-29-24-58-53-24-17-30-16-45-20-32-39-32-25-32-30-53-50-57-38-26-43-21-23-25-24-38-21-30-29-21-24-28-27-16-43-19-56-43-32-31-22-			
2. edad de su primera menstruación	12-11-14-13-13-12-12-12-13-11-12-13-11-12-14-11-12-13-12-13-12-13-12-13-11-13-12-12-13-11-12-13-12-14-11-11-09-12-11-14-13-11-12-12-13-11-12-13-13-12-13-12-14-12-11-12-13-12-12-12-14-13-13-12-11-14-12-14-11-11-14-14-14-12-13-14-14-13-13-12-13-10-14-12-14-11-13-15-14-13-13-12-13-15-13-14-12-14-16-12			
3. Edad de su primera relación sexual	14-12-15-14-14-13-14-13-14-13-14-12-13-15-13-12-13-12-13-14-15-14-14-14-15-14-15-15-14-15-14-15-14-15-15-15-15-15-14-14-15-15-14-14-15-16-13-15-15-16-16-14-11-12-15-13-14-15-15-15-15-14-15-15-15-14-15-15-15-14-16-15-15-15-15-13-15-13-15-14-14-15-15-14-15-16-14-15-15-15-15-14			
4. tuvo buena relación con sus padres	SI	NO		
	64	36		
5. hablo con sus padres sobre sexualidad	SI	NO		
6. Conocía métodos de planificación	SI	NO		
	50	50		
7. Tus padre te habían informado sobre prevención del embarazo	SI	NO		
	59	41		
8. Porque quedo embarazada	Falta de información			27
	Falta de educación sexual			20
	Presión de grupo			4
	Violación			0
	Presión de afecto			15
	Rebeldía o experimento			38
9. Cuando se entero que estaba embarazada pensó en interrumpir el embarazo	SI	No		
	35	65		
10. por que	Abandono de la pareja			9
	Presión paterna			11
	Diagnostico prenatal			0
	Decisión propia			18
11. Encontró apoyo de tus padres cuando quedaste embarazada:	SI	NO		
	70	30		
12. Te viste obligada a dejar tus estudios por causa de tu embarazo	SI	NO		
	61	39		
13. En tu embarazo conto con apoyo profesional	SI	NO		
	87	13		
14. Que recomendaciones harías a las niñas menores de 16 años para que no queden en embarazo	Que tengan dignidad de no practicar sexo a temprana edad			21
	Tener un proyecto de vida			29
	Recibir educación sobre sexualidad			30
	Fomento de educación entre los padres y adultos responsables			21
	Que usen métodos anticonceptivos			38

1. Edad de los encuestados

13 16 16 17 17 21 25 29 32 43
 14 16 16 17 18 22 26 29 32 43
 14 16 16 17 18 22 26 29 32 45
 15 16 16 17 18 23 27 29 34 50
 15 16 16 17 19 24 27 30 35 50
 15 16 16 17 20 24 27 30 38 53
 15 16 16 17 20 24 28 30 38 53
 15 16 16 17 20 24 28 30 39 56
 16 16 16 17 21 25 28 31 40 57
 16 16 16 17 21 25 29 32 43 58

RANGO= dato mayor – dato menor
 R=58-13 = 45

MEDIA	25.6
MODA	16
MEDIANA	21

Grupo o clase= $1+3,322 \log(100)$
 K=7,64 se aproxima a 8

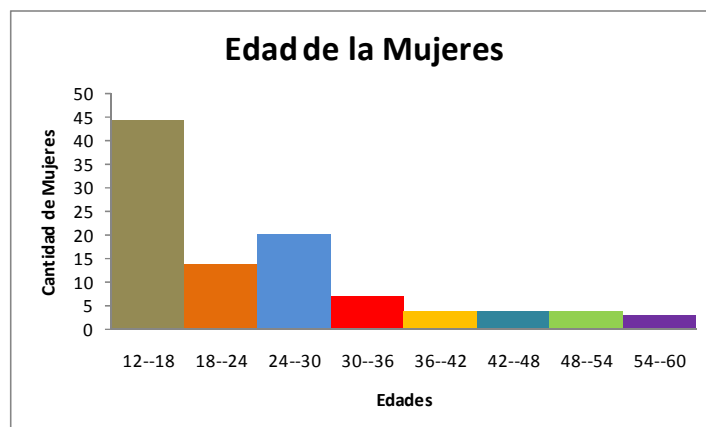
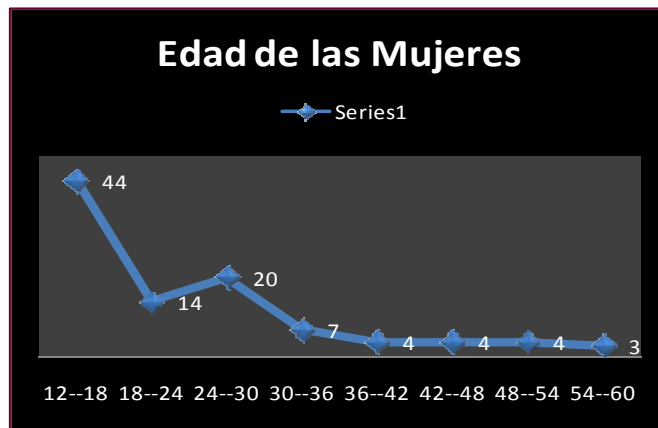
Ancho de cada grupo: $A=R/K$

$A= 45/8= 5.625$ lo aproximamos a 6 y se halla un nuevo rango

Rango = $6 \times 8 = 48$

CLASE	Fre/Abs	Fre/Rela %	frec/re	Fre/Abs/A
12--18	44	0,44	44	44
18--24	14	0,14	14	58
24--30	20	0,2	20	78
30--36	7	0,07	7	85
36--42	4	0,04	4	89
42--48	4	0,04	4	93
48--54	4	0,04	4	97
54--60	3	0,03	3	100
	100	1	100	

EDAD DE LAS MUJERES	
Media	25,05
Error típico	1,117390087
Mediana	21
Moda	16
Desviación estándar	11,17390087
Varianza de la muestra	124,8560606
Curtosis	1,096732763
Coefficiente de asimetría	1,323263225
Rango	45
Mínimo	13
Máximo	58
Suma	2505
Cuenta	100
Nivel de confianza(95,0%)	2,217144294



Conclusiones:

Se puede decir que el 44 % de las mujeres encuestadas está entre las edades 12 a 18 años.

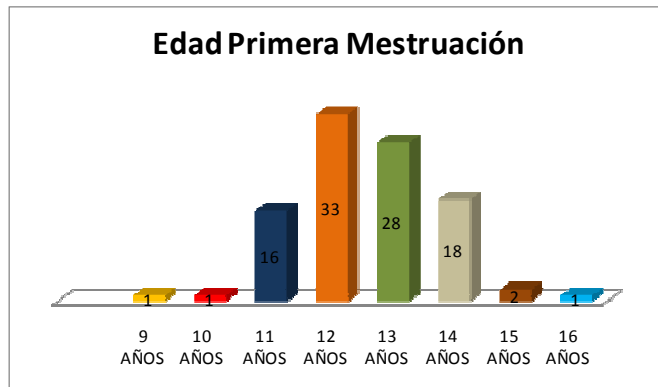
2. EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN

9	11	12	12	12	12	13	13	14	14
10	11	12	12	12	13	13	13	14	14
11	11	12	12	12	13	13	13	14	14
11	11	12	12	12	13	13	13	14	14
11	11	12	12	12	13	13	13	14	14
11	11	12	12	12	13	13	13	14	14
11	11	12	12	12	13	13	13	14	14
11	11	12	12	12	13	13	13	14	15
11	12	12	12	12	13	13	13	14	15
11	12	12	12	12	13	13	14	14	16

Edad de la primera menstruación	Respuesta
9 AÑOS	1
10 AÑOS	1
11 AÑOS	16
12 AÑOS	33
13 AÑOS	28
14 AÑOS	18
15 AÑOS	2

EDAD PRIMERA MESTRUACION	
Media	12,53
Error típico	0,11673591
Mediana	12
Moda	12
Desviación estándar	1,167359102
Varianza de la muestra	1,362727273
Curtosis	0,324560863
Coefficiente de asimetría	0,06223587
Rango	7
Mínimo	9
Máximo	16
Suma	1253
Cuenta	100
Nivel de confianza(95,0%	0,231629366

MEDIA	12,53
MODA	12
MEDIANA	12



Conclusiones:

Se puede concluir que de las 100 mujeres encuestadas el 33% de ellas tuvieron su menarquía a los 12 años de edad.

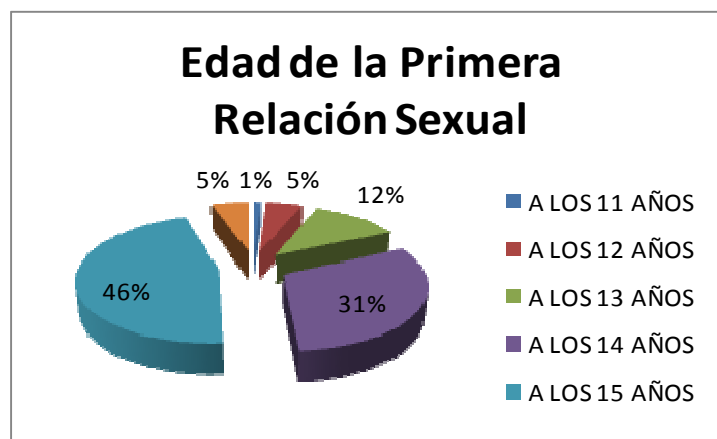
3. EDAD DE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

11	13	14	14	14	15	15	15	15	15
12	13	14	14	14	15	15	15	15	15
12	13	14	14	14	15	15	15	15	15
12	13	14	14	14	15	15	15	15	15
12	13	14	14	14	15	15	15	15	15
12	13	14	14	14	15	15	15	15	16
13	13	14	14	14	15	15	15	15	16
13	13	14	14	14	15	15	15	15	16
13	14	14	14	14	15	15	15	15	16
13	14	14	14	15	15	15	15	15	16

Media	14,3
Moda	15
Mediana	15

PRIMERA RELACION SEXUAL	
Media	14,31
Error típico	0,099183536
Mediana	15
Moda	15
Desviación estándar	0,991835356
Varianza de la muestra	0,983737374
Curtosis	0,780021469
Coefficiente de asimetría	-0,914315489
Rango	5
Mínimo	11
Máximo	16
Suma	1431
Cuenta	100
Nivel de confianza(95,0%)	0,196801648

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL	RESPUESTA
A LOS 11 AÑOS	1
A LOS 12 AÑOS	5
A LOS 13 AÑOS	12
A LOS 14 AÑOS	31
A LOS 15 AÑOS	46
A LOS 16 AÑOS	5



Conclusiones:

Según la gráfica de 100 mujeres encuestadas el 46% de ellas iniciaron relaciones sexuales a los 15 años seguidas del 31 % que las inicio a los 14 años; un 12 % iniciaron su vida sexual a los 13 un 5 % a los 12 años y solo un 5% a los 16 años frente a 1% a los 11 años.

Se puede concluir que la moda de las mujeres menores de 16 años fue tener relaciones sexuales a los 15 años.

4. TUVO BUENA RELACION CON SUS PADRES

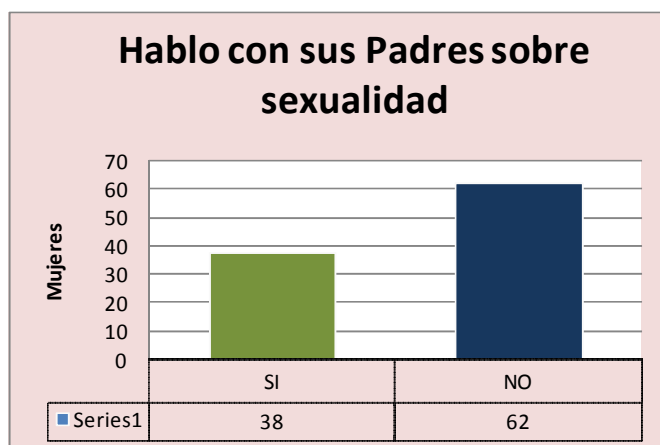
4. TUVO BUENA REALCION CON SUS PADRES	SI	NO
	64	36



Conclusiones:

Es importante saber que el 64 % de las encuestadas tuvo una buena relación con sus padres, frente a un 36 % que dice no la tuvo.

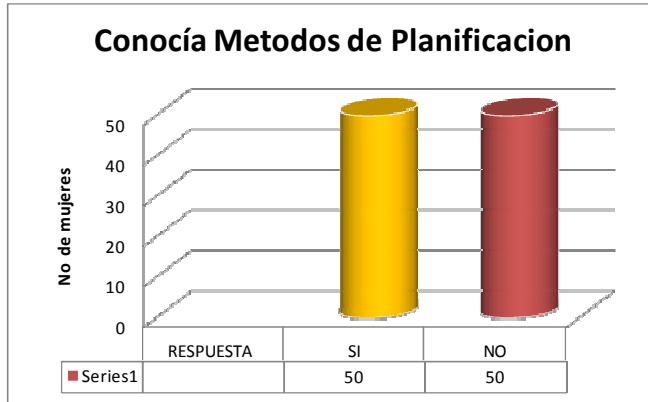
5. HABLO CON SUS PADRES SOBRE SEXUALIDAD



SI	NO
38	62

Conclusión: solo un 38 % de los padres hablo con sus hijas sobre sexualidad.

6. CONOCÍA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

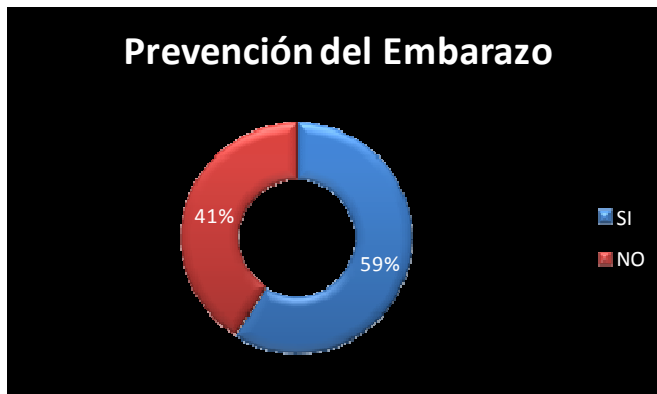


SI	NO
50	50

Conclusiones:

El 50% de las mujeres cuando eran menores de 16 años conocían de métodos de planificación mientras el otro 50% no sabía nada de cómo planificar.

7. TUS PADRES TE HABÍAN INFORMADO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO



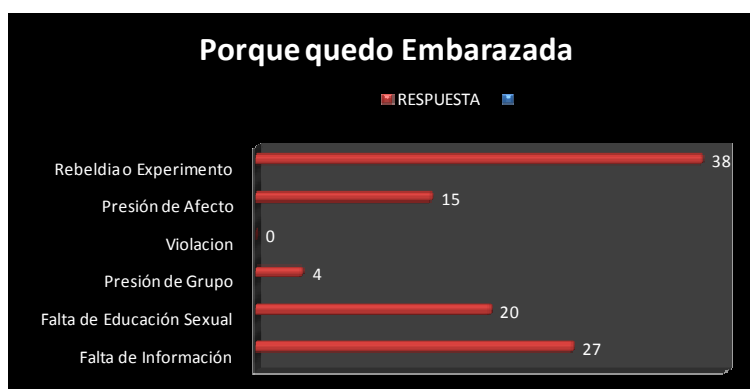
PREGUNTA	SI	NO
	59	41

Conclusiones:

Se puede concluir que el 41% de los padres no hablan con los adolescentes sobre cómo prevenir el embarazo.

8. PORQUE QUEDO EMBARAZADA

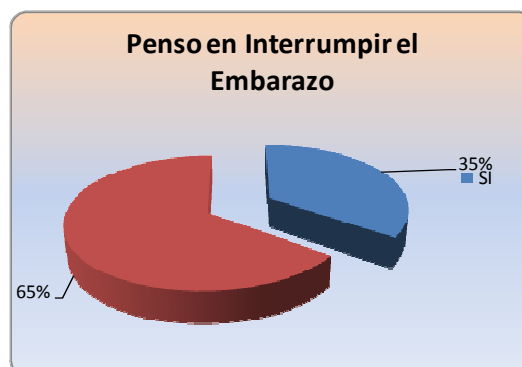
PREGUNTA	RESPUESTA
Falta de Información	27
Falta de Educación Sexual	20
Presión de Grupo	4
Violacion	0
Presión de Afecto	15
Rebeldia o Experimento	38



Conclusiones:

De 100 mujeres encuestadas un 38% dice que quedo embarazada por rebeldía o experimento mientras que el 27% de ellas dice que quedo embarazada por falta de información, frente a un 20% que dice que por falta de educación sexual, y un 15% dice que por presión y afecto de la pareja que tenía. Ninguna de las mujeres encuestadas dijo que fue violada.

9. CUANDO SE ENTERO QUE ESTABA EMBARAZADA PENSÓ EN INTERRUMPIR EL EMBARAZO

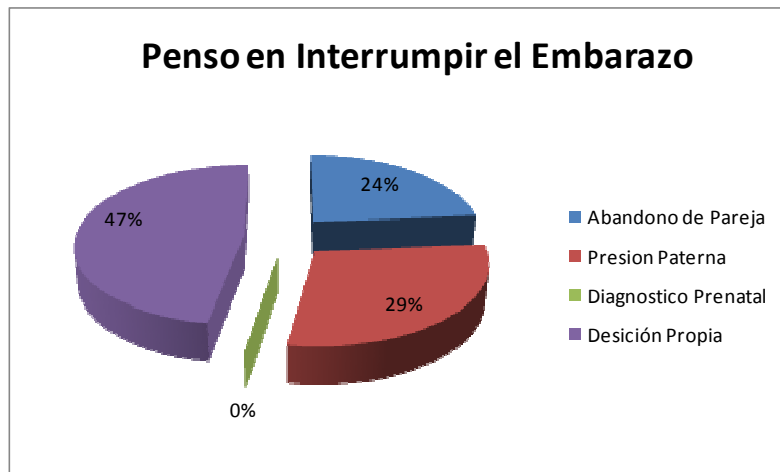


Conclusiones:

Es alarmante pues de 100 mujeres que fueron embarazadas antes de los 16 años 35 % de ellas pensó en interrumpir el embarazo.

10. ¿POR QUÉ?

METODO	FRE/ABS	FRE/REL	f %	FRE/ABS/ACM	F(A)
Abandono de Pareja	9	0,236	23,6	9	0,236
Presion Paterna	11	0,289	28,9	20	0,525
Diagnostico Prenatal	0	0	0	20	0,525
Desición Propia	18	0,473	47,3	38	0,998
	38	0,998	99,8		



Conclusiones: El 47 % de las mujeres encuestadas pensaron en interrumpir el embarazo debido a decisión propia, mientras un 29% pensó en interrumpirlo debido a presión de sus padres, el 24% lo pensó debido a abandono de pareja.

11. ENCONTRO APOYO DE TUS PADRES CUANDO QUEDASTE EMBARAZADA

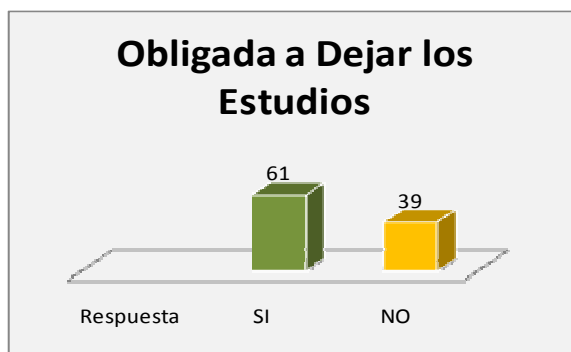


APOYO DE TUS PADRES	
SI	70
NO	30

Conclusiones: El 70 % de las mujeres embarazadas antes de de los 16 años contaron con el apoyo de sus padres frente a un 30% que no las apoyo

12. TE VISTE OBLIGADA A DEJAR TUS ESTUDIOS POR CAUSA DE TU EMBARAZO.

Respuesta	SI	NO
	61	39



Conclusiones: Se puede concluir que de cada 100 mujeres que se embarazaron antes de 16 años el 61% de ellas les toco abandonar sus estudios.

13. EN TU EMBARAZO CONTO CON APOYO PROFESIONAL

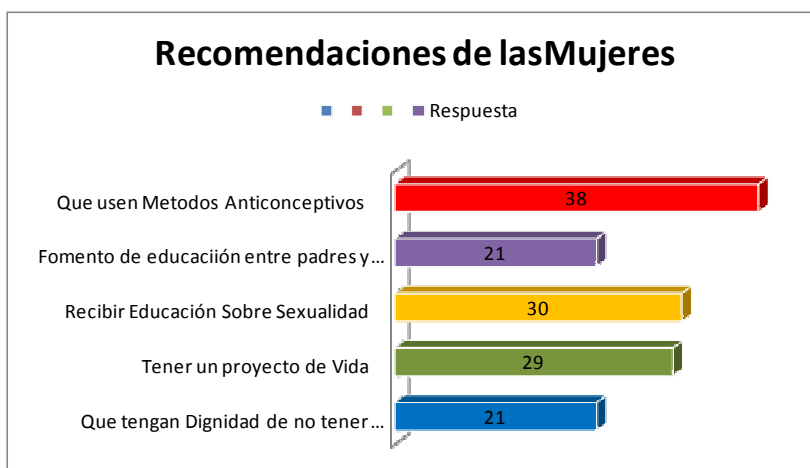
Respuesta	SI	NO
	87	13



Conclusiones: El 87% de las mujeres que se embarazaron antes de los 16 años contaron con apoyo profesional.

14. QUE RECOMENDACIONES HARÍAS A LAS NIÑAS MENORES DE 16 AÑOS PARA QUE NO QUEDEN EN EMBARAZO

RECOMENDACIONES	Respuesta
Que tengan Dignidad de no tener relaciones sexuales	21
Tener un proyecto de Vida	29
Recibir Educación Sobre Sexualidad	30
Fomento de educaciión entre padres y adultos Responsables	21
Que usen Metodos Anticonceptivos	38



Conclusiones:

-De 100 mujeres encuestadas un 38% le recomienda a las menores de 16 años que no se dejen embarazarse y que usen métodos anticonceptivos.

-Mientras que el 30% recomienda que reciban educación sobre sexualidad

-Un 29% que tengan un proyecto de vida.

-El 21% recomienda tener dignidad de no practicar sexo a temprana edad igualmente otro 21 % recomienda fomentar la educación entre padres y adultos.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que el embarazo a temprana edad tiene como factores principales las relaciones a temprana edad y la falta de información acerca del tema.

Observamos la falta de comunicación entre padres e hijos por factores como tabús sobre la sexualidad, falta de educación de los padres sobre los métodos de planificación y la falta de confianza de los hijos hacia sus padres.

Logramos notar que muchas de las mujeres encuestadas carecían de información al momento de quedar embarazadas a temprana edad y que han tomado conciencia de las amargas experiencias vividas y recomiendan a las adolescentes el dialogo y la búsqueda de la información para trazarse un proyecto de vida adecuado.

Verificamos que otro factor importante es que las mujeres en condiciones de vida inestables, tienden a quedar en embarazo a temprana edad, esta conducta se repite en sus hijas.

Frecuentemente no es la falta de información ya que aunque se desarrollen campañas de prevención de embarazo a temprana edad y las enfermedades de transmisión sexual, se comprueba que el modelo a seguir es sostener relaciones a temprana edad sin tener la madurez necesaria para afrontar las consecuencias.

Normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación sexual que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas.

Podemos decir que las Fuentes de Información con que cuenta la biblioteca para satisfacer las necesidades de información del personal médico y para médico de esta entidad de salud, no es mucho, con relación al fondo de libros y revistas además de no estar actualizado, no se utiliza con mucha frecuencia aunque hay información que no caduca y siempre se necesita lo más novedoso, no siendo así con las búsquedas en la computadora, las cuáles se utilizan más; por ser más fácil rápido y practico.

BIBLIOGRAFIA

AUPEC. L. A. Embarazo en Adolescentes. Mc Graw Hill, 2010

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD – ENDS 2009, Capítulo "Embarazo en Adolescentes". PROFAMILIA

RESIDENCIA DE MEDICINA DE FAMILIA. Barrionuevo. A., Martínez, A., et.al. Resumen trabajo de investigación Embarazo en la Adolescencia

SEXUAL HEALTH (09.04) Vol. 1; No. 3: P.145-149. M.F.D. Baay; V. Verhoeven; D. Avonts; J.B. Vermorken. Factores de riesgo para adolescentes embarazadas.

UNAD. Curso de profundización en fundamentos de salud pública. 2011. Pag.162

Salud Colombia [en línea] consulta Mayo de 2011 disponible en internet www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normacas.htm

Pro familia[en línea] consulta Mayo de 2011 disponible internet www.profamilia.org.co/004_servicios

ANEXOS

PLANES TERRITORIALES

PLAN TERRITORIAL: PORQUE IBAGUE ESTA PRIMERO IBAGUE SALUDABLE

El plan territorial **PORQUE IBAGUE ESTA PRIMERO**

Busca garantizar que la población ibaguereña tenga mayor cobertura en los servicios de salud, que se mejoren las condiciones de salud de la comunidad desde temprana edad, a través de la puesta en marcha de acciones de promoción y prevención.

Con este plan se busca que la población de **IBAGUE sea SALUDABLE**, busca el mejoramiento de los servicios de la población a través de la promoción de estilos de vida saludable; apoyado en intervenciones colectivas; con la que se espera lograr una prestación de servicios de salud sin exclusión alguna, en donde se garantizan unos derechos mínimos aceptables para disminuir los niveles de pobreza y desigualdad, priorizando en aquellos sectores de la sociedad más deprimidos y vulnerables.

La problemática que se viene presentando de adolescentes embarazadas antes de los 16 años; fue previsto en el programa de Salud Pública que dice:

Salud Pública: donde se trataran temas de esencial importancia, para el mejoramiento de la calidad de vida de los ibaguereños, brindando los medios o mecanismos para garantizar una vida digna, y saludable, mediante acciones de:

- Salud de infancia y adolescencia
- Salud sexual y reproductiva
- Salud mental y lesiones violentas evitables

A través de los cuales busca que la población que se encuentre en este rango de edad no siga presentando embarazos y convirtiéndolos en un problema social y de salud pública.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD EN CALI

El Plan Territorial de Salud es la apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los caleños durante los próximos años.

Se soporta en los compromisos que se tienen como ciudad se hace para el cumplimiento de los objetivos del milenio, los cuales pretenden disminuir la pobreza, promover la educación y mejorar los indicadores de calidad de vida de la población.

El Plan, propone mejorar las condiciones de salud a través de seis objetivos en el plan macro: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios, salud pública e intervenciones colectivas, vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres y promoción social.

Las políticas públicas de Salud de Santiago de Cali se coligen de las políticas nacionales direccionadas por el Ministerio de Protección Social de igual manera responden al Plan Desarrollo Municipal 2008-2001 Para Vivir la Vida Dignamente Asumimos como Misión el compromiso de trabajar por una Cali visionaria, democrática, segura, saludable, educadora, deportiva, multicultural, verde, incluyente y productiva, con todos los actores y sectores en forma intersectorial e interinstitucional, para garantizar que los recursos públicos que se invierten en el municipio privilegien a los diferentes grupos poblacionales, especialmente los menos favorecidos, para que todos podamos "vivir la vida dignamente".

PLAN TERRITORIAL DE VÉLEZ SANTANDER.

La secretaria de Salud del Municipio de Vélez, propende por alcanzar un estado saludable en todos y cada uno de sus habitantes y cuya misión es dirigir el Sistema Municipal de Seguridad Social en salud, Garantizar el aseguramiento, la Promoción, la prevención y la prestación de servicios de salud adecuados y oportunos a la comunidad. Además realizar acciones de inspección de vigilancia y control del sistema Municipal de Seguridad Social en salud, permitir y fomentar la participación Comunitaria en sus diversas modalidades como sistema de autogestión en salud.

Objetivos

- Velar por la óptima prestación de los servicios de salud de los habitantes del Municipio.
 - Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Municipio.
 - Garantizar el aseguramiento la promoción, la prevención y la prestación de los servicios de salud a los habitantes del Municipio.
- Funciones
- Garantizar la prestación de los servicios de Salud de los habitantes del Municipio.
 - Velar por la salud Pública del Municipio.
 - Sisbenizar la población del Municipio.
 - Contribuir con el buen manejo de los programas sociales que se manejan en esta dependencia.

Metas

- Garantizar al 100% de la población afiliada al régimen Subsidiado, la continuidad de este Servicio.
- Sisbenizar en un 100% la población del Municipio.
- Implementar un programa que permita el adecuado manejo de las bases de datos del silben y del régimen Subsidiado del Municipio.
- Ejecutar en 100% los recursos asignados para la prestación del servicio del Plan de Atención Básica de acuerdo a lo estipulado en la ley.
- Ejecutar en 100% los recursos asignados para la prestación del servicios del 4.01 % del régimen Subsidiado acuerdo a lo estipulado en la ley.
- Ampliar la cobertura de refrigerios escolares a los niños entre 5 y 12 años de los establecimientos educativos que no estén beneficiados con el ICBF.

Tasa mortalidad infantil (<=5 años)

Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud de menores de 5 años.

Tasa de mortalidad por desnutrición

Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedades Diarreicas Agudas)

Tasa de mortalidad por IRA (Infecciones Respiratorias Agudas)

Tasa de mortalidad en menores de 1 año.

Porcentaje de niños de 1 año que han sido vacunados con triple viral.

Porcentaje de menores de 1 año vacunados con 3 dosis de DPT (Difteria, tosferina y tétanos).

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Con el Plan de Salud Territorial 2008-2011 se busca alcanzar el cumplimiento de metas, indicadores y objetivos que mejoren el bienestar psicosocial de la población pobre y vulnerable, mediante la articulación de todos los sectores involucrados directos e indirectamente para mejorar la calidad de vida, como parte de un proceso integral, sistemático y participativo.

De acuerdo a la Resolución 425 donde se define la metodología, el municipio deberá cumplir con la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del

Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas.

El Plan de Salud Territorial es parte integral de la dimensión social del Plan de Desarrollo Territorial. Se adoptará, adaptará e implementará las líneas de política de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de riesgos en salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y desarrollo operativo y funcional del plan, haciendo especial énfasis en la necesidad de coordinar acciones específicas con otros sectores, articulando para ello muchos enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población.

El Plan recoge compromisos adquiridos por el país, ante el desafío de prolongar la vida saludable y de reducir las inequidades en salud y está integrado por seis ejes programáticos que tiene implícitas áreas subprogramáticas de obligatorio cumplimiento de acuerdo a las competencias territoriales, cuyos ejes articulan todos los sectores involucrados: 1. Eje programático de aseguramiento, 2. Eje programático de Prestación y desarrollo de servicios de salud, 3. Eje programático de Salud Pública, 4. Eje programático de Promoción Social, 5. Eje programático de prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales y 6. Eje programático de Emergencia y desastre.

Las metas establecidas dentro del plan tendrán un proceso de evaluación gradual o acumulativa que al cuatrienio (año 2011) deben ser alcanzadas al 100%.

MARCO LEGAL

El plan de salud territorial se rige por las Leyes 715 del 2001, 1122 y 1151 del 2007, el decreto 3039 de agosto del 2007 y la Resolución 425 de febrero de 2008 las dos últimas emanada por el Ministerio de la Protección Social, con el ámbito de dar directrices para la articulación, planeación y ejecución en todos los sectores y el cumplimiento de las acciones colectivas de cada una de ellas.

VISION: Ser modelo nacional en la consecución de todas las metas y estrategias programadas en los planes de salud territorial en cada cuatrienio para obtener mejor calidad de vida sostenible

MISION: Gestionar, coordinar y vigilar eficientemente todos los procesos que permitan la articulación de los sectores involucrados para mejorar la salud de la comunidad.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE CURUMANÍ

- Salud Infantil
 - Nutrición
 - Enfermedades Diarreicas Agudas
 - Infecciones Respiratorias Agudas
- Enfermedades Crónicas
- Salud Mental
- Vigilancia en Salud Publica
- Salud Sexual
- Prevención de Riesgos Profesionales
- Salud con Calidad en la IPS Publicas
- Todos Asegurados
- Vivir en Armonía